

Fünfte Sitzung – Cinquième séance

Montag, 28. September 1992, Nachmittag
Lundi 28 septembre 1992, après-midi

17.15 h

Vorsitz – Présidence: Frau Meier Josi

Präsidentin: Wir haben ein bewegtes Abstimmungswochenende hinter uns und sind natürlich erleichtert darüber, dass sämtliche das Parlament nicht direkt betreffenden Vorlagen die Hürde der Volksabstimmung – wenn auch mehr oder weniger hoch – genommen haben.

Mit der Annahme des Beschlusses über eine neue Alpentransversale – ein Projekt, das sich bemüht, die Anliegen von Wirtschaft und Umweltschutz zu vereinen – wird auch der Weg für das Transitabkommen frei, dessen Beratung wir noch in der laufenden Session aufnehmen möchten. Möge die Detailprojektierung die Gelegenheit bieten, die Urner nachträglich voll in das Projekt zu integrieren.

Das stark umstrittene bäuerliche Bodenrecht gehört zur Palette der Massnahmen, welche beitragen sollen, die schwierige Zukunft des Bauernstandes zu sichern. Auch mit diesem Entscheid hat eine Minderheit Mühe; ich denke vorab an das Wallis mit seiner einmaligen Eigentumsstruktur. Wir fühlen mit, zählen aber fest darauf, dass auch diese Miteidgenossen demokratische Mittel finden werden, um die Liebe zum eigenen kleinen Rebberg weiter zu pflegen.

Bei der Aufhebung der Stempelsteuer ging es den Befürwortern vorab um die Wettbewerbsfähigkeit der Schweizer Banken und um die Sicherung von Arbeitsplätzen. Hier bietet sich bei den kommenden Finanzvorlagen Gelegenheit, die mit der Aufhebung der Stempelsteuer verbundene Einbusse zu kompensieren.

Bei allen drei Vorlagen fallen die grenzüberschreitenden Zusammenhänge auf: Bei Neat und Stempelsteuer stechen sie ins Auge; aber auch die Massnahmen im Bodenrecht hängen letztlich mit der internationalen Freihandelstendenz zusammen, welche bei uns zu einem Strukturwandel in der Landwirtschaft führen wird.

Das Parlament hat seinerzeit die Vorlagen zur Parlamentsreform richtigerweise nicht in einem Block zusammengefasst. So konnte zumindest das Geschäftsverkehrsgesetz die Abstimmungshürde nehmen. Das Volk hat sich damit für die Mitwirkung des Parlamentes in der Aussenpolitik und für zeitgemässe Verfahren in und zwischen den Räten ausgesprochen. Das wird uns erlauben, das Reformwerk weiterzuführen.

Nicht gefolgt ist uns das Volk beim Entschädigungsgesetz und beim Infrastrukturgesetz. Die entsprechenden Beitragserhöhungen wurden klar abgelehnt. Ein anderes Resultat wäre vor dem Hintergrund der jetzigen Wirtschaftslage, des Zustandes der Bundesfinanzen und nicht zuletzt auch der Opposition aus eigenen Kreisen einem Wunder gleichgekommen; Wunder dauern aber bekanntlich etwas länger.

Die Ablehnung zeigt allerdings auch, dass es nicht gelungen ist, den Bürgern und Bürgerinnen zu zeigen, wie Milizparlamentarier und Milizparlamentarierinnen heute leben und unter welchen Bedingungen sie arbeiten müssen. Diesem Mangel können nur wir selbst abhelfen, denn das Problem, das mit den beiden Vorlagen angegangen wurde, bleibt ungelöst. Wir werden daher in Ruhe Alternativen zu den abgelehnten Vorlagen prüfen müssen.

92.067

Krankenversicherung. Massnahmen gegen die Kostensteigerung 1993–1994. Bundesbeschluss

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

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 840 hiervor – Voir page 840 ci-devant

Art. 3 (neu)

Antrag der Kommission

Mehrheit

Titel

Kostenbeteiligung im Spital

Abs. 1

In Abweichung von Artikel 14bis Absatz 1 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung (KUVG) wird die Franchise auch beim Aufenthalt in einer Heilanstalt erhoben. An die Stelle des Selbstbehaltes tritt ein Beitrag an die Behandlungskosten von 10 Franken pro Aufenthaltstag.

Abs. 2

Für die Kostenbeteiligung bei ambulanter und bei stationärer Behandlung gilt ein gemeinsamer Höchstbetrag von 500 Franken pro Jahr.

Abs. 3

Keine Kostenbeteiligung zu entrichten haben bei stationärer Behandlung:

a. Kinder;

b. Personen, die sich länger als 180 Tage in einer Heilanstalt aufhalten.

Minderheit

(Onken, Roth)

Ablehnung des Antrages der Mehrheit

Antrag Morniroli

Abs. 1

.... ein Beitrag an die Behandlungskosten von 10 Franken pro Aufenthaltstag in der Allgemein-, 20 Franken in der Halbprivat- und 50 Franken in der Privatabteilung.

Abs. 3 Bst. c (neu)

c. Einzelpersonen mit einem steuerbaren Jahreseinkommen unter 24 000 Franken und Mitglieder von Familien mit einem solchen unter 36 000 Franken.

Antrag Schmid Carlo/Meier Josi

Abs. 3 Bst. c (neu)

c. Frauen für Leistungen bei der Mutterschaft.

Art. 3 (nouveau)

Proposition de la commission

Majorité

Titre

Participation aux coûts à l'hôpital

Al. 1

En dérogation à l'article 14bis, 1er alinéa, lettre a, de la loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie (LAMA), la franchise sera aussi exigée en cas de séjour dans un établissement hospitalier. La quote-part est remplacée par une contribution aux frais de traitement de 10 francs par journée d'hospitalisation.

Al. 2

La participation aux coûts pour les traitements ambulatoires et hospitaliers est limitée à un montant maximum de 500 francs.

Al. 3

Aucune participation aux coûts n'est exigée, pour les traitements hospitaliers fournis à:

- a. des enfants;
- b. des personnes qui séjournent plus de 180 jours dans un hôpital.

Minorité

(Onken, Roth)

Rejeter la proposition de la majorité

*Proposition Mornioli**Al. 1*

.... une contribution aux frais de traitement de 10 francs par journée d'hospitalisation en chambre commune, de 20 francs en semi-privé et de 50 francs en chambre privée.

Al. 3 let. c (nouvelle)

c. des personnes isolées dont le revenu annuel imposable n'atteint pas 24 000 francs et des membres de famille dont ce revenu est inférieur à 36 000 francs.

*Proposition Schmid Carlo/Meier Josi**Al. 3 let. c (nouvelle)*

c. des femmes requérant des prestations liées à la maternité.

Frau **Simmen**, Berichterstatterin: Man wirft dem Beschluss über befristete Massnahmen oft vor, dass er reine Symptombekämpfung betreibe. Dass dieser Vorwurf nicht zutrifft, zeigt sich unter anderem in Artikel 3. Hier geht es um reinste Ursachenbekämpfung, indem die Kosten dort angegangen werden, wo sie entstehen. Im Unterschied zur ambulanten Behandlung ist heute die stationäre Behandlung weder mit einer Franchise noch mit einer Kostenbeteiligung belegt, das heisst, die Behandlung im Spital ist gegenüber der ambulanten Behandlung bevorzugt. Nun ist aber gerade die stationäre Behandlung jene, welche grosse Kosten verursacht.

Es gibt durchaus noch Möglichkeiten, vermehrt ambulant statt stationär zu behandeln. In der Schweiz wird verhältnismässig viel stationär gemacht, was auch ambulant behandelt werden könnte; wir haben hier einen sehr hohen Prozentsatz an stationärer Behandlung.

Es ist nicht so, dass alle Leute, die heute ins Spital geschickt werden, unbedingt ins Spital müssen. Und die Vorstellung, dass ein Patient ja gar nichts zur Frage zu sagen habe, ob er stationär behandelt wird oder nicht, entspricht einem überholten Patientenbild und einem überholten Arztbild. Heute ist es doch so, dass sehr häufig – noch zu wenig häufig, das gebe ich gerne zu, aber häufiger als früher – im Gespräch zwischen Patient und Arzt die Behandlung festgelegt wird. Das ist eine Art, miteinander umzugehen, die wir fördern sollten.

Die Beteiligung ist mit einem Satz von 10 Franken pro Behandlungstag und einer Obergrenze von 500 Franken für stationäre und ambulante Behandlung zusammen bewusst sehr niedrig angesetzt worden. Heute gilt eine Obergrenze von 750 Franken allein für die ambulante Behandlung. Dieser Ansatz ist so niedrig, dass teilweise gesagt wird, er sei sogar wirkungslos. Wir sind aber der Meinung, dass er nicht höher sein darf, da wegen des im Jahre 1993 vorgesehenen Risikoausgleichs gewisse Prämien ansteigen werden und wir ohnehin mit einem, wenn auch moderateren, Prämienanstieg zu rechnen haben.

Als weitere Erleichterung haben wir eingebaut, dass bei stationärer Behandlung Kinder und Personen, die sich länger als 180 Tage in einer Heilanstalt aufhalten, also Chronischkranke, keine Kostenbeteiligung zu entrichten haben, wobei diese 180 Tage rückwirkend auf den ersten Tag zu berechnen sind. Es ist also nicht so, dass die Kostenbeteiligung erst ab dem 181. Tag wegfällt würde.

Zweck von Artikel 3 ist es also ganz eindeutig nicht, eine Opfersymmetrie in dem Sinne herbeizuführen, dass neben den Leistungserbringern und den Kassen auch die Patienten etwas «abbekommen» sollten, sondern der Artikel bezweckt eine Umkehr des Anreizes und damit Ursachenbekämpfung: Jeder gesparte Spitaltag bringt viel, und jeder vermiedene Spitaleintritt bringt noch mehr.

Deshalb bitte ich Sie, Artikel 3 in der Kommissionsfassung zuzustimmen.

Onken, Sprecher der Minderheit: Wir kannten bisher keine Kostenbeteiligung bei der stationären Behandlung, also bei Aufenthalt in einer Heilanstalt. Nun soll sie hier mit diesen dringlichen Massnahmen eingeführt werden. Das lehne ich ab, was ich Ihnen kurz begründen möchte.

1. Die Massnahme, die hier jetzt vorgeschlagen wird, erreicht das angestrebte Ziel nicht. Die Massnahme unterstellt, dass man sich mutwillig, aus freien Stücken, in ein Spital begibt und man das um so bereitwilliger machen würde, als dort eben gegenüber der ambulanten Behandlung kein Selbstbehalt bezahlt werden muss.

Dafür fehlt jeglicher Beweis. Es gibt keine schlüssige Untersuchung, die irgendwie beweisen würde, dass dem so ist. Es ist einfach eine Behauptung, gegen die man ohne weiteres die Gegenbehauptung aufstellen kann, die da lautet, dass sich niemand aus freien Stücken oder gar gerne ins Spital begibt und dass in aller Regel eine Einweisung ins Spital erfolgt, dass ein Arzt entscheidet, ob ein Patient, ein Kranker in die Heilanstalt eingewiesen werden muss oder nicht, ob ein Eingriff stationär vorgenommen werden muss oder nicht, ob er ambulant behandelt werden kann oder nicht. Das ist der Regelfall. Und ein Patient, der seinem Arzt vertraut, wird sich diesem Rat auch anschliessen und sich ihm bestimmt nicht aus Kostengründen widersetzen. Sondern er wird sich sagen, der Arzt wisse, was gut für ihn sei, er empfehle ihm, sich ins Spital zu begeben, um sich dort stationär behandeln zu lassen, und er wird diesem Rat folgen. Das, wie gesagt, ist der Regelfall.

2. Es wird unterstellt, dass man sich im Spital oft über Gebühr lange aufhalte, dass man also, sozusagen wie in einem Hotel, diese Dienstleistungen in Anspruch nehme und heute vielleicht auch da und dort übers Wochenende bleibe, weil man lieber vom Pflegepersonal umsorgt sei, als allenfalls zu Hause zu sein und die Angehörigen für sich sorgen zu lassen.

Auch diese Behauptung stellt die Tatsachen auf den Kopf. Und 10 Franken pro Tag, wie sie hier jetzt vorgeschlagen werden, sind oder wären wohl kaum ein taugliches Mittel, um einen solchen Missbrauch zu beseitigen. Es mag sein, dass der eine oder andere Patient den Wunsch äussert, noch bleiben zu dürfen, aber dann ist es ebenfalls wieder Sache des behandelnden Arztes zu sagen: Mein Lieber, Sie sind gesund, Sie können nach Hause; wir brauchen Ihr Bett für einen anderen, der wirklich krank ist; Sie werden heute, Freitag, entlassen und können nicht noch bis Dienstag bleiben. Die 10 Franken pro Tag werden niemanden dazu bringen, früher aus dem Spital auszutreten.

Aber genau das, was ich jetzt beschrieben habe, was eigentlich üblich sein sollte, spielt sich so nicht ab. Die Aerzte bestehen nicht darauf, dass die Aufenthaltsdauer verkürzt wird und dass jemand, der an sich gesund geschrieben ist, das Spital wieder verlässt, sondern behalten die Patienten oft – wohl wissend, dass ein reiches Angebot an Akutbetten zur Verfügung steht – im eigenen Interesse und im Interesse der Spitalverwaltungen länger da. Ueberall dort, wo Betten knapp sind, ist auch die Aufenthaltsdauer entsprechend kurz.

Im Kanton Thurgau beispielsweise – ich nenne hier gerne meinen eigenen Kanton –, wo wir kein übermässiges Bettenangebot haben, haben wir eine Aufenthaltsdauer von 9,5 Tagen. Was lese ich jedoch über den Kanton Zürich – und das bestätigt das vollkommen, was ich soeben ausgeführt habe –, was führt hier Herr Regierungsrat Wiederkehr aus? Er sagte in einem Interview: «Solange wir noch ein paar hundert überschüssige Betten haben, kann mit kürzeren Aufenthalten nicht soviel gespart werden. Man müsste ganze Abteilungen schliessen können. Selbst wenn 500 Betten im Kanton Zürich geschlossen werden müssten, wäre die Versorgung immer noch sichergestellt.»

Das ist der Schlüssel zur Erklärung für die übermässig langen Aufenthalte in den Spitälern: das Ueberangebot an Betten, die fehlende Spitalplanung, der wir hier jetzt einen Artikel entgegenstellen, und nicht die Tatsache, dass Patienten aus freien

Stücken einfach beliebig länger im Spital bleiben wollen. Also auch hier verfehlt die Massnahme, den Patienten stärker zu belasten, das anvisierte Ziel.

Zweiter Grund: Wenn der Beschluss wirken sollte, so würde er zunächst einmal nur zu einer Verlagerung führen, nicht aber zu einer echten Einsparung. Er führt nämlich zu einer Verschiebung zu privaten Leistungserbringern, oft zu spezialisierten privaten Kliniken, die solche Eingriffe dann vornehmen. Und da stellt sich die Frage, ob damit tatsächlich weniger Kosten anfallen, was ja angeblich die Idee der ganzen Übung ist.

Man muss doch einfach sehen, dass hier ein Verdrängungswettbewerb stattfindet, dass es auch um die Konkurrenz zwischen öffentlichen und privaten Trägern geht, dass sich diese Massnahme, nämlich den stationären Bereich zusätzlich zu belasten, auch – auch, sage ich – zugunsten der privaten Leistungserbringer auswirken wird.

Ein dritter Grund: Der Selbstbehalt ist ungerecht. Gut, man kann sagen, er sei nicht sehr hoch: Es sind 10 Franken pro Tag, und die Franchise wird angerechnet. Der Maximalbetrag ist sogar auf 500 Franken begrenzt worden. Aber immerhin, es ist ungerecht, dass alle über den gleichen Leisten geschlagen werden. Wenn ein Selbstbehalt wirken soll, wenn er irgendeine Verhaltensänderung herbeiführen soll, dann doch nur dadurch, dass die, die wohlbestallt, die gutsituiert sind, mit einem höheren Selbstbehalt an ihre Pflicht erinnert werden, und die, die weniger haben, mit einem ihrem Einkommen entsprechend geringeren. Aber hier werden alle gleich getroffen. Das heisst, für die einen ist es wirklich substantiell – da geht es unter die Haut –, die anderen können sich das munter leisten und werden damit zu keinerlei Verhaltensänderung animiert. Also ist die Art und Weise der Belastung, die jetzt vorgesehen wird, obendrein noch ungerecht. Und schliesslich mein letzter Punkt: Es geht hier – Herr Bundesrat Cotti hat es letzten Donnerstag schon ausgeführt – eigentlich um eine Vorlage, die den Prämienzahler entlasten, den Prämienanstieg begrenzen soll.

Man hat versucht, der zugespitzten Situation Rechnung zu tragen, weil man gesehen hat, dass viele Prämienzahler zusammen mit erhöhten Mietzinsen, zusammen mit einer ungerechten Teuerung, mit wachsender Arbeitslosigkeit einfach am Anschlag sind und dass man nicht beliebig weiterkutschieren kann.

Mit diesem Ziel vor Augen kommt man nun und belastet den Prämienzahler einfach hintenherum auf andere Art und Weise. Man begrenzt zwar möglicherweise den Anstieg der Prämien – man stoppt sie nicht ganz, das wäre zurzeit kaum möglich, aber man begrenzt sie –, belastet jedoch auf der anderen Seite den Versicherten durch zusätzliche Kosten, die auf ihn überwälzt werden.

Nicht nur in Artikel 3 – ich muss hier etwas wiederholen, das ich schon am Donnerstag gesagt habe, um es in Erinnerung zu rufen –, auch in Artikel 7 sind zwei Massnahmen vorgesehen, die die Versicherten treffen werden. Einerseits die Eingrenzung der Leistungen der Grundversicherung und zum anderen die Reduktion der Anzahl der versicherten Heilmittel auf die Spezialitätenliste. Das sind Dinge, die in Zukunft den Versicherten treffen, indem er über Zusatzversicherungen oder aus dem eigenen Portemonnaie die entsprechenden Leistungen abgelden muss.

Was hier nun vorgeschlagen wird, überlädt das Fuder ganz eindeutig. Es geht um eine Ueberwälzung von 300 Millionen Franken. Das ist ein happiger Betrag. Hier wird des Guten zu viel getan. Auch ich bin bereit, im Rahmen dieses Beschlusses die Versicherten angemessen beizuziehen. Soweit das in Artikel 7 vorgesehen ist, kann man, obwohl es schmerzlich ist, dazu ja sagen. Aber hier zusätzlich noch etwas aufzuladen, geht zu weit.

Deshalb empfehle ich Ihnen, mit der Minderheit für eine Korrektur zu sorgen, die Kostenüberwälzung auf die Massnahmen in Artikel 7 zu beschränken und darauf zu verzichten, schon in diesen dringlichen Massnahmen eine solche Kostenbeteiligung im stationären Bereich vorzusehen. Wenn man das im Kontext der Revision des Krankenversicherungsgesetzes macht, eingebaut in die entsprechenden flankierenden

Massnahmen, lasse ich mir das eher gefallen, dann kann man wieder darüber reden. Aber es jetzt hier vorzuziehen, ist zu weit gegangen. Ich lade Sie ein, darauf zu verzichten.

Begrüssung – Bienvenue

La présidente: Je salue à la tribune la présence de M. le professeur Albert Zafy, président de la haute autorité de l'Etat de Madagascar, qui effectue une visite en Suisse. Cette visite intervient au moment où Madagascar est engagé dans un processus de démocratisation. Je souhaite à M. Zafy un agréable séjour en Suisse et forme mes vœux pour l'avenir de son pays et de son peuple. (*Applaudissements*)

Mornioli: Leider ist ein Missgeschick passiert. Ich habe meinen Antrag gestern per Fax geschickt, das Deckblatt ist vorhanden, der Rest offenbar nicht. Daher habe ich mir erlaubt, diesen Antrag schnell fotokopieren zu lassen, damit er allen ausgeteilt werden kann.

Es ist nicht die Idee der Kommission, wenn wir von Kostenbeteiligung im Spital sprechen, dass man die Patienten irgendwie belastet. Man geht davon aus, dass eine Person zu Hause für ihre Kost auch 10 Franken im Tag ausgeben muss. Man kann sich wirklich fragen, ob die Krankenkasse diese Kost bezahlen soll, ob es richtig ist, dass die Krankenkasse diese Belastung auf sich nimmt.

Ich habe den Antrag ein bisschen ausgebaut. Ich schlage vor, den Beitrag auf 10 Franken für die allgemeine Abteilung zu beschränken, auf 20 Franken für die halbprivate und auf 50 Franken für die Privatabteilung. Das nicht, um gewisse Schichten besonders und differenziert zu belasten, aber ich gehe davon aus, dass, wer in besseren finanziellen Verhältnissen lebt, in der Regel auch 50 Franken für seine Kost pro Tag ausgibt. Wenn er noch Champagner trinkt zum Apéro und nur den besten Wein und das beste Fleisch auf dem Tisch hat, dann sind es bald einmal mehr als 50 Franken.

Ich habe in Absatz 3 noch ein weiteres Ventil eingebaut, das den Solidaritätsbedürfnissen Rechnung trägt. Ich schlage vor, dass neben Kindern und den Personen, die sich länger als 180 Tage in einer Heilanstalt aufhalten, auch Einzelpersonen mit einem steuerbaren Einkommen unter 24 000 Franken und Mitglieder von Familien mit einem solchen unter 36 000 Franken von dieser Kostenbeteiligung ausgeschlossen sind.

Ich hoffe, dass Kollege Onken diesem Antrag zustimmen kann, da dies ein soziales Sicherheitsventil ist.

Es gibt auch Leute in bescheidenen Verhältnissen, darüber muss man sich im klaren sein, Leute in finanziell beschränkten Verhältnissen, die in der Privatabteilung liegen. Es gibt Leute, die vielleicht auf etwas verzichten, auf die Ferien, um eine Zusatzversicherung leisten zu können, sozusagen als Vorsorge für die schlechten Tage; das ist gar nicht so selten. Ich sehe, dass es Leute in bescheidenen Verhältnissen gibt, die im Interesse ihrer Sicherheit solche Zusatzversicherungen abschliessen. Auch sie würden durch meine zusätzliche Klausel in Absatz 3 Litera c geschützt.

Schmid Carlo: Ich schlage Ihnen vor, Artikel 3 Absatz 3 mit einer neuen Litera zu ergänzen: «c. Frauen für Leistungen bei der Mutterschaft.»

Sie wissen, dass seit 1944 ein Auftrag der Bundesverfassung besteht, eine Mutterschaftsversicherung zu schaffen. Sie wissen auch – die meisten oder viele von Ihnen sind dabeigewesen –, dass wir in den Jahren 1984/85 bei der letzten KVG-Revision versucht haben, die Mutterschaftsversicherung über den Artikel 14 KVG hinaus auszubauen, ein Mutterschaftstaggeld einzuführen; Sie wissen, dass das im Jahre 1986 vom Volk abgelehnt worden ist.

Bis zum heutigen Tag ist der Artikel 14 KVG betreffend die Leistungen bei Mutterschaft in der Fassung der Revision vom

13. März 1964 der einzige Ansatz in dieser Richtung. An sich wird politisch von keiner Seite bestritten, dass im Bereich der Mutterschaft eine Lücke besteht; die Frage ist jene des Masses.

Es geht mir – zusammen mit Frau Meier Josi, die massgeblich an diesem Antrag mitbeteiligt ist – nicht darum, eine unmögliche Maximalforderung aufzustellen. Zwar liegt mir die Familienpolitik ganz zentral am Herzen, allerdings nicht so, wie dies in der familienpolitischen Plattform der Pro Familia vom letzten Samstag propagiert worden ist; da haben wir von der CVP andere Vorstellungen, kenne ich doch die Grenzen des Möglichen und auch die Grenzen der Solidarität.

Mir scheint es indessen, dass mit diesem Antrag unseren familienpolitischen Anliegen Rechnung getragen werden kann, ohne die Solidarität allzu stark zu strapazieren. Es geht darum, dass wir bei der stationären Behandlung im Rahmen der Mutterschaft Leistungen gemäss Artikel 14 KVG vom Selbstbehalt ausnehmen.

Was die Redaktion dieses Vorschlages betrifft, kann man ihn ohne weiteres überprüfen. Ich glaube, dass der Nationalrat die Möglichkeit hat, hier noch über die Bücher zu gehen, falls redaktionelle Vorbehalte bestehen.

In der Sache selbst ersuche ich Sie, Frauen für Leistungen bei der Mutterschaft, d. h. im Wochenbett bei der stationären Behandlung im Spital, entsprechend meinem Antrag von der Kostenbeteiligung zu befreien.

Frau Beerli: Zuerst kurz zum Antrag Morniroli: Wir legiferieren hier nur im Bereich der Grundversicherung. Von daher gesehen haben die Anträge, die 20 und 50 Franken bei einer Behandlung in einer Halbprivat- und Privatabteilung verlangen, keinen Sinn und gehören nicht in diesen Beschluss. Ich glaube, dass es keinen Sinn macht, diese Anträge so aufzunehmen; ich würde sie daher bekämpfen.

Ich möchte für den Antrag der Kommissionsmehrheit eine Lanze brechen. Es ist sehr wohl so, dass ein Selbstbehalt bei der stationären Versorgung im Spital eine Kosteneinsparung mit sich bringt. Es geht uns nicht darum, lediglich Kosten umzuwälzen und auf die Patienten zu verteilen, sondern es geht uns darum, diese Kosten langfristig einzusparen. Ambulante Medizin braucht ganz eindeutig weniger Infrastrukturkosten und ist deshalb kostengünstiger.

Herr Ueli Müller, Präsident des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen, hat kürzlich an einer Tagung ganz klar dasselbe gesagt. Er hat ausgesagt, dass ambulante Medizin mit Sicherheit günstiger ist als stationäre Medizin. Er hat wörtlich gesagt: «Soviel ambulant wie möglich und sowenig stationär als notwendig.» Dies spart Kosten ein; das ist eine ganz eindeutige Tatsache.

Es geht uns darum, die Spiesse für ambulante und stationäre Eingriffe möglichst gleich lang zu machen. Heute ist es noch immer so, dass sich der Patient, wenn ein relativ kleiner Eingriff vorgenommen werden muss, oft die Frage stellt, ob er den Eingriff nicht lieber stationär vornehmen lassen sollte. So hat er keinen Selbstbehalt zu übernehmen; wenn er ihn hingegen beim Arzt ambulant vornehmen lässt, hat er einen Selbstbehalt und zusätzlich noch das Ungemach, sich daheim pflegen zu müssen. Hier sollen also die Spiesse gleich lang gemacht werden; es kann mit Sicherheit eine Einsparung erwartet werden.

Es ist klar, dass wir das Problem eines zu grossen Bestandes an Akutbetten haben. Wir haben aber ebenfalls einen Antrag zu Artikel 8, in welchem wir die Kantone zur Spitalplanung verpflichten; es ist ganz klar Aufgabe der Kantone, diesem Missstand entgegenzuwirken. Sie müssen ihre Spitalplanung abstimmen, und zwar auch mit den privaten Leistungserbringern in diesem Bereich, den privaten Kliniken; hier muss einheitlich geplant werden. Wenn diese Planung einmal vollendet ist, haben wir mit Garantie eine Kosteneinsparung.

Noch kurz zum Antrag Schmid Carlo/Meier Josi. Er ist eine sinnvolle Ergänzung des Antrages der Mehrheit. Man könnte sich höchstens fragen, was wir noch alles in das Massnahmenpaket einpacken möchten. Aber ich würde diesen Antrag trotzdem annehmen.

M. Roth: C'est un exercice difficile que de vouloir influencer la quantité des actes médicaux et la majorité veut y parvenir dans cette disposition de l'article 3.

Personnellement, je pense que ce n'est pas le bon endroit pour influencer ce critère de quantité. En général, on l'a déjà dit, on ne va guère à l'hôpital par plaisir. Bien au contraire, après une maladie ou une intervention, les patients préfèrent généralement rentrer chez eux le plus vite possible. J'aurais éventuellement encore pu m'accommoder d'une augmentation de la franchise annuelle générale, mais pas de cette mesure qui, dans cet arrêté-là en tout cas, me semble aller trop loin.

L'arrêté pose le principe général que les fournisseurs de soins sont soumis au principe d'économies. Par conséquent, les hôpitaux le sont aussi. Il faut ajouter que le patient n'a pas toujours de véritable choix, selon la façon dont on lui présente la possibilité d'entrer à l'hôpital plutôt que de suivre un traitement ambulatoire. Les patients aisés ne sont guère touchés par cette franchise, en revanche ceux pour qui l'augmentation présente un problème sont pénalisés.

A l'article premier, le conseil a suivi la commission qui avait prévu des possibilités élargies d'exception pour les fournisseurs de soins. Ainsi, avec cette proposition de la commission à l'article 3, on déplace nettement le poids de la proposition du Conseil fédéral qui provoque une dissymétrie en défaveur des patients. Je dois attirer votre attention sur le fait que nous ne sommes pas encore ici dans le débat de la révision totale de l'assurance-maladie. La révision est un exercice qui rebrasse toutes les cartes et qui redistribue les poids de l'assurance-maladie pour en arriver, au fond, à un nouvel équilibre au terme duquel d'ailleurs les assurés devraient déjà se retrouver plus chargés. Le but de l'opération que nous conduisons par l'adoption de cet arrêté est au contraire de décharger les assurés devant les gigantesques hausses de cotisations qui s'annoncent, alors que l'article 3 vise précisément le contraire en voulant faire endosser aux patients une prise en charge supplémentaire qui serait de l'ordre de 4 à 500 millions de francs. A cela vient encore s'ajouter, comme on l'a déjà dit au cours du débat, la restriction des prestations assurées à l'article 7. Telles sont toutes les raisons qui font que je vous propose de suivre la minorité de la commission et de biffer cette disposition qui ne va d'ailleurs pas dans le sens général de l'arrêté.

Schoch: Ich muss gestehen: Ich habe wirklich Mühe mit den Herren Onken und Roth. Die Argumentation der Minderheit zu diesem Artikel ist im Ansatz falsch; nach meiner Beurteilung sogar grundfalsch. Es ist unzutreffend, wenn geltend gemacht wird, der Aufenthalt in einem Spital sei in jedem Fall ein schicksalhaftes Ereignis und sei der Entscheidungsfreiheit des Patienten entzogen. Das stimmt nicht und trifft nicht zu.

Ich will Ihnen das am Beispiel meiner eigenen Arthroskopie erläutern. Die Arthroskopie ist ein Eingriff am Knie, der ambulant oder stationär gemacht werden kann. Mein Arzt hat mir gesagt, man könne am Vortag ins Spital eintreten, am nächsten Tag die Arthroskopie durchführen und am dritten Tag wieder nach Hause zurückkehren; er würde mir das sehr ans Herz legen. Man werde weniger strapaziert, es sei auch für das Knie besser, man könne die ganze Geschichte geruhsam und ohne Stress-Symptome über sich ergehen lassen, und man müsse dann erst noch keinen Selbstbehalt bezahlen, weil das eben stationär und nicht ambulant abgewickelt werde.

Das heisst: Ich hätte also nicht nur völlig stressfrei, gelöst und locker die Arthroskopie über mich ergehen lassen können, sondern es wäre mich auch noch billiger gekommen. Ich habe dann als geplagter Selbständigerwerbender und überdies als geplagter Politiker und eidgenössischer Parlamentarier trotzdem die andere Variante gewählt und den Selbstbehalt und die Franchise bezahlt. Hier gibt es – das ist die Konsequenz dieser Geschichte – Kosteneinsparungsmöglichkeiten, und von diesen müssen wir Gebrauch machen.

Ich weiss natürlich, Herr Onken, dass die Kosteneinsparung immer irgend jemandem wehtut: dem Leistungserbringer, der Krankenkasse oder dem Patienten. Es ist richtig, wenn im Sinne der Opfersymmetrie auch der Patient sein Scherflein an die Kosteneinsparung, die wir ja erreichen wollen, beiträgt. In

diesem Sinne, Herr Onken, möchte ich Ihnen sagen: Es geht nicht darum, dass der Patient entlastet wird oder dass die Prämienzahler entlastet werden, wie Sie das geltend gemacht haben; lesen Sie den Titel des Bundesbeschlusses, über den wir uns unterhalten: Es geht um Massnahmen gegen die Kostensteigerung. Wir wollen die Kostensteigerung bekämpfen und nicht dem Patienten das Portemonnaie füllen.

Gerade der Antrag der Kommissionsmehrheit zu Artikel 3 ermöglicht diese Kostenbekämpfung; es ist mir einfach nicht verständlich, dass man sich im falschverstandenen Interesse des Patienten dagegen wehrt.

Es ist aus drei Gründen problemlos und ohne weiteres zu verantworten, mit der Mehrheit für eine Kostenbeteiligung des Patienten im Spital zu entscheiden:

1. Ich habe es gesagt, es geht um Kosteneinsparung und nicht darum, den Patienten zu schonen. Von dieser Möglichkeit müssen wir Gebrauch machen.

2. Die Steuerung beim Patienten ist ein ganz konkreter Anwendungsfall des Verursacherprinzips; denn schliesslich sind es immer noch die Patienten, die primär die Kostensteigerung verursachen.

Ich gebe auch durchaus zu, dass ich selbst die Ursache zu meiner Arthroskopie gesetzt habe, indem ich nämlich etwas über meine Verhältnisse Ski gefahren bin. Es ist immer der Patient, der Anlass dazu gibt, dass im Gesundheitswesen Kosten entstehen. Hier müssen wir eingreifen, im Sinne des wohlverstandenen Verursacherprinzips.

3. Das, was wir jetzt vorgesehen haben, ist ja auch im Revisionsentwurf zum KVG genauso vorgesehen – mit etwas anderen Summen –, und dort wird die Regelung breit abgestützt und breit getragen. Weshalb soll das denn hier nicht möglich sein?

Ich meine, es ist notwendig und sinnvoll, mit der Mehrheit zu entscheiden.

Ich mache, wie Frau Beerli, noch zwei Bemerkungen zu den Anträgen Mornioli und Schmid Carlo/Meier Josi. Frau Beerli hat Herrn Mornioli darauf hingewiesen, dass wir hier nicht über den Bereich der Privat- oder Halbprivatabteilungen im Spital legiferieren. Sein Antrag zielt also an der Sache vorbei, und ich glaube, diesem Antrag darf nicht zugestimmt werden. Dagegen bin ich der Meinung, dass der Antrag Schmid Carlo/Meier Josi berechtigt ist. Ich würde mich dafür auch meinerseits einsetzen. Wenn wir die gute Idee schon in der Kommission gehabt hätten, wäre das sicher miteinbezogen worden.

Bühler Robert: Ich möchte auf eine Inkonsistenz des Antrages von Kollege Mornioli hinweisen.

In Absatz 1 schlägt er unterschiedliche Ansätze vor. Das hätte zur Folge, dass auch in Absatz 2 unterschiedliche Höchstbeträge vorgeschlagen werden müssten, sonst müsste der Patient in der allgemeinen Abteilung für 50 Tage diesen Betrag von 10 Franken bezahlen, in der Privatabteilung dann nur noch für zehn Tage. Das kann ja nicht der Sinn der Sache sein. Kollege Mornioli hat die Sache wahrscheinlich nicht ganz zu Ende gedacht.

Auch aus diesem Grunde muss der Antrag Mornioli abgelehnt werden.

Frau Simmen, Berichterstatterin: Ich habe der Argumentation der Kommissionsmitglieder nur noch wenig beizufügen.

Herrn Kollege Onken möchte ich sagen: Wenn Sie sagen, der Patient werde nun noch mehr belastet, zu seinen Prämien kämen auch noch diese 10 Franken pro Tag, und alles andere bleibe beim alten, so ist das ein Irrtum. Wenn es uns gelingt, die stationären Kosten zu senken, werden in der Folge die Prämien sinken. Die echte Entlastung findet dort statt; sie wird die zusätzlichen 10 Franken bei weitem aufwiegen. Das noch als zusätzliches Argument.

Zu den weiteren Anträgen: Wenn wir davon ausgehen, dass es bei diesen Massnahmen um die Grund- und Einzelversicherung geht, dann fallen beim Antrag Mornioli zu Artikel 3 Absatz 1 tatsächlich der zweite und der dritte Punkt, die Ansätze für die Halbprivat- und Privatabteilung weg. Bei der allgemeinen Abteilung sind wir uns dann wieder einig; das sind diese 10 Franken. Insofern bringt das nichts Neues.

Zu Absatz 3 Buchstabe c gemäss Antrag Mornioli: Hier wird ein neues Element eingeführt. Ich muss dazu sagen, was auch schon an anderer Stelle gesagt worden ist: Wir sollten bei diesen Massnahmen nun nicht derartige Detailelemente hereinbringen. Das zieht einen ganzen Rattenschwanz von Konsequenzen nach sich, die wir jetzt nicht überblicken.

Was den Antrag Schmid Carlo/Meier Josi betrifft: Es ist gesagt worden, er liege längst auf dem Tisch des Hauses. Er ist bekannt; er ist auch unbestritten. Auch wenn ich mich grundsätzlich gegen eine Anreicherung der Vorlage zur Wehr setze, dann wäre mir, wenn schon angereichert werden muss, dieser Antrag mit Sicherheit der liebste. Ich persönlich werde ihm auch zustimmen.

Mornioli: Entschuldigen Sie, dass ich nochmals kurz interveniere. Erstens möchte ich darauf hinweisen, dass sich Patienten in der Halbprivat- und Privatabteilung zunächst auf die Grundversicherung stützen; alles, was darüber ist, ist Zusatzversicherung. Wenn wir der Ueberlegung von Herrn Kollege Schoch folgen und die Leute demotivieren wollen, dann können Sie mit 10 Franken einen Privatpatienten gar nicht demotivieren. Das ist die Idee, die dahinter steckt.

Auf der anderen Seite muss ich Herrn Kollege Bühler Robert recht geben: Man müsste auch den nächsten Absatz ändern, wo der Maximalbeitrag vorgesehen ist.

Ich bin ein Einzelkämpfer, muss allein denken, und wenn ich in Absatz 3 Buchstabe b «länger als 180 Tage in einer Heilanstalt» lese, ist mir noch nicht klar, ob das gesamthaft oder pro Heilanstalt gilt. Es gibt Leute, die sukzessive in verschiedenen Heilanstalten untergebracht werden müssen.

Man sollte hier präzisieren, ob es «180 Tage gesamthaft» lauten sollte. Ich glaube, das ist die Idee, aber man sollte das präzisieren, z. B. indem man sagt: «Personen, die sich insgesamt länger»

Dann wissen wir noch nicht, ob sich 180 Tage auf das Kalenderjahr erstrecken oder auf die ganze Zweijahresperiode 1993/1994, die ja durch den Bundesbeschluss vorgesehen ist. Kurz zum Antrag Schmid Carlo/Meier Josi. Ich konnte nicht vorher Stellung dazu nehmen, da der Antrag nach meiner Intervention auf meinen Tisch gekommen ist. Ich glaube, Mutterschaft ist nicht das richtige Kriterium, um die Solidarität spielen zu lassen. Ich weiss schon, es macht sich gut. Aber Mutterschaft ist genau gleich wie Alter. Alter ist auch kein gültiges Kriterium. Es gibt alte reiche Leute, es gibt Mütter, die reich sind, die Millionärinnen sind, und es gibt arme Mütter. Ich glaube, die Solidarität darf nur in dieser Dimension spielen und nicht, indem man Leute unabhängig davon, in welchen wirtschaftlichen Verhältnissen sie leben, in eine Kategorie einteilt.

Wenn man meinen Antrag zu Buchstabe c anschaut, dann ist dem Rechnung getragen. Die Mütter, die in die Einkommenskategorie fallen, die ich hier schützen will, sind dann geschützt.

Huber: Ich möchte die Kommissionsberatung mit Herrn Kollege Mornioli fortsetzen; denn die Fragen, die hier aufgeworfen werden, sind Fragen, die in der Kommission längst besprochen und entschieden worden sind. Sie können sich jetzt darüber beschweren, dass Sie der Kommission nicht angehören. Ich weiss das. Ich nehme daher die Ausführungen auf, die Sie uns vorgelegt haben.

Herr Kollege Mornioli, beim vorliegenden Artikel geht es uns – wie Herr Kollege Schoch sehr zutreffend bemerkt hat und wie die Kommissionsreferentin immer wieder betont – nicht darum, Halbprivatpatienten in die Grundversicherung hinüberzulocken. Es geht in Tat und Wahrheit darum, die verhärteten Abschnittsgrenzen zwischen «stationär» und «ambulant» aufzubrechen und im Prinzip Kostensenkung zu betreiben, indem die günstigere und nicht die teurere Struktur benützt wird. Das ist der Kerngedanke, den wir seit Jahren in diesem Saal miteinander besprechen, ohne dass wir auch nur im entferntesten zu einem Entscheid gekommen wären, der etwas auslöst hätte.

Das ist die eine Seite. Die andere Seite ist: Wir müssen eine sozial verträgliche Lösung finden, da Kollege Onken zu einem ganz kleinen Teil recht hat (*Heiterkeit*) – verehrter Kollege, alles

andere wäre ein falsches Lob gewesen –, indem einige Dinge zusammenkommen.

Wir sind uns in einem Punkt einig: Hier kann eine Senkung der Prämie zusammen mit anderen Faktoren herbeigeführt werden – jawohl, in der Grundversicherung. Der Patient muss auch im stationären Bereich eine gewisse Eigenverantwortung wahrnehmen. Er muss in dieses Dreieck von Leistungserbringern, Arzt und Kasse eingebracht werden und muss sich entsprechend äussern. Er ist weder rechtlich noch faktisch das Opfer seines Arztes. Wir hätten sehr viel weniger Kosten, wenn es so wäre, wie Sie schildern, dass der Patient einem Arzt ausgeliefert ist. Unsere Patienten wechseln ihre Aerzte. Sie holen da und dort und überall zusätzliche Hinweise für das, was sie beschäftigt.

Die 180 Tage, Herr Morniroli, sind auf ein Kalenderjahr bezogen. Ich weiss, dass von einem Ihrer Kollegen in der «Schweizerischen Aerztezeitung» soeben ein Artikel erschienen ist, der das als lamentabel bezeichnet hat. Ich finde das nicht; im Gegenteil, ich finde das richtig. Richtig finde ich auch, dass man die Chronischkranken generell in die Ausnahme einbezieht, weil der chronischkranke Mensch – der alte, unter Umständen behinderte Mensch, sei es geistig oder körperlich – nicht zusätzlich belastet werden soll.

Ich möchte Sie sehr bitten, mit der Mehrheit zu stimmen, denn was wir hier tun, ist ein Vorgriff in Richtung Totalrevision. Das ist mehr, als Prämien und Preise zu beeinflussen: Das ist der Versuch, zugleich echte Kosteneinsparung und damit auch Lenkungen an der Abschnittsgrenze zwischen «stationär» und «ambulant» vorzunehmen.

Lassen Sie mich noch einen Satz sagen: Verketzern wir bei dieser Gelegenheit die Spitäler nicht! Das Spital ist nicht die schlechte, kostenträchtige Institution, als die sie hier dargestellt wird, und die ambulante Variante ist nicht die kostengünstige. Bei den sogenannten Kostengünstigen kommt es auf die Summierung der Leistungserbringer und auf das an, was dort angeschafft wird, obwohl im Prinzip die gemeinsame Benutzung eines Spitals weit besser zu einer Kostenamortisation beitragen würde.

Ich möchte bitten, dass man aus all diesen Ueberlegungen diesen kleinen, vertretbaren, sozialpolitisch ausgewogenen und abgefegerten Schritt tut.

Bundesrat Cotti: Ich muss für die bundesrätliche Lösung plädieren, sogar auf die Gefahr hin, Herrn Schoch mit meiner Argumentation noch etwas mehr Mühe zu bereiten. Seine Schilderung der Geschehnisse mit seiner Krankheit haben mich zwar tief beeindruckt, aber ich muss sagen, dass ich zu anderen Schlüssen komme als er. Ich versuche, Ihnen die Gründe dazu stichwortartig anzugeben und werde danach argumentieren:

1. Die Mehrheit der Kommission scheint – ganz allgemein gesagt – eindeutig eine Verlagerung von den Leistungserbringern auf Patienten und Versicherte vorzunehmen. Diese Verlagerung entspricht nicht den Hauptzielsetzungen der Vorlage des Bundesrates, die, wie ich am Anfang schon sagte, versichertenfreundlich sein wollte und bleiben möchte. Diese Verlagerung haben wir mit einigen potentiellen Ausnahmen für Aerzte in gewissen Kantonen bei Artikel 1 durchgelassen.

Jetzt kommt der Hauptpunkt, indem man bei Artikel 3 die Versicherten bzw. die Kranken verstärkt belastet. Eine zusätzliche Belastung werden wir noch bei Artikel 7 zu besprechen haben. Wir haben die Belastung bei Artikel 3 errechnet. Es sind einige 100 Millionen Franken Belastung, die allerdings – das muss ich einräumen – dadurch abgeschwächt wird, dass der Höchstbetrag des Selbstbehaltes im ambulanten Bereich von den heutigen 750 Franken auf 500 Franken herabgesetzt wird. Ich werde nachher sagen, ob diese Reduktion des Selbstbehaltes im ambulanten Bereich gerechtfertigt ist. Auf alle Fälle ergibt das eine gewisse Kompensation.

Immerhin haben wir errechnet, dass mit dieser Belastung – wenn auch kompensiert, wie ich sagte – und derjenigen von Artikel 7 die Versicherten um etwa 250 Millionen Franken mehr belastet würden, was den Hauptzielsetzungen des Bundesrates widerspricht. Entscheiden Sie anders, so werden Sie eine neue Zielsetzung verfolgen, aber von einer versichertenfreundlichen Lösung kann dann kaum mehr die Rede sein.

Beim zweiten Ziel, das Sie erreichen wollen, nämlich einer Reduktion der Kosten, stelle ich die Frage: Können Sie es effektiv erreichen? Das ist die grosse Frage.

Herr Schoch hat insofern recht, als er sagt, eine gewisse Mehrbelastung der Patienten im Spital sei in der Hauptrevision enthalten. Herr Schoch hat jedoch nicht gesagt, dass in der Hauptrevision sowohl die Beiträge des Bundes als auch die Beiträge der Kantone zum alleinigen Zweck der Prämienverbilligung wesentlich erhöht werden. Wenn dort also eine gewisse Belastung noch zumutbar ist, so deshalb, weil der Bund und die Kantone mit dem Ziel der Prämienverbilligung zu viel grösseren Lasten kommen. Damit kommt es zu einem gewissen Ausgleich, der dann wieder zu vertreten ist. Wenn man hier aber einseitig in eine Richtung geht, dann ist es jene, die sozial kaum verträglich ist.

Werden Sie dadurch mindestens die Spalkkosten reduzieren können? Herr Schoch hat von Opfersymmetrie gesprochen, und Frau Simmen hat bestritten, dass die Zielsetzung die Opfersymmetrie sei. In der Tat haben wir hier keine Opfersymmetrie, ganz im Gegenteil. Herr Schoch, Ihre Hauptzielsetzung war wohl ein gewisser Beitrag an die Kostenreduktion im Spitalwesen? Herr Huber hat sogar hinzugefügt, es würde dadurch zu einer Prämienreduktion kommen: Wenn die Kosten im Spital also gesenkt werden, kommt es auch zu einer Prämienreduktion.

Ich wage die Behauptung, welche ich im Moment zwar nicht beweisen kann, dass Sie dieses Ziel mit dem Antrag der Kommissionen nicht erreichen werden. Glaubt man im Ernst, mit einer Spalkkostenbeteiligung von 10 Franken pro Tag die Verkürzung des Spitalaufenthalts um einen Tag erreichen zu können? Ich persönlich glaube das nicht. Ich glaube ganz im Gegenteil: Dadurch, dass Sie, Herr Schoch, den Höchstbetrag des ambulanten Selbstbehaltes senken, laufen Sie Gefahr, die ambulanten Kosten zu erhöhen. Dort, wo es eindeutig viel leichter ist, unabhängig von jeglichem Bedürfnis zum Arzt zu laufen, werden Entlastungen eingeführt, die nach meiner Auffassung wirklich kaum zu vertreten sind. Dadurch erreichen Sie einen gewissen Ausgleich bei den Versicherten, aber Sie haben keine Gewähr, dass die Kosten tatsächlich reduziert werden.

Ich kann Ihnen keine Beweise liefern, genauso wenig wie Sie mir das Gegenteil beweisen können; wir werden uns bei Philipp wieder treffen. Es wird sich nächstes Jahr zeigen, ob Ihre Ziele tatsächlich erreicht werden konnten, ob die Kosten zurückgehen, ob letzten Endes auch die Prämien zurückgehen. Ich vermute, dass das nicht der Fall sein wird und dass der Versicherte das nächste Jahr sehr teuer wird bezahlen müssen. Ich vertrete die Auffassung, dass die Hauptziele der kurzfristigen Massnahme verfehlt werden. Ob ich damit recht habe, werden die Tatsachen im nächsten Jahr zeigen.

Zum Antrag Morniroli möchte ich sagen: Halbprivat- und Privatabteilungen sind kein Gegenstand der sozialen Krankenversicherung. Ihre Regelung würde hier absolut gesetzesfremd sein. Anders verhält es sich, wo es um die Abstufung des Selbstbehaltes nach wirtschaftlicher Fähigkeit und der Kraft der einzelnen Versicherten geht. Da möchte ich Herrn Morniroli sagen: Es ist ganz einfach ein Ding der Unmöglichkeit, bei einem dringlichen Bundesbeschluss, der einfach gehalten sein sollte – aber, wie mir scheint, immer komplizierter gestaltet wird –, noch bei jeder Frage in die Tiefe zu gehen.

Wir müssen hier bei dringlichem, einfachem Recht bleiben. Wir dürfen nicht über das im Bundesbeschluss Vorgesehene hinausgehen und gleichsam eine Totalrevision vorziehen; diese Gefahr besteht offenbar. Ich bitte um Einfachheit. Ich kann mich nicht mit dem Antrag Morniroli befrenden.

Sollte, wie zu vermuten ist, die Mehrheit der Kommission obliegen, dann hätte ich keine Einwände gegen den Antrag Schmid Carlo/Meier Josi.

Abs. 1 – Al. 1

Erste Eventualabstimmung – Premier vote préliminaire

Für den Antrag der Mehrheit

32 Stimmen

Für den Antrag Morniroli

1 Stimme

Abs. 3 Bst. c – Al. 3 let. c**Zweite Eventualabstimmung – Deuxième vote préliminaire**

Für den Antrag Mornioli	11 Stimmen
Dagegen	21 Stimmen

Dritte Eventualabstimmung – Troisième vote préliminaire

Für den Antrag Schmid Carlo/Meier Josi	36 Stimmen
Dagegen	4 Stimmen

Titel, Abs. 1–3 – Titre, al. 1–3**Definitiv – Définitivement**

Für den modifizierten Antrag der Mehrheit	32 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	6 Stimmen

Art. 4 (neu)**Antrag der Kommission****Titel**

Prämiengleichheit für Männer und Frauen

Wortlaut

Die Krankenkassen dürfen die Mitgliederbeiträge nicht nach dem Geschlecht der Versicherten abstufen.

Art. 4 (nouveau)**Proposition de la commission****Titre**

Egalité des cotisations entre hommes et femmes

Texte

Les caisses ne sont pas autorisées à échelonner les cotisations en fonction du sexe.

Frau **Simmen**, Berichterstatterin: Ich möchte Sie vorab für die etwas unkonventionelle Anordnung, die hier für das Querformat der Fahne, für die Synopse gewählt wurde, um Verständnis bitten. Es ist geschehen, damit der Quervergleich mit der bundesrätlichen Fassung möglichst gewährleistet ist. Deshalb finden Sie den Artikel 4 erst nach dem Artikel 6 auf der Seite 4 Ihrer Fahne.

Es geht hier um die Prämiengleichheit für Männer und Frauen – ein Element, das selbstverständlich in die Totalrevision Eingang finden wird und das ohne irgendwelche Bedenken vorgezogen werden kann. Ich glaube nicht, dass das materiell noch weiter erklärungsbedürftig ist.

Angenommen – Adopté**Art. 5 (neu)****Antrag der Kommission****Titel**

Erhöhung der Mitgliederbeiträge

Abs. 1

Die Krankenkassen dürfen die Mitgliederbeiträge in der Einzelversicherung der Krankenpflege-Grundversicherung nur bis zu einem nach Artikel 6 festgelegten Höchstbetrag erhöhen. Die werden müssen. (Gemäss Art. 2 Abs. 1 zweiter Satz des Entwurfes des Bundesrates)

Abs. 2

Das Bundesamt gestattet einer Krankenkasse, die Mitgliederbeiträge über den Höchstbetrag anzuheben, wenn diese nachweist, dass:

- ihre Reserve (Sicherheitsfonds und Schwankungszuschlag) sonst unter das gesetzliche Minimum sinken würde, und
- die von diesem Bundesbeschluss nicht erfassten Versicherungsbeiträge genügend hoch sind, um in jenen Versicherungszweigen die Kosten zu decken und die nötigen Reserven zu bilden.

Art. 5 (nouveau)**Proposition de la commission****Titre**

Augmentation des cotisations

Al. 1

Dans l'assurance individuelle de base des soins médicaux et pharmaceutiques, les caisses-maladie ne peuvent augmenter la cotisation au-delà de la cotisation maximale fixée en application de l'article 6. Cette assurance des caisses. (Selon art. 2, al. 1, première phrase, du texte du Conseil fédéral)

Al. 2

L'Office fédéral autorise une caisse à fixer la cotisation au-dessus de la cotisation maximale si celle-ci établit que:

- sa réserve de sécurité (fonds de sécurité et taux de fluctuation) s'abaisserait probablement en-dessous du minimum légal et
- les cotisations des assurances, non régies par le présent arrêté, suffisent à couvrir les coûts de ces branches d'assurance et permettent la constitution des réserves nécessaires.

Art. 6 (neu)**Antrag der Kommission****Titel**

Höchstbetrag

Abs. 1

Das Departement legt für jeden Kanton einen Höchstbetrag für den Mitgliederbeitrag fest. Es errechnet den Höchstbetrag aus:

- dem durchschnittlichen Mitgliederbeitrag des Vorjahres für die Grundversicherung in der untersten Erwachsenenaltersgruppe;
- einem Zuschlag im Ausmass des Anstiegs des Landesindex der Konsumentenpreise des Vorjahres, erhöht um vier Fünftel.

Abs. 2

Das Departement berücksichtigt. (Gemäss Art. 2 Abs. 3 des Entwurfes des Bundesrates)

Abs. 3

Der Höchstbetrag gilt für die Mitgliederbeiträge der untersten Erwachsenenaltersgruppe. Die Krankenkassen dürfen die Mitgliederbeiträge der anderen Versicherten nur bis zu dem Betrag erhöhen, der sich aus dem Höchstbetrag bei Berücksichtigung der gesetzlich zulässigen Abstufungen für Kinder sowie nach dem Eintrittsalter ergibt.

Abs. 4

Gemäss Art. 3 Abs. 3 des Entwurfes des Bundesrates

Abs. 5

Liegen die Mitgliederbeiträge des Vorjahres bei einer Krankenkasse bereits über den Höchstbeträgen nach den Absätzen 1 bis 4, dürfen grundsätzlich keine Erhöhungen vorgenommen werden.

Art. 6 (nouveau)**Proposition de la commission****Titre**

Montant maximum

Al. 1

Le département fixe, par canton, un montant maximum pour les cotisations. Il calcule le montant maximum à partir:

- de la cotisation moyenne de l'année précédente perçue pour l'assurance de base du premier groupe d'âge de la catégorie des adultes;
- d'un supplément correspondant à l'augmentation de l'indice des prix à la consommation de l'année précédente, majorée des quatre cinquièmes.

Al. 2

Le département en considération. (selon art. 2, al. 3, du texte du Conseil fédéral).

Al. 3

Le montant maximum s'applique à la cotisation du premier groupe d'âge de la catégorie des adultes. Les caisses-maladie ne peuvent augmenter les cotisations des autres assurés que jusqu'au montant correspondant au montant maximum, compte tenu des échelonnements légalement admis pour les enfants ainsi que selon l'âge d'entrée.

Al. 4

Selon art. 3 al. 3 du projet du Conseil fédéral

Al. 5

Lorsque les cotisations de l'année précédente sont supérieures au montant maximum selon les alinéas 1 à 4, aucune augmentation n'est autorisée.

Frau Simmen, Berichterstatterin: Bei Artikel 5 geht es um das Prinzip einer allfälligen Erhöhung der Mitgliederbeiträge bei den Krankenkassen. Damit ist schon gesagt, dass eine gewisse Erhöhung möglich ist. Auch dieser Abschnitt beschränkt sich auf die Grund- und Einzelversicherung.

In Artikel 5 ist also das Prinzip dargestellt, die technischen Einzelheiten und das Ausmass folgen nachher in Artikel 6.

Die Krankenpflege-Grundversicherung umfasst hier die gesetzlichen Leistungen sowie die Leistungen, die nach den Bestimmungen der Kasse zusammen mit den gesetzlichen Leistungen versichert werden müssen.

Die Mitgliederbeiträge können lediglich dann über den fixierten Höchstbetrag angehoben werden, wenn die Kasse nachweisen kann, dass sie ihre Reserven angreifen müsste und dadurch der Sicherheitsfonds und der Schwankungszuschlag unter das gesetzliche Minimum fallen würden. Diese Massnahmen dürfen sich zudem nur auf die Grundversicherung und nicht etwa auf Zusatz- und Kollektivversicherungen erstrecken. Diese beiden Branchen müssen selbsttragend sein; die haben hiermit nichts zu tun. Hier geht es um die Grundversicherung, für die allenfalls die Beiträge angehoben werden könnten.

Die Beweispflicht nach Absatz 2 trifft die Krankenkasse. Sie muss also aufzeigen können, dass diese beiden Bedingungen erfüllt sind.

Bundesrat Cotti: Ich möchte ein Wort zur Begründung sagen, die die Kommission zum Antrag bei Artikel 5 abgegeben hat. Diese Begründung basiert zum Teil auf dem Gutachten von Professor Fleiner, über das ja weit und breit berichtet worden ist. Dieses Gutachten behauptet, dass Artikel 3 Absatz 2 des letztjährigen Beschlusses verfassungsrechtlich bedenklich sei. Ich komme noch darauf zu sprechen.

Wir haben natürlich, bevor wir die beiden Beschlüsse dem Parlament unterbreiteten, die Verfassungsmässigkeit überprüfen lassen. Als das Parteigutachten von Professor Fleiner, welches auf Veranlassung der Krankenkassen gemacht wurde – ich möchte das klar unterstreichen –, bei uns eintraf, haben wir das Thema nochmals dem Bundesamt für Justiz unterbreitet. Wir wollten wissen, ob die Meinung von Herrn Professor Fleiner eine absolute und unbestrittene sei oder ob diese Meinung nicht schon bei der ersten Lektüre mindestens als diskutabel erscheine.

Darf ich Ihnen ein paar Sätze vorlesen, die uns vom Bundesamt für Justiz zugekommen sind: «Es ist unseres Erachtens fraglich, ob überhaupt, wie von Professor Fleiner angenommen, eine Gefährdung der Versicherungsleistungen als solche bereits als Beeinträchtigung der Eigentumsgarantie betrachtet werden kann. Zudem ist es nicht so, dass Artikel 3 Absatz 2 – es geht um den Artikel des letztjährigen Beschlusses – «notwendigerweise zu einer Gefährdung führt. Der umstrittene Artikel will es dem BSV vor allem ermöglichen, bei Finanzknappheit der Kassen angemessen zu reagieren. Damit das Ziel des Bundesbeschlusses, Stabilisierung des Preisniveaus im Bereich der Krankenversicherung, erreicht wird, kann es sich dabei unter Umständen rechtfertigen, eine gewisse Unterschreitung der Reserve in Kauf zu nehmen. Eine gewisse Flexibilität des BSV ist dabei notwendig Wir sind aus den erwähnten Gründen der Ansicht, Artikel 3 Absatz 2 sei nicht verfassungswidrig. Beim Lesen der Schlussfolgerungen des Gutachtens fällt im übrigen auf, dass auch Professor Fleiner, im Gegensatz zu den Darstellungen, die in seinem Gutachten gemacht worden sind, nicht auf eine klare Verfassungswidrigkeit schliesst; so bezeichnet er auf Seite 26 seines Gutachtens Artikel 3 Absatz 2 'nur' als verfassungsrechtlich bedenklich.» Wir sind aber aus den erwähnten Gründen der Ansicht, dass die Verfassungsmässigkeit gegeben sei.

Ich wollte Ihnen das nur mitteilen, damit ein vortreffliches Parteigutachten nicht plötzlich als «verfassungsmässiges Evangelium» übernommen wird. Wir sind hingegen der Auffas-

sung, dass hier durchaus ein gewisser Spielraum drinliegt. Schon in der letztjährigen Botschaft, und auch in der diesjährigen, betont der Bundesrat ganz klar, dass es nicht sein Ziel sei, die Krankenkassen in irgendwelche Schwierigkeiten geraten zu lassen. Hingegen scheint uns die absolute Fassung der Kommission schon auf den ersten Blick relativ übertrieben zu sein.

Ich füge noch ein Weiteres hinzu: Mit dieser Massnahme erschweren Sie ganz eindeutig die Handhabung des ganzen Bundesbeschlusses. Auch hier kann ich nur Prognosen aufstellen – die Wirklichkeit des nächsten Jahres wird das weisen –: Wir werden eine Reihe von Beschwerden haben, die an die Rekursinstanz weitergezogen werden. Ueber diese Beschwerden wird höchstwahrscheinlich erst Jahre nach der Anwendung des Beschlusses definitiv entschieden werden, so dass in der Zwischenzeit für die Kassen und die Versicherten grösste Unsicherheit bestehen wird. Das ist die Prognose, die ich aufstelle.

Wir können auf diese Thematik hier im Plenum des Rates nicht eingehen; ich behalte mir aber vor, im Zweitrat mindestens Ideen einzubringen, die eine gewisse Vereinfachung der Verfahren miteinbeziehen. Sollte also die Kommission gewisse Ausnahmemöglichkeiten vorschlagen, dann müsste das Verfahren so beschleunigt werden, dass die erwähnte Rechtsunsicherheit nicht für allzu lange Zeit eintritt. Das möchte ich sagen, ohne dabei den Grundsatz gewisser Ausnahmen bekämpfen zu wollen. Die Formulierung scheint mir aber zu hart, der Zwang zur Ausnahme zu stark, und bezüglich des Verfahrens müssen – den Bundesbeschluss und die Totalrevision betreffend – Vereinfachungen eingeflochten werden können. Ich verschiebe das auf die Diskussionen im Zweitrat.

Frau Simmen, Berichterstatterin: Es ist so, dass die Artikel 5 und 6 eine Einheit bilden. Deshalb ist es schwierig, die einzelnen Teile einander gegenüberzustellen.

Den Höchstbetrag, der nur sinnvoll ist, wenn wir die Bestimmungen über die Erhöhung der Mitgliederbeiträge in Artikel 5 zuvor annehmen, finden Sie in Artikel 6. Hier heisst es, dass das Departement für jeden Kanton den Höchstbetrag für den Mitgliederbeitrag festlege. Nachdem wir ab 1993 nun den Risikoausgleich unter den Kassen haben, ist es nicht mehr sinnvoll, dass sich dieser Höchstbetrag am Mitgliederbeitrag der einzelnen Kasse orientiert, sondern er muss sich am durchschnittlichen Mitgliederbeitrag der Grundversicherung – und zwar der untersten Erwachsenenaltersgruppe – orientieren.

Ich möchte für diejenigen, die die deutsche Fassung der Fahne haben, bemerken, dass hier ein Druckfehler vorliegt, der in der französischen Version nicht mehr vorhanden ist. Es heisst hier aus falscher Analogie zur linken Spalte: «a. dem durchschnittlichen Mitgliederbeitrag des Vorjahres für die Grundversicherung der Männer in der untersten Erwachsenenaltersgruppe.» Nachdem wir nun aber die Prämienungleichheit beschlossen haben, muss es heissen: «.... für die Grundversicherung in der untersten Erwachsenenaltersgruppe.» In der französischen Fassung ist das bereits so enthalten.

Zu diesem Höchstbetrag kann ein Zuschlag im Ausmass des Anstieges des Konsumentenpreisindex plus vier Fünftel kommen. Weshalb vier Fünftel? Das kommt daher, dass die Kassen zusammen mit höheren Kosten auch höhere Rückstellungen zu tätigen haben. Deshalb ist hier nicht nur, wie an anderen Orten, der Index plus ein Drittel, sondern plus vier Fünftel vorgesehen.

Absatz 2 ist ebenfalls eine weitgehend technische Angelegenheit, indem hier festgelegt wird, wie der durchschnittliche Mitgliederbeitrag errechnet wird, nämlich aus dem gewogenen Mittel der Mitgliederbeiträge von Krankenkassen, die zusammen mindestens zwei Drittel der Versicherten pro Kanton umfassen. Sollten diese Mitgliederbeiträge innerhalb des Kantons noch abgestuft sein, so wird der höchste Mitgliederbeitrag berücksichtigt. Das entspricht genau dem Vorschlag des Bundesrates zu dieser Richtprämie.

Wenn ich gleich noch Absatz 3 begründen darf, weil er auch hier hineingehört: Der Höchstbetrag gilt für die Mitgliederbeiträge der untersten Erwachsenenaltersgruppe. Die Mitgliederbeiträge der andern Versicherten dürfen dann nur bis zu dem

Betrag erhöht werden, der sich aus dem Höchstbetrag unter Berücksichtigung der gesetzlich zulässigen Abstufungen für Kinder und nach dem Eintrittsalter ergibt. Es tut mir leid, dass es etwas sehr Technisches ist, aber wir müssen das so festlegen, damit es innerhalb dieses Beschlusses klar ist.

Wenn ich mir noch eine Bemerkung zu den Ausführungen von Herrn Bundesrat Cotti erlauben darf: Die Krankenkassen haben bereits in der Vernehmlassung und in den Hearings darauf aufmerksam gemacht, es könnte die Möglichkeit eintreten, dass sie mit dieser Begrenzung an den unteren Rand bzw. unter den unteren Rand der Reserven sinken könnten. Die Ausnahme, wie sie die Kommission in Artikel 6 Absatz 2 erlauben will, ist in diesem Sinne nicht eine Folge des Gutachtens Fleiner, sondern das Gutachten Fleiner betraf die Kann-Formulierung, die die Kommission erst vorgesehen hatte – dass also der Bundesrat einer Krankenkasse gestatten kann, die Mitgliederbeiträge über den Höchstbetrag anzuheben. Die Kommission hat lange diskutiert, ob diese Kann-Formulierung nicht genügen würde, indem ja das pflichtgemässe Ermessen ohnehin vorausgesetzt wird. Sie hat sich dann aber am Schluss für die stringenter Formulierungen entschieden, wonach das Bundesamt einer Krankenkasse gestattet, die Mitgliederbeiträge über den Höchstbetrag anzuheben.

Ich muss Sie bitten, noch weiter umzublättern. Da ist der eingeschobene Artikel 4 mit der Prämiengleichheit. Aber auf Seite 5 der Fahne geht es noch weiter mit diesem Artikel 6, nämlich in Absatz 4, welcher ebenfalls rein technisch die Modalitäten festlegt, wenn verschiedene Risikostufen bestehen oder wenn die Kassen aus geographischen Gründen verschiedene Mitgliederbeiträge erheben. Das entspricht ebenfalls der bündesrätlichen Fassung.

Absatz 5 legt fest, dass bei denjenigen Beiträgen, die bereits jetzt – nicht nach Absätzen 1 und 3, sondern nach Absätzen 1 bis 4 – über den Höchstbeträgen liegen, grundsätzlich keine Erhöhungen mehr vorgenommen werden dürfen. Auch das entspricht der bündesrätlichen Fassung.

Das ist hier das ganze Paket. Es sind zwei Konzepte. Entweder dürfen die Krankenkassen ihre Prämien vermehrt anheben oder sie dürfen es nicht.

Bundesrat **Cotti**: Der Grundsatz von geltenden Ausnahmen für die Krankenkassen ist auch von uns nicht bestritten. Nachdem Sie jetzt bei Artikel 1 für die Leistungserbringer gewisse Ausnahmen eingeführt haben, die sich natürlich auf die Kassenkosten auswirken können, möchte ich nicht, dass jetzt unbedingt der bündesrätliche Antrag zum Zug kommt. Es wäre höchstens im Zweitrat zu diskutieren, ob bezüglich der Verfahren nicht eine gewisse Beschleunigung eingeführt werden könnte.

Angenommen – Adopté

Art. 7 (neu)

Antrag der Kommission

Titel

Versicherungsleistungen

Abs. 1

Die Krankenkassen dürfen in der Krankenpflege-Grundversicherung nur die Pflichtleistungen nach den Artikeln 12 bis 14 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung übernehmen.

Abs. 2

Sie dürfen ihre Leistungen in der Krankenpflege-Grundversicherung in den folgenden Bereichen erweitern:

- a. für Unfälle;
- b. für Pflege und Aufenthalt in einer Heilanstalt;
- c. für die von einem Arzt angeordnete Behandlung und Pflege zu Hause oder in einem Pflegeheim;
- d. für die in kantonalen Obligationen vorgesehenen Leistungen;
- e. für Leistungen im Ausland.

Abs. 3

Arzneimittel, die nicht in der Arzneimittelliste oder der Spezialitätenliste (Art. 1 Abs. 1 Bst. a und b der Verordnung VIII vom 30. 10. 1968 über die Krankenversicherung betreffend die

Auswahl von Arzneimitteln und Analysen) enthalten sind, dürfen die Krankenkassen nur im Rahmen von Zusatzversicherungen übernehmen. Verpflichtungen des kantonalen Rechts zur Uebernahme von anderen Arzneimitteln im Rahmen der Grundversicherung sind für die Kassen nur verbindlich, wenn der Kanton die zusätzlichen Kosten speziell und kostendeckend durch Beiträge abdeckt.

Antrag Plattner

Abs. 3

Streichen

Art. 7 (nouveau)

Proposition de la commission

Titre

Prestations assurées

Al. 1

Les caisses-maladie doivent prendre en charge, au titre de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques – assurance de base – uniquement les prestations prévues aux articles 12 à 14 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

Al. 2

Elles peuvent, au titre de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques – assurance de base – étendre leurs prestations aux situations suivantes:

- a. les accidents;
- b. les soins et le séjour dans un établissement hospitalier;
- c. le traitement et les soins, prescrits par un médecin, au domicile du patient ou dans un établissement médico-social;
- d. les prestations obligatoires prévues par les lois cantonales;
- e. les prestations effectuées à l'étranger.

Al. 3

Les médicaments qui ne figurent ni sur la liste des médicaments ni sur la liste des spécialités (art. 1, al. 1, lettres a et b, de l'ordonnance VIII du 30. 10. 1968 sur l'assurance-maladie concernant le choix des médicaments et des analyses) ne sont pris en charge par les caisses que dans le cadre de l'assurance complémentaire. Les caisses ne sont liées par les dispositions cantonales qui prévoient la prise en charge d'autres médicaments dans le cadre de l'assurance de base que si les coûts qui en découlent sont couverts par des subventions cantonales spéciales.

Proposition Plattner

Al. 3

Biffer

Frau **Simmen**, Berichterstatterin: Hier wird es wieder etwas übersichtlicher, denn hier geht es nun um die Versicherungsleistungen, die die Kassen zu übernehmen haben, bzw. um deren Beschränkung.

Es ist ja so, dass wir nach dem Krankenversicherungsgesetz ganz klar Pflichtleistungen haben, nämlich in den Artikeln 12 bis 14 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Wir haben für die Arzneimittel auch genaue Listen dessen, was die Krankenkassen übernehmen müssen und was nicht.

Im Laufe der Zeit hat es sich immer mehr eingebürgert, dass Krankenkassen zusätzliche Leistungen übernommen haben, die sie eigentlich nicht hätten übernehmen müssen, und zwar einfach auch aus Konkurrenzgründen, indem eine Kasse, die mehr andere Medikamente bezahlt, die noch zusätzliche Leistungen finanziert, gegenüber anderen Kassen einen Wettbewerbsvorteil hat.

Ich möchte aber betonen, dass diese Grundleistungen – die im Gesetz festgeschrieben sind, mit gewissen zusätzlichen Erweiterungen – und die Arzneimittel, die auf der sogenannten Spezialitätenliste stehen, nicht irgendeine rudimentäre Medizin oder Versorgung sind, die niemandem zugemutet werden kann, sondern das sind Leistungen – z. B. gerade auch bei den Arzneimitteln –, die laufend angepasst werden. Von dort aus schien es der Kommission verantwortbar – auch wieder im Sinne einer Kostensenkung –, hier die Kassen auf das zurückzuführen, was sie übernehmen müssen.

Wir sind in dieser Meinung bestärkt durch die Tatsache, dass schon heute – gerade auch bei den Medikamenten – Kassen

sich auf diese Spezialitätenliste beschränken; aber es sind eben nicht alle. Wenn wir wollen, dass die Massnahmen etwas bringen, ist es nötig, dass wir diese Vorschrift auch fixieren. Allerdings muss hier ganz klar gesagt werden, dass das nur dann etwas bringt, wenn auch die Aerzte sich in ihrer Verschreibungspraxis daranhalten; sonst kommt es tatsächlich zu dem, was auch Herr Bundesrat Cotti schon befürchtet hat, dass nämlich dann einfach Medikamente verschrieben werden, die die Patienten nicht selber bezahlen müssen. Hier sind also auch die Aerzte gefordert, mitzuziehen, damit wir diese Leistungen auf ein gewisses Mass einschränken können. Sie sehen in Artikel 7 Absatz 2, dass hier den Krankenkassen gestattet ist, in der Krankenpflegegrundversicherung ihre Leistungen zu erweitern, und zwar in den Bereichen a bis e, die Sie auf der Fahne vorfinden. Die Kommission empfiehlt Ihnen, dieser Beschränkung, die sie nicht als unzumutbaren Leistungsabbau empfindet, zuzustimmen.

Plattner: Selbstverständlich unterstütze ich die Massnahmen, die Bundesrat und Kommission vorschlagen, um die Kostenexplosion im Gesundheitswesen einzudämmen. Es geht mir also nicht darum, dagegen irgend etwas zu unternehmen. Insbesondere unterstütze ich auch den Vorschlag des neuen Artikels 7, welcher den Umfang der Angebote des Grundversicherungspaketes begrenzen will, um eben kostentreibenden Wettbewerb unter den Krankenkassen zu blockieren, die sich sonst mit immer neuen Spezialangeboten die Neueintretenden abspenstig machen wollen. Aber ich bitte Sie trotz des Einverständnisses zu diesen Sparmassnahmen, das Sie sicher mit mir teilen, bei den Vorschlägen der Kommission eine Ausnahme zu machen. Es geht um Absatz 3. In diesem Absatz 3 schlägt die Kommission vor, jene Medikamente von der Vergütung durch die Grundversicherung auszuschliessen, welche nicht auf der Arzneimittel-Spezialitätenliste enthalten sind. Ich werde versuchen, Ihnen zu zeigen, dass dieser Weg sparpolitisch falsch ist – dass er also nicht zu Kosteneinsparungen führt –, dass er gesundheitspolitisch bedenklich ist und dass er sogar – um ein etwas grosses Wort zu brauchen – staatspolitisch keinesfalls wünschbar ist. Sie mögen denken, dass ich so, wie früher von diesem Sitz aus gesprochen wurde, für die Basler Chemie spreche, die ja da und dort ein Interesse haben könnte, wenn ein nicht auf der Liste stehendes Heilmittel dennoch kassenzulässig bliebe. Ich sage dieses eine Mal, dass ich das nicht tue. Die Basler Chemie schaut gut für sich selber. Ich bilde mir nicht ein, dass sie mich nötig hätte.

Ich spreche aus einem ganz anderen Grund zu diesem Thema. Es stellt sich heraus – Sie haben den entsprechenden Brief der Betroffenen erhalten –, dass der grösste Teil der nicht auf der Liste stehenden und somit von den Vergütungen durch die Krankenkassen ausgeschlossenen Heilmittel – es geht nach Schätzungen um einen Betrag von fast 150 Millionen Franken – nicht irgendwelche Heilmittel sind, sondern eine ganz bestimmte Klasse, nämlich Naturheilmittel und homöopathische Heilmittel. Ausgerechnet diese würden schwerpunktmässig von der Grundversicherung nicht mehr bezahlt werden können. Sie würden in vielen Fällen nicht mehr eingesetzt werden können, weil die Patienten sie nicht extra bezahlen wollen, sondern weil der Arzt auf Mittel ausweicht, die auf der Liste sind; somit müssten sie durch andere, schulmedizinische Pharmaka ersetzt werden.

Das ist aus gesundheitspolitischer und sparpolitischer Sicht nicht wünschenswert: Diese Medikamente sind wesentlich preisgünstiger, und zwar sind nicht nur die Medikamente selber billiger, sondern es sind vor allem die im Zusammenhang mit diesen Medikamenten gebrauchten begleitenden Alternativmethoden der Alternativmedizin günstiger.

Viele von Ihnen mögen nun denken, ich rede der Quacksalberei das Wort. Früher hatten diese Methoden einen schlechten Ruf; heute ist das nicht mehr so. Sie wissen, dass der Gegensatz zwischen alternativer und Schulmedizin durchaus verschwunden ist. Die Universitäten Zürich und Bern haben in letzter Zeit sogar Lehrstühle geschaffen, um diesen Wissenschaftern Entwicklungs- und Unterrichtsmöglichkeiten zu bie-

ten. Ich selber habe als Statistiker mit Professorenkollegen bei manchen Wirkungstests von Natur- und homöopathischen Heilmitteln mitgemacht, und ich kann Ihnen sagen, dass sich, neben den subjektiven Wirkungen, die für den Patienten das Entscheidende sind, in diesen Fällen bei sorgfältiger Untersuchung immer auch objektivierbare Wirkungen nachweisen lassen.

Es geht also um Medizin im klassischen Sinn, wenn auch nicht mit schulmedizinischen Methoden. Diese Methoden und diese Pharmaka sind im allgemeinen sanfter. Die Therapie und die Heilmittel nehmen nicht so starken Einfluss auf die Patientinnen und Patienten. Damit sind die Sekundärfolgen der Behandlungen immer geringer. Sie alle kennen die Fläschchenbatterien, die Chronischkranke der Schulmedizin oft mit sich herumtragen müssen. Sie müssen ein Medikament nehmen, dann ein zweites, um die Nebenwirkungen des ersten Medikamentes zu dämpfen und ein drittes, um die kombinierten Nebenwirkungen des ersten und zweiten Medikamentes zu dämpfen.

Man stellt immer wieder fest: Wer mit Kanonen auf Spatzen schiesst, muss nachher das Hausdach reparieren. Das ist Schulmedizin und Schulpharmakologie. Mit den alternativen, insbesondere mit den homöopathischen Mitteln riskieren Sie das nie. Das, was die Gesundheitspflege oder die Krankheitsbekämpfung mit diesen Mitteln, ganz abgesehen vom Preis der Medikamente, noch einmal verbilligt, sind die Menge der Medikamente und die Menge der Nebenwirkungen. Die teilweise gravierenden Folgen fallen in den meisten Fällen weg. Diese Heilmittel sind nicht immer anwendbar. Ich will nicht so tun, als könnte man mit einer reinen Naturmedizin auskommen. In geeigneten Fällen sind sie anwendbar. Das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen hat in einem Bericht, der Ihnen vor einiger Zeit zugestellt wurde, von den stark kostendämpfenden Wirkungen dieser Heilmethoden geredet und hat Statistiken gezeigt, die zum Teil in der Schweiz, zum Teil in Deutschland erhoben wurden. Die Krankenkassen stellen ganz klar fest, dass die meisten naturheilkundlichen Diagnose- und Therapieverfahren weit kostengünstiger sind als die schulmedizinischen Verfahren. Sie schliessen daraus, dass optimale Heilerfolge und schliesslich kostengünstige Betreuung der Patienten nur zu erzielen seien, wenn sowohl Schulmedizin wie auch Alternativmedizin nebeneinander und einander ergänzend zur Anwendung kommen können. Wenn das wahr ist und Sie mir bis hierher gefolgt sind, dann wäre es eine Seldwylerei, die entsprechenden Heilmittel für die Vergütung durch die Krankenkassen aus dem Grundpaket, das für die meisten Leute das Gesamtpaket ist, auszuschliessen.

Bedenken Sie im übrigen, dass Sie vom ordnungspolitischen Standpunkt her mit der Behinderung der Anwendung alternativer Heilmethoden eine enorme Wettbewerbsverzerrung einführen, welche kleinere, innovative Heilmittelhersteller und alternative Kliniken in grosse Schwierigkeiten bringen kann. Ich zähle drei Namen auf, die Sie vielleicht auch kennen: Die Firma Weleda in der Region Basel stellt ausschliesslich anthroposophisch motivierte Pharmaka her – viele ihrer Heilmittel würden ausgeschlossen –; die Firma Zeller in Rorschach, die für Produkte auf pflanzlicher Basis berühmt ist; die bekannte neue Aeskulap-Klinik am Vierwaldstättersee, welche mit der Kombination von Schulmedizin und alternativen Therapien ausserordentliche Heilerfolge hat. Sie hätten Probleme, wenn die Patienten von der Krankenkasse nicht mehr die volle Vergütung bekommen könnten.

Bedenken Sie zudem, dass Sie mit einem solchen Beschluss als Gesetzgeber in die ärztliche Kunst eingreifen. Was soll ein Arzt tun, wenn nach seiner fachlichen Meinung das richtige Medikament eines ist, das nicht auf der Liste steht? Soll er ein falsches wählen, welches auf der Liste ist oder dem Patienten sagen, er müsse es selber bezahlen? Der Gesetzgeber tut gut daran, diese Eingriffe nicht zu machen.

Ein letzter Punkt. Sie kennen die Umfragen, wonach es über 80 Prozent unserer Bevölkerung ausdrücklich wünschen, dass diese alternativen Heilmittel und -methoden in der Grundversicherung eingeschlossen sind. Ich halte es für eine unzulässige Bevormundung der mündigen Bevölkerung, wenn man ihr vorschreibt, dass sie das durch die Grundversi-

cherung – die ohnehin schon teuer genug ist – nicht mehr vergütet bekommen kann.

Ich hoffe, Sie überzeugt zu haben, dass die Aufnahme dieses 3. Absatzes von Artikel 7 gesundheitspolitisch bedenklich und vor allem kostenpolitisch falsch wäre. Mir ist klar, dass weder Sie noch die Kommission diese Folgen wollten, die ich Ihnen beschrieben habe. Der Präsident der Kommission, Kollege Huber, hat mir gesagt, das sei nicht die Meinung der Kommission gewesen. Weil es nicht ihre Meinung war und es auch nicht jene des Ständerates sein sollte, bitte ich Sie im Interesse der innovativen Alternativmedizin und der betroffenen Patienten, diesen Absatz zu streichen. Dieser Absatz hat zu viele unbedachte Konsequenzen und gehört nicht in dieses Sofortpaket. Bitte streichen Sie ihn.

Schoch: Ich möchte doch auch noch einige kurze Bemerkungen machen zu diesem Artikel 7 und zu dem, was Herr Plattner vorgetragen hat.

Zunächst zu Artikel 7 generell, ohne spezielle Bezugnahme auf Absatz 3. Ich erhalte viele Briefe mit Anliegen und Anfragen zum Gesundheitswesen im allgemeinen und zur Krankenversicherungsrevision im besonderen. Ich beschäftige mindestens zum Teil eine Hilfskraft – die ich mit 30 000 Franken bezahlt hätte und die ich nun aus dem eigenen Sack entlöhne –, die sich um die Antwortbriefe auf all die Anfragen kümmert, die mir zugehen.

Unter anderem hat mir am 29. August dieses Jahres Herr Alfred Kaufmann aus Appenzell geschrieben. Ich muss mich in diesem Zusammenhang bei Herrn Schmid Carlo entschuldigen; ich gerate in sein Hoheitsgebiet, wenn ich aus dem Schreiben von Herrn Kaufmann zitiere. Was Herr Kaufmann schreibt, ist im Zusammenhang mit der Behandlung und Beratung von Artikel 7 so aufschlussreich, dass ich der Versuchung nicht widerstehen kann, einige Zeilen aus seinem Brief zu zitieren und ihm damit Eingang ins Protokoll des Ständerates zu verschaffen, auch wenn das nicht der Anlass zur Niederschrift des Briefes war. Herr Kaufmann schreibt mir: «Die Krankenkassen bieten Leistungen an, die weit über die Pflichtleistungen hinausgehen.» Ich verlese einige Beispiele – Herr Kaufmann ist mit der Materie sehr vertraut –: «Badekurbeiträge bis 100 Franken pro Tag gegenüber dem gesetzlichen Rahmen von 10 Franken pro Tag; Beiträge für Erholungskuren; Reiseschutzimpfungen; Schönheitsoperationen; Sterilisationen; Auslandkuraufenthalte am Toten Meer, in Abano usw.; Zahnstellungskorrekturen bis betraglich unbegrenzt; seit 1992 ausserdem Beiträge an Abonnemente für Fitness-Center, angeboten von etwa 15 Krankenkassen; Beiträge für Kochkurse für Vollwertküche» und vieles mehr.

Ich meine, Herr Kaufmann hat nicht nur recht, sondern er belegt damit auch, wie im Bereich der Krankenversicherung heute überzogen wird, und zwar im Bestreben, Versicherte an sich zu ziehen, Versicherten Zusatzleistungen anbieten zu können, die dann das ganze Kostenvolumen ansteigen lassen. Es ist deshalb dringend geboten, wieder auf die Pflichtleistungen zurückzugehen und die Kassen auf den Pflichtleistungskatalog zu verpflichten.

Herrn Plattner vermag ich in Absatz 3 nicht zu folgen. Gerade Ausserrhoder sind in diesem Bereich, ich gebe es zu, vielleicht ein bisschen sensibilisiert, aber gleichzeitig auch legitimiert, Stellung zu beziehen. Ich meine, Herr Plattner widerlege sich selbst, wenn er darauf hinweist, dass Alternativ- oder – wie man modern sagt – Komplementärmedizin heute wissenschaftlich anerkannt sei. Das stimmt. Und wenn es so ist, wenn es zum Beispiel heute Lehrstühle für Komplementär- oder für Alternativmedizin gibt – auch wenn sie noch nicht besetzt werden konnten – und wenn damit der Bereich der Komplementärmedizin wissenschaftlich anerkannt ist, dann ist es eine Frage der Zeit, vielleicht von Wochen, vielleicht von Monaten, bis zusätzliche alternativ- oder komplementärmedizinische Heilmittel auch in die Spezialitätenliste aufgenommen werden.

Verschiedene derartige Medikamente figurieren schon auf dieser Liste. Die ganze Sache kann nicht einfach heute im Sinne eines Status fixiert werden. Zu tun hat man es vielmehr mit einem Prozess, der im Fluss ist, einem Prozess, der sich

ständig weiterentwickelt. Ich glaube, das kommt alles gut heraus; gerade wegen des Hinweises von Herrn Plattner, dass wir es mit einer wissenschaftlich anerkannten Branche zu tun haben.

Das Anliegen von Herrn Plattner wird in diesem Sinne zweifellos im Zuge der laufenden Entwicklung zum Tragen kommen. Ich würde daher meinen, dass der Antrag von Herrn Plattner abgelehnt werden muss.

Plattner: Lieber Kollege Schoch, es wäre ja schön, Sie hätten recht. Wir beschliessen hier Sofortmassnahmen, die zwei Jahre Geltung haben sollen. Ich würde meine Hand für die Behauptung ins Feuer legen, dass in diesen zwei Jahren die Kommission in ihrer heutigen Zusammensetzung nichts Wesentliches an der Zusammensetzung der Medikamente ändern wird, die auf dieser Liste sind. Leider ist es so – ich bedaure das sehr –, dass die Schulmedizin aus historischen Gründen auf dieser Liste und in dieser Kommission noch sehr stark dominiert. Das wird sich sicher mit der Zeit ändern – darin stimme ich Herrn Schoch zu –, aber niemals während der Wirkungskdauer dieses Beschlusses. Es geht aber um diesen Beschluss.

Ich repetiere noch einmal meinen Schlusssatz: «... er hat zu viele unbedachte Konsequenzen und gehört nicht in dieses Sofortpaket.» Man kann in fünf Jahren darüber reden, wenn es dem Bundesrat gelungen ist, diese Kommission anders zu besetzen, und die Liste entsprechend verbessert worden ist. Aber heute ist das einfach ein Scheingrund. Wenn sich hier jemand widerspricht, dann ist es Kollege Schoch und nicht ich!

Frau Simmen, Berichterstatterin: Ich hoffe, dass ich nicht die dritte bin, die sich auch noch widerspricht. Ich möchte einen entstandenen Eindruck richtigstellen: Wenn ich Herrn Plattner höre, habe ich den Eindruck, dass überhaupt keine homöopathischen Medikamente bezahlt werden. Das stimmt nicht. Der Streitpunkt geht vielmehr darum, ob diejenigen, die bezahlt werden, hoch genug potenziert, also aus der Sicht der homöopathischen Medizin wirkungsvoll genug sind. Da sich das genau umgekehrt zur Schulmedizin verhält, ist dieser Punkt umstritten. Homöopathische Mittel werden bezahlt; die Frage ist, ob die richtigen bezahlt werden. Genau dieses Problem können wir mit den befristeten Massnahmen nicht lösen. Das muss wirklich die Eidgenössische Arzneimittelkommission tun. Ich stimme Herrn Plattner durchaus zu, dass es sich hier um ein Gebiet handelt, das in Fluss ist, und dass noch anderes zum Fliessen gebracht werden könnte.

Ich befürchte ferner, dass durch Herausstreichen dieses Abschnitts am Schluss etwas herauskäme, Herr Plattner, das auch Sie nicht wollen. Die Gefahr bestünde, dass nicht nur auf Sparmöglichkeiten von 150 Millionen verzichtet würde, die hier drinlägen, sondern der Weg für teure Medikamente geöffnet würde, die auch wieder frei wären. Es bliebe nicht bei den homöopathischen, die sehr preisgünstig sind und oft ein ausserordentlich gutes Preis-/Wirkungsverhältnis aufweisen. Es werden andere Mittel hineinrutschen, und dann sind wir wieder beim gleichen Thema: Wir möchten Kosten senken – aber so tun wir es nicht.

Bundesrat Cotti: Ich werde mich kurz fassen. Ich war versucht, meine Mitarbeiter zu beauftragen, auszugsweise aus den unzähligen Briefen von Versicherten, die sich darüber beklagen, die Krankenversicherung sei überhaupt nicht mehr tragbar, vorzulesen. Ich erspare Ihnen das und zweifle nicht, dass es bei den Leistungen der Kassen wegen der grossen Konkurrenz untereinander Auswüchse gibt. Mit Artikel 7 vollendet die Kommission die Uebung, die Schwergewichte, die der Bundesrat gesetzt hat, von den Leistungserbringern auf die Versicherten zu verlagern.

Bei Artikel 7 inklusive Absatz 3, Herr Plattner, muss ich gestehen, dass ich bereit gewesen wäre, der Kommission entgegenzukommen, auch wenn ich weiss, dass damit eine eindeutige Verlagerung in Richtung der Versicherten stattfindet, weil die Idee der Opfersymmetrie letzten Endes doch begrifflich gewesen wäre. Kumuliert mit Artikel 3 führt das aber zu Ergeb-

nissen, die mich sehr daran zweifeln lassen, ob die Ziele des ganzen Bundesbeschlusses noch erreicht werden können. Ich wiederhole: Wir werden uns nächstes Jahr wieder treffen und aufgrund der gemachten Feststellungen sehen, ob das stimmt oder nicht.

An und für sich könnte ich – das möchte ich betonen – den Artikel 7 – losgelöst von den anderen versicherten- oder patientenfeindlichen Massnahmen – annehmen.

Titel, Abs. 1, 2 – Titre, al. 1, 2
Angenommen – Adopté

Abs. 3 – Al. 3

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	32 Stimmen
Für den Antrag Plattner	4 Stimmen

Art. 7bis (neu)

Antrag der Kommission

Mehrheit

Ablehnung des Antrages der Minderheit

Minderheit

(Onken)

Die Krankenkassen können in Abweichung von Artikel 16 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung (KUVG) den Beitritt von Aerzten und anderen Leistungserbringern zu einem Tarifvertrag ablehnen. Sie können mit kostengünstig arbeitenden Leistungserbringern besondere Tarifverträge abschliessen.

Art. 7bis (nouveau)

Proposition de la commission

Majorité

Rejeter la proposition de la minorité

Minorité

(Onken)

Les caisses peuvent, en dérogation à l'article 16 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 1911, refuser l'adhésion de certains médecins ou d'autres fournisseurs de prestations à une convention tarifaire. Elles peuvent passer des conventions tarifaires particulières avec des fournisseurs de prestations qui offrent des conditions plus favorables.

Onken, Sprecher der Minderheit: Zunächst eine Warnung. Dieser Antrag ist eine Feldmine, wie Frau Simmen in der Kommission gesagt hat. Er enthält Explosivstoff, denn er will mit einer guten Tradition brechen und es den Krankenkassen in Zukunft ermöglichen, mit besonders kostengünstig arbeitenden Aerzten und anderen Leistungserbringern besondere Verträge abzuschliessen. Die Voraussetzung dazu wäre, dass die Krankenkassen in Zukunft erstens den Beitritt von Aerzten und anderen Leistungserbringern zu den Tarifverträgen ablehnen könnten – heute ist das nicht der Fall, sie müssen eigentlich jeden Mann und jede Frau aufnehmen – und zweitens die Meistbegünstigungsklausel in diesen Tarifverträgen ausschliessen könnten.

Genau auf diese beiden Punkte zielt dieser Antrag ab, denn er will die Gewichte zugunsten der Krankenkassen verschieben. Er will ihnen die Möglichkeit eröffnen, mit rechnenden, mit kostengünstigen, mit entgegenkommenden Leistungserbringern besondere Vereinbarungen abzuschliessen. Und dies wiederum würde selbstverständlich Wettbewerb erzeugen – ein Anliegen, das hier mehrfach vertreten worden ist. Hier ist eine Gelegenheit dazu, diese Konkurrenz auch im Gesundheitswesen zu ermöglichen. Dieser Antrag würde, wenn er angenommen wird, erstens Druck erzeugen auf die Kosten – denn er würde natürlich diejenigen unterstützen und begünstigen, die kostengünstig arbeiten –, und er würde zweitens Druck erzeugen auf jene, die dies nicht tun. Er würde drittens dazu beitragen, dass die Krankenkassenprämien in Zukunft nicht mehr so rasant ansteigen, wie das in der Vergangenheit der Fall war, denn dass sie wieder sinken könnten, wie hier vorher – blauäugig, würde ich einmal sagen, oder sogar wider besseres Wissen – gesagt worden ist, das glaube ich nun wirk-

lich nicht. Bestenfalls werden sie moderat ansteigen. Das ist das Höchste, was wir erreichen können. Nicht Herr Schoch hat das gesagt; er ist unschuldig. Aber andere haben es angedeutet.

Ich kann hier leider, Herr Schoch, nicht einen Briefeschreiber zitieren, der sich persönlich an mich gewandt hat, auch nicht Herrn Kaufmann; ich kann nur einen Herrn Rudolf Gilli zitieren. Herr Kaufmann ist ja ein uns völlig unbekannter Kronzeuge, Herr Gilli ist immerhin Vizepräsident des Konkordats der Schweizerischen Krankenkassen. Er schreibt: «Die brennenden Probleme können nur gelöst werden, indem man von der Symptombekämpfung zur Behandlung der Ursachen übergeht. Massnahmen und Ziele sind langfristig und dauerhaft auszurichten Man stelle sich beispielsweise nur einmal vor, die Krankenkassen hätten die Möglichkeit, Verträge nur mit kostengünstig arbeitenden Leistungsanbietern abzuschliessen.»

Das ist das Anliegen, und genau diesem Anliegen möchte ich Rechnung tragen, und zwar bereits in diesem dringlichen Bundesbeschluss. Natürlich würden die Massnahmen nicht sofort greifen. Es bräuchte eine gewisse Zeit, um sie zu realisieren, aber beispielsweise bereits im zweiten Jahr der Laufdauer dieses Beschlusses könnten sie die ersten Früchte zeitigen. Ich finde also, hier ist durchaus der Ort, im Vorgriff auf die Krankenversicherungsrevision eine solche Massnahme einzuführen.

Ich bitte deshalb darum, dass man diesem Minderheitsantrag stattgibt und ihm zustimmt.

Frau Simmen, Berichterstatterin: Herr Kollege Onken hat hier einen der berühmten Lapsus linguae zitiert. Ich befeleissige mich allgemein strengstens einer zivilen Ausdrucksweise. Das war die ganz grosse Ausnahme, aber ich glaube, es ist wirklich Sprengstoff in diesem Minderheitsantrag drin, und zwar im ersten Satz: dass also Krankenkassen Aerzte vom Tarifvertrag ausschliessen können. Das ist nun wirklich eine ausserordentlich heikle Angelegenheit, und ich hätte grösste Bedenken, diesen Ausschluss so in die befristeten Massnahmen hinein-zunehmen.

Das Anliegen an und für sich, dass die Krankenkassen mit kostengünstig arbeitenden Leistungserbringern besondere Verträge abschliessen können, ist heutzutage weitgehend unbestritten. Es gibt bereits Länder, wo das so gemacht wird.

Es gibt verschiedene Modelle. Die bekanntesten sind die sogenannten HMO, die Health Maintenance Organisations, wo also der Arzt nicht davon profitiert, wenn die Leute möglichst viel krank sind und möglichst viel verarztet werden, sondern wo dieser Anreiz für ihn nicht spielt. Es gibt auch PPO und wie sie alle heissen.

Das Anliegen ist durchaus berechtigt, und es wird jetzt in der Totalrevision diskutiert. Aber ich muss wiederholen: Diese befristeten Massnahmen scheinen mir der falsche Ort zu sein für ein richtiges Anliegen. Und das ist der Grund dafür – nicht das Anliegen an sich –, dass ich Sie bitte, diesen Zusatzantrag abzulehnen.

Mornioli: Man schlägt hier vor, die Krankenkassen sollen den Beitritt von Aerzten und anderen Leistungserbringern zu einem Tarifvertrag ablehnen können.

Ich muss bestreiten, was Herr Kollege Onken gesagt hat: Es stimmt nicht, dass die Krankenkassen das heute nicht können. Es gibt auch ein Karenzjahr, das im gegenwärtigen Gesetz vorgesehen ist, es wurde auch schon angewandt.

Auf der andern Seite können die Krankenkassen auch Aerzte ausschliessen, wenn sie wollen. Es muss nur in den entsprechenden kantonalen Verträgen festgelegt sein. Wenn das bisher nicht der Fall war, dann ist es dem Umstand zuzuschreiben, dass die Krankenkassen Interesse haben an Verträgen, und überall, wo es zu vertragslosen Zuständen gekommen ist – was ja im Interesse der Aerzte ist –, kam es dann auf Druck der Krankenkassen wieder zu Vertragsabschlüssen.

Die Krankenkassen müssen auch Konzessionen machen, wenn man Verträge ausarbeitet, und ein solcher Artikel würde in einen solchen Vertrag nicht aufgenommen. Solche Bestimmungen sind in unserer kleinen Schweiz sehr gefährlich. Vor

allem in kleinen Kantonen kennen sich mehr oder weniger alle. Viele sind miteinander verwandt, sind zusammen in irgendeinem Klub, in der gleichen Partei, haben zusammen Militärdienst geleistet – andere hingegen nicht. Die Gefahr ist sehr gross, dass solche Entscheide durch Willkür dominiert werden.

Ein junger Arzt, der seine private Tätigkeit aufnimmt, ist auf einen Tarifvertrag angewiesen, denn sonst kann er finanziell nicht überleben. Wenn wir ihm dies verbieten, kommt das einem Berufsverbot gleich, und dies, nachdem der Staat viel Geld investiert hat, um einen Arzt auszubilden. Man müsste dann schon den Mut aufbringen, sich einmal für den durch die FMH seit Jahren vorgeschlagenen Numerus clausus für Medizinstudenten einzusetzen. Dort müsste man eventuell ansetzen.

Zum zweiten Abschnitt dieses Antrages: Die Möglichkeit, mit kostengünstig arbeitenden Leistungserbringern besondere Tarifverträge abzuschliessen, ist juristisch und politisch sicher nicht haltbar. Die Tarife werden ja zwischen den kantonalen Leistungserbringerorganisationen und den entsprechenden Krankenkassenverbänden ausgehandelt und müssen durch die Kantonsregierungen ratifiziert werden. Wie kann eine kantonale Regierung – denn auch diese Alternativtarifverträge müssten durch die Kantonsregierung genehmigt werden – für die gleiche Leistung zwei verschiedene Tarife genehmigen? Entweder ist der eine zu hoch oder der andere zu tief. (*Zwischenruf Onken: Der eine ist zu hoch!*)

Ich sehe da in diesem Sinn eine absolute Inkohärenz, und ich empfehle Ihnen deshalb, den Antrag abzulehnen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	26 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	4 Stimmen

Art. 8 (neu)

Antrag der Kommission

Titel

Kantonale Planungen

Wortlaut

Die Kantone sind im Rahmen ihrer Zuständigkeit verpflichtet, innerkantonale und interkantonale Planungen im Gesundheitswesen durchzuführen mit dem Ziel, die Koordination zwischen den Leistungserbringern zu verbessern, die Ressourcen optimal zu nutzen und die Kosten einzudämmen. Private Trägerschaften sind angemessen in die Planung einzubeziehen. Die Kantone bringen ihre Planungen dem Departement zur Kenntnis.

Antrag Morniroli

Titel

Teuerungsausgleich an das Personal der Krankenkassen

Wortlaut

Der Teuerungsausgleich an das Personal der Krankenkassen unterliegt den gleichen Einschränkungen wie jener für das Personal im stationären Bereich gemäss Artikel 2.

Art. 8 (nouveau)

Proposition de la commission

Titre

Planifications cantonales

Texte

Les cantons sont chargés, dans le cadre de leurs compétences, d'établir, dans le domaine de la santé publique, une planification cantonale ainsi qu'une planification intercantonale dont le but est d'améliorer la coordination entre les fournisseurs de prestations, d'utiliser les ressources de façon optimale et de réduire les coûts. Les organismes privés doivent être pris en considération de manière adéquate. Les cantons informent le département de leurs planifications.

Proposition Morniroli

Titre

Compensation du renchérissement pour le personnel des caisses-maladie

Texte

La compensation du renchérissement accordée au personnel des caisses-maladie est soumise aux mêmes restrictions que pour le personnel hospitalier selon l'article 2.

Frau **Simmen**, Berichterstatterin: Ich hoffe, dass es für die Krankenversicherung ganz allgemein ein gutes Omen ist, dass der letzte Artikel dieser befristeten Massnahmen noch einmal eine Massnahme zur Kostendämpfung und nicht nur zur Plafonierung ist. Es geht hier um kantonale Planung.

Es ist am letzten Donnerstag und heute schon mehrfach gesagt worden, dass diese kantonale Planung ein ganz wesentlicher Teil der Kostendämpfungsmassnahmen ist. Mangelnde Koordination innerhalb der Kantone und zwischen den Kantonen und mangelnde Synergien wirken ausserordentlich kostensteigernd, und das Problem der überzähligen Betten ist heute ebenfalls im Zusammenhang mit der Diskussion um Artikel 3 erwähnt worden.

Die Kommission möchte die Kantone darauf verpflichten, inner- und interkantonale Planungen durchzuführen, dabei nicht nur das Spitalwesen, sondern das Gesundheitswesen als Ganzes zu betrachten. Somit sollten sie eine interdisziplinäre Betrachtungsweise pflegen, indem ambulante und stationäre Behandlung, Behandlung zu Hause, spitalexterne Dienste und alles, was überhaupt dazu gehört, einbezogen werden, sowohl was die öffentlichen Spitäler und Dienste als auch was die privaten Trägerschaften betrifft. Ich kann mir nicht vorstellen, dass dieses Anliegen in irgendeiner Weise auf Opposition stossen könnte.

Ich bitte Sie, diesem Artikel in der Fassung der Kommission zuzustimmen.

Bundesrat **Cotti**: Wer kann gegen das Begehren von kantonalen Planungen im Spitalwesen auch nur ein Komma einwenden? Dieses Begehren ist ja seit Jahrzehnten auf dem Tisch. Alle, die wir hier in diesem Rat sitzen, haben in irgendeiner Form mit diesem Begehren zu tun gehabt. Ich gehörte auch einmal einer Kantonsregierung an und musste sehen, welche Möglichkeiten wir hatten, unsere Spitäler zu planen. Hier wird sogar eine interkantonale Planung verlangt, was ich als sehr sinnvoll betrachte.

Was aber fehlt, ist eine Sanktionsmöglichkeit. Es heisst nur: Die Kantone informieren das Departement über ihre Planungen. «Les cantons informent le département de leurs planifications.» Das ist eine sehr schöne, aber leider deklaratorische Massnahme, die in keiner Weise in irgendeiner Form zur Durchführung gelangen kann, wenn die Kantone das nicht wollen.

Ich applaudiere. Aber zu den Wirkungen, Frau Simmen, mache ich wieder ein Fragezeichen. Wir werden in einigen Jahren auch darüber wieder sprechen.

Präsidentin: Herr Morniroli hat seinen Antrag zurückgezogen.

Angenommen gemäss Antrag der Kommission

Adopté selon la proposition de la commission

Art. 9 (neu)

Antrag der Kommission

Titel

Schlussbestimmungen

Abs. 1

Dieser Beschluss ist allgemeinverbindlich.

Abs. 2

Er wird nach Artikel 89bis Absatz 1 der Bundesverfassung als dringlich erklärt und tritt am 1. Januar 1993 in Kraft.

Abs. 3

Er untersteht nach Artikel 89bis Absatz 2 der Bundesverfassung dem fakultativen Referendum und gilt bis zum Inkrafttreten des revidierten Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 1994.

Art. 9 (nouveau)*Proposition de la commission**Titre**Dispositions finales**Al. 1*

Le présent arrêté est de portée générale.

Al. 2

Il est déclaré urgent, au sens de l'article 89bis, 1er alinéa, de la constitution et entre en vigueur le 1er janvier 1993.

Al. 3

Le présent arrêté est sujet au référendum facultatif selon l'article 89bis, 2e alinéa, de la constitution. Il est limité jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie révisée mais au plus tard au 31 décembre 1994.

Frau **Simmen**, Berichterstatterin: Ich möchte lediglich zu Absatz 2 eine Bemerkung machen, nämlich zur Dringlichkeit. Ursprünglich wollte die Kommission mit dieser Dringlichkeit im Zweitrat etwas Luft, wenn auch nicht gerade Musse zur Beratung dieser Massnahmen verschaffen. Unterdessen ist der Zeitplan bereits derartig gedrängt geworden, dass es sich um eine schiere Notwendigkeit handelt.

Die Kommission des Nationalrates wird diese befristeten Massnahmen erst am nächsten Donnerstag beraten, und wenn sie überhaupt in Kraft treten sollen – und das müssen sie unbedingt –, kommt nur eine Dringlichkeit in der Dezembersession in Frage, denn wir werden wahrscheinlich die Differenzen in dieser Session nicht mehr bereinigen können.

Es ist für die Krankenkassen so schon schwierig genug, wenn das erst im Dezember kommt, wenn sie bis dann nicht wissen, wie die ganze Sache ablaufen wird. Es gibt nichts anderes, als dass wir diese Bestimmungen dringlich erklären.

Ich möchte noch erwähnen, dass dieser Beschluss gemäss Absatz 3 bis zum Inkrafttreten des revidierten Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 1994 Gültigkeit haben soll. Damit hat die Kommission ganz bewusst einen sehr engen Spielraum geschaffen. Sie will damit – auch im Rat – ein Signal geben, dass sie fest entschlossen ist, die Totalrevision möglichst beförderlich zu behandeln. Die Kommission ist in ihren Beratungen weit fortgeschritten. Der Ständerat wird als Erstrat in der Dezembersession zur ersten Lesung der Totalrevision schreiten können. Dieses Datum möchte das Signal dafür geben.

Angenommen – Adopté

Präsidentin: Herr Coutau beantragt Rückkommen auf Artikel 1. Gemäss Artikel 62 unseres Ratsreglementes hat jedes Mitglied die Möglichkeit, Rückkommen auf einen bestimmten Artikel zu beantragen.

M. Coutau: Je vous propose de revenir sur le vote qui est intervenu en fin de séance jeudi dernier sur l'article premier, vote au cours duquel la majorité était opposée à la minorité Schüle.

J'ai quelque raison de penser que l'heure tardive à laquelle le vote est intervenu n'a pas permis à la décision d'être totalement représentative de l'avis majoritaire de ce conseil. En effet, l'heure était exceptionnellement tardive par rapport au programme usuel de ce conseil, et c'était la seconde fois en deux jours que cela se produisait. Je regrette d'avoir été personnellement, comme un certain nombre de mes collègues, absent au moment de ce vote. Je sais que les absents ont toujours tort. Je pense néanmoins que ces nombreuses absences – une dizaine environ – et une majorité très courte, puisque le vote s'est fait à 17 voix contre 13, m'autorisent à penser que le résultat est problématique. Il ne s'agit pas ici de reprendre le débat, qui a déjà eu très largement lieu, mais de faire en sorte que ce conseil s'exprime de façon représentative.

Permettez-moi d'insister en disant que ce vote revêt une réelle importance. En effet, lors du débat, jeudi dernier, plusieurs collègues ont annoncé que leur attitude à l'égard de l'ensemble de cet arrêté dépendrait largement du sort que la majorité réserverait à cette votation. J'ajoute encore, non sans malice, que le résultat du vote populaire de dimanche sur les indemni-

tés parlementaires confirme tout le prix que le peuple attache à notre statut de miliciens.

C'est pourquoi je vous propose de revenir sur ce vote.

Schmid Carlo: Der Rückkommensantrag Coutau geht auf eine Abstimmungsniederlage bei Artikel 1 zurück, die in der «NZZ» vom 25. September wie folgt kommentiert worden ist: «In der Abstimmung unterlag die freisinnige Minderheit» – die liberale Minderheit, soweit sie noch da war; das ist Schmid, nicht «NZZ» (*Heiterkeit*) – «mit 13 gegen 17 Stimmen. Die Freisinnigen tragen allein die Schuld für ihre Niederlage. Sie hätten sich durchaus durchzusetzen vermocht, wäre nicht praktisch die Hälfte ihrer Abordnung ausserhalb des Saales gewesen.» Ich habe vor dem Hintergrund einer solchen Rüge durchaus Verständnis, dass man versucht, nunmehr die Scharte auszuwetzen.

Einen Rückkommensantrag zu stellen, ist ein parlamentarisches Recht. Wenn es nicht mutwillig benutzt wird, gebietet es auch die Courtoisie in diesem Rat, einem Rückkommensantrag nicht zu opponieren. Bei diesem Antrag aber opponiere ich.

Wenn dieser Rückkommensantrag durchkommt, frage ich mich, was die Minderheit in diesem Rat überhaupt noch soll. Wenn das Schüle macht, dann können Sie jeden Donnerstag ab zehn Uhr Ihre parlamentarische Tätigkeit abschliessen, Ihren lukrativeren Tätigkeiten nachgehen und über das Wochenende nachlesen, was die zurückgebliebenen «Ratsarbeiter», die ihre parlamentarische Pflicht noch ernst nehmen, verbrochen haben. Passt es Ihnen, was geschehen ist, passiert nichts; passt es Ihnen nicht, dann können Sie ja mittels Rückkommen ohnehin noch zum Rechten schauen.

Dann aber frage ich mich noch, ob diejenigen, die bis zum Sitzungsende ausharren, nicht die Dummen sind und besser auch nach Hause gingen, wenn sie nicht Gefahr laufen wollen, ihre Sitzungszeit unnütz zu vertun. Es ist vielleicht – im Gegensatz zu dem, was Herr Coutau gesagt hat – auch ein Fingerzeig des Volkes gewesen, den es gestern gegeben hat, dass wir unsere parlamentarische Tätigkeit und nicht andere Tätigkeiten an die erste Stelle setzen sollen, auch wenn wir Milizparlamentarier sind.

Im Interesse des Ratsbetriebes muss ich Sie ersuchen, dem Rückkommensantrag zu widersprechen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Coutau

21 Stimmen

Dagegen

16 Stimmen

Art. 1 Abs. 1, 2 – Art. 1 al. 1, 2

M. Coutau: Ce débat a été long et compliqué. Je crois que nous avons parfaitement compris de quoi il s'agissait. M. Schüle a eu l'occasion, jeudi dernier, de motiver largement sa proposition de minorité. Le débat a été parfaitement complet, de sorte qu'il n'est à mon avis pas nécessaire, compte tenu de la compréhension que nous avons de la portée de ce vote, de prolonger cette séance. Par conséquent, je renonce à entrer sur le fond de cette proposition.

Je voudrais simplement ajouter, à la suite de la déclaration de M. Schmid, qu'il est effectivement nécessaire de faire preuve d'assiduité dans ce conseil, mais il est vrai aussi que ce conseil a pris cette session des habitudes qui sont tout à fait nouvelles et exceptionnelles quant à la longueur des séances. C'est pourquoi des modifications de programme ont dû se produire dans les agendas des uns et des autres de façon abrupte, rendant difficile la présence de certains dans la salle en fin de séance. Cela ne se reproduira pas, je l'espère.

Persönliche Erklärung – Déclaration personnelle

Mornioli: Ich gebe nur eine ganz kurze persönliche Erklärung ab. Ich habe jetzt für Rückkommen gestimmt, werde mich aber, wie am Donnerstag schon, bei der Abstimmung enthalten, und zwar weil ich persönlich direkt finanziell betroffen bin. Ich finde es angebracht, dass ich mich der Stimme enthalte. Aus dem gleichen Grund werde ich mich auch bei der Gesamtabstimmung der Stimme enthalten.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	21 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	17 Stimmen

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes	23 Stimmen
Dagegen	10 Stimmen

Präsidentin: Ich möchte noch eine persönliche Bemerkung anfügen. Herr Coutau, wir haben Ihnen allen im Hinblick auf diese Session eindeutig angekündigt, dass Sie sehr flexibel sein müssten. Wir haben Ihnen angekündigt, dass Sie sehr schwere Belastungen zu erwarten hätten, weil wir das Eurolex-Paket und die EWR-Vorlage verabschieden müssen; Sie wussten also Bescheid. Ich habe Ihnen am Vormittag um 10 Uhr mitgeteilt, dass die Sitzung bis um 14 Uhr dauern würde; wir haben sie um 13.30 Uhr abgeschlossen. Ich möchte mich bei jenen entschuldigen, die umsonst ausgeharrt haben. Ich möchte ihnen dafür danken.

An den Nationalrat – Au Conseil national

92.057-40

**EWR. Anpassung des Bundesrechts
(Eurolex)
Information und Mitsprache der Arbeitnehmer
in den Betrieben. Bundesbeschluss**

**EEE. Adaptation du droit fédéral
(Eurolex)
Information et consultation des travailleurs
dans les entreprises. Arrêté fédéral**

Botschaft II und Beschlussentwurf vom 15. Juni 1992 (BBI V 520)
Message II et projet d'arrêté du 15 juin 1992 (FF V 506)

Beschluss des Nationalrates vom 28. August 1992
Décision du Conseil national du 28 août 1992

Antrag der Kommission

Eintreten

Proposition de la commission

Entrer en matière

Gemperli, Berichterstatter: Die Mitwirkung der Arbeitnehmer in den Betrieben ist in der Schweiz seit vielen Jahren ein stark diskutiertes Thema. Obwohl vertragliche Mitwirkungsregelungen bestehen, ist der Versuch einer gesetzlichen Regelung gescheitert. Im März 1976 lehnten Volk und Stände sowohl die Volksinitiative der Gewerkschaften wie auch den sich auf die Mitwirkung beschränkenden Gegenvorschlag des Parlamentes ab. 1980 wurden zwei weitere parlamentarische Vorstösse eingereicht. Beide stützten sich auf den bestehenden Artikel 34ter Bundesverfassung ab und strebten ein Gesetz für die betriebliche Mitwirkung an.

Der Bundesrat hat in der Folge den Entscheid über das weitere Vorgehen der Kommission des Nationalrates überlassen. Diese beschloss, vorerst ein Mitwirkungsgesetz auf Betriebsebene auszuarbeiten und die Unternehmensebene zurückzustellen. Das Eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement beauftragte 1981 eine Expertenkommission mit der Erarbeitung eines politisch breit abgestützten Vorentwurfes. 1983 wurde dieser Vorentwurf mit Bericht zu einem Bundesgesetz über die Mitwirkung der Arbeitnehmer in den Betrieben veröffentlicht. Im Frühling 1984 wurde ein erneutes Vernehmlassungsverfahren eingeleitet, welches kein einheitliches Bild ergab. In den Jahren 1986/87 wurden durch eine nationalrätliche Subkommission zwei Mitwirkungsvarianten ausgearbeitet. In der Junisession 1990 beschloss der Nationalrat, sämtliche Vorstösse zur Mitbestimmung und zur betrieblichen Mitwirkung abzu-

schreiben. Der politische Wille zu einer Regelung der Mitbestimmung auf Gesetzesstufe war nicht vorhanden. Bis heute sind keine konkreten Vorstösse mehr unternommen worden. Nun haben die Verhandlungen über den Europäischen Wirtschaftsraum neue Voraussetzungen geschaffen. Im Rahmen verschiedener europäischer Vorschriften, die zum Acquis communautaire gehören und damit im Falle eines EWR-Beitritts für die Schweiz verbindlich werden, sind Mitwirkungsregelungen vorgesehen. Es handelt sich dabei aber – das ist besonders zu betonen – materiell lediglich um Informations- und Konsultationsrechte der Arbeitnehmer in sachlich genau abgesteckten Bereichen. Die EG legt generell grosses Gewicht auf die betriebliche Information und Konsultation der Arbeitnehmer, und voraussichtlich werden entsprechende Normen weiterhin in der Rechtsetzung verankert werden.

Heute geht es für die Schweiz daher darum, die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, damit die EWR-bedingten Mitwirkungsrechte umgesetzt werden können. Der vorliegende Entwurf will diesen gesetzlichen Rahmen schaffen, zusammen mit gewissen organisatorischen Bestimmungen, ohne die eine materielle Mitwirkungsregelung keinen Sinn hätte.

Es ist zur Klarstellung aber nochmals zu betonen, dass keine Vorschriften über die Mitbestimmung auf Unternehmensebene vorgesehen sind, und dass auch das europäische Recht keine solchen Regelungen vorschlägt.

Der vorliegende Beschluss soll auch die vorausgegangenen parlamentarischen Entscheide in dieser Sache keineswegs umgehen. Er ist als Rahmenbeschluss ausgestaltet und enthält nur ein Minimum an materiellen Bestimmungen, nämlich die Mitwirkungsrechte, die sich aus den in Frage stehenden EG-Richtlinien ergeben. Konkret handelt es sich um Informations- und Anhörungsrechte der Arbeitnehmer, und zwar in den drei folgenden Bereichen: Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (Richtlinie Nr. 89/391), Massenentlassungen (Richtlinie Nr. 75/129) und Uebergang von Unternehmen auf einen neuen Eigentümer (Richtlinie Nr. 77/187).

Der Entwurf verzichtet auf eine Regelung derjenigen Fragen, die bisher in der Debatte besonders umstritten waren. Das Konzept der Rahmengesetzgebung bringt es weiter mit sich, dass bestimmte Fragen bewusst offenbleiben und der Praxis überlassen werden. Man kann also nicht verlangen, dass alle Fragen abschliessend geregelt werden. Es wird der Praxis bewusst die Regelung gewisser Fragen überlassen. Man kann nicht einerseits ein Rahmengesetz schaffen und von diesem andererseits verlangen, dass es alle Fragen auf gesetzlicher Ebene lückenlos löst. Anwendbar ist die im Beschluss vorgesehene Regelung auf private Betriebe, die ständig Arbeitnehmer beschäftigen.

Vom zuständigen Departement sind in der sehr knapp bemessenen Zeit die vorhandenen Konsultationsmöglichkeiten ausgeschöpft worden. In einer verkürzten Vernehmlassung wurden die Kantone, die Sozialpartner, aber auch die Eidgenössische Arbeitskommission konsultiert. Anschliessend wurde der Entwurf bereinigt.

Das Ergebnis, das jetzt vorliegt, erscheint der vorberatenden Kommission insgesamt als akzeptabel. Nebst den bereits erwähnten Beschränkungen materieller und formeller Art sind – was zu betonen ist – die meisten Bestimmungen dispositiver Natur. Es ist deshalb grundsätzlich möglich, vom Bundesbeschluss abzuweichen. Ich komme in der Detailberatung auf diese Frage zurück.

Der Beschluss setzt eine Ergänzung durch die Praxis voraus. Sozialpartner, Gesamtarbeitsvertrag, aber auch Vereinbarungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer können ihn präzisieren und zusätzlich ergänzen. Falls der Dialog unter den Sozialpartnern nicht richtig funktioniert, wird den Verbänden ein Klagerecht gewährt. Allerdings ist dieses Klagerecht auf eine Feststellungsklage beschränkt.

Verfassungsmässig stützt sich der Erlass auf Artikel 34ter Absatz 1 Buchstabe b der Bundesverfassung ab. Dieser weist dem Bund die Kompetenz zu, über das Verhältnis zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern, insbesondere über die gemeinsame Regelung beruflicher und betrieblicher Angelegenheiten, Vorschriften aufzustellen. Nach Auffassung der Kommission ist diese Verfassungsgrundlage hinreichend.

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	05
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	92.067
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	28.09.1992 - 17:15
Date	
Data	
Seite	856-870
Page	
Pagina	
Ref. No	20 021 865

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.