

auch auf eine materielle Empfehlung verzichten oder eine Gruppenantwort erteilen. Sie muss aber in allen Fällen Stellung nehmen. Die Stellungnahme der Kommission hat den Stellenwert einer Empfehlung. In der nationalrätlichen Variante war der Stellenwert eigentlich ein Parteientscheid, d. h., die Kommission hätte eine Parteiposition eingenommen. In der heute vorgeschlagenen Lösung mündet die Anhörung in einer Empfehlung; im Ständerat wurde sie «Avis» genannt. Dieser Avis geht an die Verwaltung. Die Verwaltung ist verpflichtet, ihre Stellungnahme zu begründen. Sollte es zu einem abweichenden Entscheid kommen, muss auch dieser begründet werden.

Wir teilen die Meinung der ständerätlichen Kommission, wonach das Verfahren in einer Verordnung geregelt werden muss, welche einem Vernehmlassungsverfahren unterzogen werden soll. Mit dieser Interpretation kommt die ständerätliche Variante der nationalrätlichen Lösung sehr nahe. Der Unterschied besteht darin, dass jetzt die Fachkommission nicht mehr Antragspartei ist, sondern zu allen Bewilligungsgesuchen Empfehlungen abgibt respektive abgeben muss. Das ist der Unterschied. Im übrigen sind die beiden Anträge in etwa gleich.

Die Zusammensetzung der Fachkommission – das wurde bereits angesprochen – wurde nicht geändert. Ständerat und Nationalrat sind gleichermaßen der Meinung, diese Kommission müsse aus Vertretern der verschiedenen interessierten Kreise – namentlich aus den Bereichen der Wirtschaft, der Wissenschaften, der Ökologie und der Ethik – zusammengesetzt sein. Damit soll Gewähr geboten werden, dass die verschiedenen Aspekte, die bei diesen Bewilligungsverfahren berücksichtigt werden müssen, auch einbezogen werden.

Die Kommission beantragt mit 21 zu 4 Stimmen, in diesem Punkt dem Ständerat zu folgen.

Angenommen – Adopté

An den Ständerat – Au Conseil des Etats

92.057-1

EWR. Anpassung des Bundesrechts (Eurolex)
Epidemiengesetz. Aenderung
EEE. Adaptation du droit fédéral (Eurolex)
Loi sur les épidémies. Modification

Differenzen – Divergences

Siehe Seite 1959 hiervor – Voir page 1959 ci-devant

Beschluss des Ständerates vom 6. Oktober 1992
 Décision du Conseil des Etats du 6 octobre 1992

Art. 29c Abs. 2

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 29c al. 2

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Präsident: Hier schlägt die Kommission mit 14 zu 9 Stimmen vor, den gleichen Beschluss wie beim Umweltschutzgesetz zu fassen. Damit bestünde auch hier keine Differenz mehr zum Ständerat.

Angenommen – Adopté

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 1988 hiervor – Voir page 1988 ci-devant

Art. 1 (Fortsetzung) – Art. 1 (suite)

Hafner Rudolf: Die grüne Fraktion unterstützt die Fassung der Kommissionsmehrheit. Die Fassung der Kommissionsmehrheit stellt praktisch einen Kompromiss dar. Dies scheint uns aufgrund der Ausgangslage gerechtfertigt zu sein. Es ist ja so, dass die Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes bevorsteht, und dort sollen ja die Gewichte entsprechend gesetzt werden. Es scheint uns aber nicht sinnvoll, bereits heute in diesem dringlichen Bundesbeschluss die Gewichte massgeblich zu verlagern. Dies würde bekanntlich nur auf Widerwillen stossen, und es scheint uns nicht angebracht, die Vorlage damit zu gefährden.

Unbestreitbar ist indessen, dass Massnahmen gegen die starke Zunahme der Kosten im Gesundheitswesen getroffen werden müssen. Kollega Rychen hat uns gestern eine Analyse der Ursachen geliefert. Ich bin mit seiner Analyse weitgehend einverstanden. Allerdings habe ich den Eindruck, dass er nicht alles erwähnt hat. Der Teufel steckt bekanntlich häufig im Detail. Es gibt zum Beispiel im Gesundheitswesen den Begriff der iatrogenen Krankheiten. Iatrogen heisst: von Aerzten und ihrer Medizin verursacht. Es gibt Studien, wonach die sogenannten iatrogenen Krankheiten rund einen Drittel der gesamten Krankheiten ausmachen. Das ist sehr beträchtlich, und wenn man in Sachen Kosteneinsparung wirklich etwas machen möchte, müsste man hier genauere Analysen machen; aber es ist natürlich klar, dass solche Analysen einer herrschenden Schicht von Aerzten nicht gerade passen.

Welche Alternativen kennt der Bundesrat bezüglich der Behandlungskonzepte? Herr Bundesrat Cotti, ich möchte Sie doch fragen: Haben Sie auch Kenntnis von einer Studie der Universität Stuttgart, wonach die komplementärmedizinischen Therapien bedeutend kostengünstiger sind? Es scheint mir doch langsam der Zeitpunkt gekommen zu sein, auch andere Behandlungskonzepte ins Auge zu fassen. Im Sinne der Opfersymmetrie ist es zweifellos notwendig, auch bei den Leistungserbringern gewisse Massnahmen zu treffen.

Die Version der Kommissionsmehrheit ist nicht stark einschränkend; sie ist flexibel, aber sie setzt gleichwohl ein Zeichen. Mittelfristig sollte differenziert werden. Wir sind der Auffassung, dass die Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes geeignet ist, Zeichen zu setzen. Es geht beim vorliegenden Beschluss um eine Ueberbrückungsmassnahme.

Ich bitte Sie im Namen der grünen Fraktion, die Minderheitsanträge abzulehnen und dem Kompromiss der Mehrheit zuzustimmen.

Maspoli: Erlauben Sie mir, etwas weit auszuholen.

Vorerst gilt es festzustellen, dass das, was wir letztes Jahr in diesem Saal beschlossen haben, sehr wohl Wirkung gezeigt hat. Ueber 95 Prozent aller Schweizerinnen und Schweizer haben davon profitieren können. Ihre Krankenversicherungsprämien sind in diesem Jahr lediglich um 10 Prozent gestiegen. Vergessen wir nicht, dass die Krankenkassen bereits letztes Jahr von Prämien erhöhungen von 30 und sogar 40 Prozent gesprochen hatten! Letztes Jahr vertrat die Mehrheit unseres Rates die Auffassung, eine solch massive Erhöhung der Prämien sei nicht zu verantworten. Mit Recht vertrat sie diese Meinung.

Nun frage ich Sie, was sich seit vergangenem Dezember verändert hat. Ist die Ausgangslage heute anders? Ich glaube, die Ausgangslage hat sich gegenüber dem vergangenen Jahr eher verschlechtert. Die Wirtschaftskrise hat unterdessen weitere Opfer gefordert. Die Arbeitslosigkeit hat massiv zugenommen, und – allgemein betrachtet – bekunden die Leute, vor allem jene der mittleren und unteren Schichten der Gesellschaft, noch mehr Mühe, ihren finanziellen Verpflichtungen gerecht zu werden. Aus diesem Grunde gilt das, was wir letztes Jahr beschlossen haben, heute erst recht. Mit anderen Worten: Wir können es nicht verantworten, unsere Mitbürgerinnen und Mitbürger noch mehr zu belasten.

Letztes Jahr hat ein Verantwortlicher einer grossen Krankenkasse ausgerechnet, dass eine Prämienhöhung von 30 bis 40 Prozent über die Hälfte aller Schweizer Bürgerinnen und Bürger in finanzielle Schwierigkeiten gestürzt hätte. Heute wären es noch mehr Bürgerinnen und Bürger, welchen dieses Schicksal beschieden wäre, denn die Krankenkassen drohen wieder mit massiven Aufstockungen der Prämien. Der gleiche Verantwortliche, welcher letztes Jahr von 40 Prozent Zuschlag sprach, spricht heute von 100 Prozent, die nötig wären, um seine Kasse vor dem Bankrott zu retten.

Deshalb lädt Sie unsere Fraktion ein, dem Bundesrat (Minderheit I) zu folgen. Dieser Antrag verlangt auch von den Aerzten und von all den Leuten, die sich mit Medizin befassen, ein kleines Opfer. Dieses Opfer sind die Aerzte und alle andern Leistungserbringer den Bürgerinnen und Bürgern dieses Landes schuldig.

Sieber: Der grösste Teil der LdU/EVP-Fraktion unterstützt bei Artikel 1 die Mehrheit der nationalrätlichen Kommission, und zwar aus folgendem Grund:

Es ist für uns alle kein Geheimnis, dass die Aerzte in den vergangenen Jahren mit der bisherigen Regelung der Sozialversicherung recht ordentlich verdient haben – selbstverständlich auch mit einem unerhört engagierten Einsatz. Es muss einmal gesagt werden, dass die Achtung vor den Medizinern nach wie vor berechtigt ist. Ich denke an einen Text aus Jesus Sirach 38, der sagt: «Der Arzt ist eine Gabe Gottes, und Könige beugen sich vor ihm.» Wie das mit dem zweiten Teil ist, bleibe dahingestellt.

Dazu einige Daten: Die Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens haben in den letzten 38 Jahren um den Faktor 34 zugenommen. Der Konsumentenpreisindex hat in den letzten 20 Jahren um das Zweieinhalbfache zugenommen, die Lohnsteigerung um das Dreieinhalbfache. Die durchschnittliche Krankenkassenprämie hat aber um das Zehnfache zugenommen. Jetzt reden wir von Opfersymmetrie; für mich ist es selbstverständlich, dass jetzt auch die Aerzte zur Kasse gebeten werden dürfen. Wenn wir bei der medizinischen Grundversorgung nicht sparen, zieht das einen Bruch in der Krankenversicherung nach sich. Die Versicherten sind ohnehin der Auffassung, dass die Pro-Kopf-Prämien zum Teil asozial sind. Letztendlich wird der Staat die Kosten für die Krankheiten bezahlen müssen, wenn diese Leute aus den Krankenversicherungen austreten.

Deshalb sind wir in Artikel 1 für Zustimmung zur Mehrheit der nationalrätlichen Kommission.

Bortoluzzi: Nachdem Sie gestern Eintreten beschlossen haben, wäre es richtig, bei den Leistungserbringern im ambulanten Bereich Massnahmen zu treffen, die diese Bezeichnung auch verdienen. Die Gefahr, dass sich die Aerzte wie in den vergangenen Jahren in die Mengenausweitung flüchten, ist beim Antrag der Minderheit II und beim Mehrheitsantrag der Kommission nicht gebannt. Deshalb ist mir die bundesrätliche Lösung wesentlich sympathischer, die wenigstens auf der Ebene der Preise die Sicherheit gibt, dass für eine kurze Zeit von einem Jahr keine Ausdehnung stattfindet und für ein weiteres Jahr nur eine von geringem Ausmass. Das könnte die für das gesamte Gesundheitswesen positive Nebenwirkung haben, dass sich ein junger Arzt nicht nur zwei-, sondern dreimal überlegt, ob er eine eigene Praxis eröffnen will oder nicht. Die Möglichkeit der freien Berufswahl soll nicht eingeschränkt werden; aber es darf daraus nicht abgeleitet werden, aufgrund der

Ausbildung bestehe gleich noch das Recht auf eine Anstellung oder eine selbständige Tätigkeit.

Als gestern Kollege Allenspach – er ist leider nicht anwesend – den Minderheitsantrag II vertreten hat, war ich etwas irritiert. Seine Aussagen haben den Eindruck erweckt, als ob es sich bei den Aerzten um die Berufsgruppe handle, die in unserem Land in besonderem Masse das freie Unternehmertum repräsentieren würde. Das ist nicht korrekt: Leistungs- und Tarifvorschriften lassen so etwas gar nicht zu; im Gegenteil, die Aerzte werden eher dazu gezwungen, an diesem grossen Umverteilungsprozess aktiv teilzunehmen. Es wäre falsch, ihnen daraus einen Vorwurf zu machen. Dieser Umverteilungsprozess findet jedoch zu einem grossen Teil auf dem Rücken von weniger begüterten Leuten statt. Das ist meines Erachtens stossend.

Der Minderheitsantrag I (Rychen) ist sicher vertretbar. Die Einkommenssituation der Aerzte lässt eine solche Massnahme zu. Die wirtschaftliche Situation ist auch für andere Bevölkerungskreise nicht gerade glänzend. Auch aus dieser Sicht sollte das Verständnis für einen Preisstopp für ärztliche Leistungen im ambulanten Bereich vorhanden sein.

Selbstverständlich kann der Preisstopp, der grundsätzlich eine ungute Sache ist, in Einzelfällen Härten zur Folge haben. Er trifft auch Leute, die es von ihrem Verhalten her nicht verdienen. In der heutigen Situation kann jedoch darauf keine Rücksicht genommen werden.

Wenn wir in Artikel 1 dem Vorschlag des Bundesrates folgen, kann man in Artikel 3 auch den Patienten mit einem einigermaßen guten Gewissen neue Lasten aufbürden. Wenn Sie aber darauf verzichten und den verwässerten Antrag der Mehrheit oder gar den Minderheitsantrag II annehmen, dürfte es Ihnen schwerfallen zu erklären, was dieser Bundesbeschluss noch soll.

Die SVP-Fraktion unterstützt mehrheitlich den Minderheitsantrag I (Rychen).

Frau Dormann, Berichterstatterin: Zu Artikel 1 liegen drei Anträge vor. Die Mehrheit der Kommission unterstützt den Beschluss des Ständerates, wie er in der ersten Beratung im Plenum gefasst wurde. Bei der Minderheit II handelt es sich um den Beschluss des Ständerates, der mittels Rückkommensantrag gefasst wurde. Die Minderheit I und Herr Maspoli wollen auf den Entwurf des Bundesrates zurückkommen, der einen radikalen Tarif- und Preisstopp für Leistungen der Krankenversicherung im ambulanten Bereich vorsieht, indem diese auf dem Stand vom 30. Juni 1992 eingefroren werden sollen.

Der Antrag der Minderheit I trifft ganz eindeutig die Leistungserbringer: Die Aerzte müssten für 1993 und eventuell für 1994 auf den Teuerungsausgleich verzichten. Eine Ausnahme gibt es nur, wenn der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten je versicherte Person im Jahre 1992 nicht mehr als einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise liegt. Solche Erhöhungen wären 1994 aber nur insoweit zulässig, als der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten je versicherte Person voraussichtlich höchstens einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise im Jahre 1994 zu liegen käme. Dadurch ist einer möglichen Mengenausweitung Einhalt geboten.

Bis hierher unterscheiden sich die Fassung der Mehrheit der Kommission und der Minderheit I zu Artikel 1 in nichts. Was will die Kommissionsmehrheit zusätzlich? Sie ist der Meinung, dass die meisten Aerzte in den vergangenen Jahren überdurchschnittlich gut verdient haben und dass ihnen ein Beitrag zur Senkung der Kosten für die Uebergangszeit von zwei Jahren zugemutet werden kann. Die Kommissionsmehrheit hat aber in Artikel 1 Absatz 2 eine Ausnahme für diejenigen Aerzte möglich gemacht, die ihre Taxpunktwerte in den Jahren 1990 bis 1992 nicht angepasst haben. Sie müssen zusätzlich nachweisen können, dass ihre Behandlungskosten pro versicherte Person und Jahr gleichzeitig um nicht mehr als den Landesindex der Konsumentenpreise plus ein Drittel angestiegen sind. Der Taxpunktwert darf jedoch nur so weit erhöht werden, dass der Anstieg der Behandlungskosten je versicherte Person voraussichtlich höchstens einen Drittel über dem An-

stieg des Landesindex der Konsumentenpreise im Jahre 1993 liegt. Potentiell könnte es Aerzte aus fünf Kantonen betreffen, die in den letzten zwei Jahren keine Anpassung der Taxpunktwerte vorgenommen haben. Das sind allerdings rund 40 Prozent aller behandelnden und praktizierenden Aerzte.

Ein weiterer Unterschied zwischen der Fassung der Mehrheit und der Minderheit I liegt in der Festlegung des Stichtages für die Begrenzung der Medikamentenpreise. Dieser Stichtag wird vom 30. Juni 1992 auf den 15. September 1992 verlegt, und für 1993 werden die Preise eingefroren.

Die Kommission hat zudem mit 8 zu 3 Stimmen bei 6 Enthaltungen Artikel 1 um einen Absatz 4 erweitert. Darin wird den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, auch mit Leistungserbringern einen Tarifvertrag abzuschliessen, mit denen bis anhin noch keiner bestand. Es geht in diesem Absatz konkret um die Hebammen, die heute von Kanton zu Kanton und von Kasse zu Kasse unterschiedliche Entschädigungen erhalten. Die Mehrheit der Kommission hat bei einem Stimmenverhältnis von 16 zu 4 an diesem modifizierten und erweiterten Artikel 1 festgehalten, obwohl in der Zwischenzeit der Ständerat seine Meinung geändert hat. Die nationalrätliche Kommission ist sich bewusst, dass der Preis- und Tarifstopp keine sympathische Massnahme ist, aber zurzeit haben wir keine bessere, die zur Kostensenkung beiträgt. Der Preis- und Tarifstopp im ambulanten Sektor umfasst rund 60 Prozent der Leistungen in der Grundversicherung inklusive Medikamente. Gleichzeitig wird der Kranke für ambulante Behandlungen mit 10 Prozent Selbstbehalt belastet. Die restlichen 90 Prozent werden von der Kasse über die Prämien bezahlt.

Unter ambulanten Kosten sind sowohl die ärztliche Behandlung als auch die Medikamente und Behandlungen durch ärztliche Hilfspersonen eingeschlossen, denn auch die beiden letztgenannten erfolgen durch Verordnung des Arztes. Folgerichtig kann auf dem ambulanten Sektor am effizientesten gespart werden. Zudem blieben die Aerzte im letztjährigen Bundesbeschluss praktisch vor Opfern verschont.

Mit Absatz 2 dieses Artikels 1 wird auf jene Aerzte Rücksicht genommen, die in den letzten Jahren keine Taxpunktwerterhöhung hatten und nun durch das Einfrieren der Tarife dafür härter bestraft würden als andere.

Zugegeben, der Artikel 1, wie ihn der Bundesrat formuliert hat und wie er von der Minderheit I übernommen wurde, wäre der einfachere gewesen. Mit der Zufügung von Absatz 2 zum Grundsatz von Artikel 1 hat die Mehrheit der Kommission eine Flexibilisierung vorgenommen, die durchaus vertretbar ist und die zu keinen Härtefällen bei den Leistungserbringern führt.

Namens der Kommissionsmehrheit muss ich Sie entschieden bitten, den Minderheitsantrag II von Herrn Allenspach abzulehnen. Sein Vorschlag entspricht jenem des Ständerates und ist die Lösung, die der Bundesrat letztes Jahr für drei Jahre vorgeschlagen hatte. Er wurde dann in den Räten allerdings auf ein Jahr befristet. Diese Lösung kann im jetzigen Zeitpunkt nicht mehr als adäquat betrachtet werden, da der Bundesrat einerseits vom Parlament den klaren Auftrag hatte, mit dem diesjährigen Bundesbeschluss die Kantone weniger stark zu belasten, und andererseits feststellen musste, dass im letztjährigen Bundesbeschluss die Krankenkassen etwas einseitig belastet wurden. Beim Antrag der Minderheit II handelt es sich um eine Preisplafonierung anstelle des Preis- und Tarifstopps. In unserer Kommission hat dieser Antrag nur 5 Stimmen gefunden.

Ich muss Sie namens der Kommissionsmehrheit ausdrücklich bitten, diesen Minderheitsantrag II abzulehnen. Ebenfalls bitte ich Sie, den Minderheitsantrag I abzulehnen und für Artikel 1 in der Fassung der Kommissionsmehrheit zu stimmen.

M. Philipona, rapporteur: La commission a examiné cet article alors que la majorité du Conseil des Etats avait pris sa première décision, mais pas encore la deuxième. Par la suite, la commission a donc décidé, à une très large majorité, de ne pas revenir sur sa décision. Par conséquent, le premier examen est resté valable.

La commission a procédé à un examen très approfondi. Selon la proposition du Conseil fédéral et de la minorité I de la com-

mission, une augmentation est totalement exclue pour 1993 et elle ne sera autorisée, pour 1994, que si l'objectif fixé pour 1993 est atteint. Dans ce cas, une augmentation serait possible, soit 30 pour cent de plus que l'indice des prix à la consommation. Cette proposition a été jugée trop dure par une large majorité de la commission, qui vous présente sa solution, laquelle donne une petite souplesse supplémentaire pour les cas où les tarifs n'ont pas augmenté entre 1990 et 1992. L'augmentation ne devrait alors pas dépasser de plus d'un tiers l'indice suisse des prix à la consommation. Cette solution a pour principal avantage de ne pas punir tout le monde de la même façon et de tenir compte des efforts déjà accomplis. Dans plusieurs cantons, les tarifs ont été bloqués et plusieurs secteurs hospitaliers ont déjà consenti un effort dans ce sens-là. C'est la raison pour laquelle une large majorité de la commission vous propose cette solution.

A l'alinéa 4, une adjonction a été faite pour tenir compte de nouvelles conventions qui seraient proposées ou de certains cas particuliers, les sages-femmes par exemple. C'est par 16 voix contre 4 que cet alinéa 4 vous est proposé.

Quant à la minorité II de la commission, elle vous propose une version, qui est devenue celle de la majorité du Conseil des Etats, plus souple encore que la proposition de la majorité de votre commission. Elle prend en considération le fait que, dans les prestations pour les soins ambulatoires, les prestataires de tels soins doivent également accorder la compensation du renchérissement à leur personnel, que les coûts augmentent également pour les prestataires de soins, et elle vous propose, pour 1993 déjà, ce que le Conseil fédéral propose pour 1994, sous certaines conditions.

La majorité de la commission vous invite, par 16 voix contre 5, à suivre sa proposition.

Bundesrat Cotti: Es war unvermeidlich, dass in der Diskussion die verschiedenen Evaluierungen bezüglich der Ursachen der sehr starken Kostenentwicklung noch einmal vorgebracht wurden. Man hat sogar Stimmen gehört, wonach der Patient letzten Endes der Hauptverantwortliche für diese Entwicklung sein soll. Ich möchte diese Frage in diesem Moment noch nicht beantworten. Bei Artikel 3 werden wir auf den Patienten zu sprechen kommen.

Hier geht es um die Leistungserbringer. Ich habe Argumente gehört, die angesichts der mir bekannten Zahlen kaum haltbar sind. Herr Allenspach hat bezüglich der Leistungserbringer behauptet, das Ganze sei «unmoralisch», die Blockierung der Tarife für ein oder zwei Jahre sei «unmoralisch». Wenn ich die Entwicklung des durchschnittlichen Einkommens der frei praktizierenden Aerzte zwischen 1982 und 1990 betrachte – im Jahre 1990 betrug dieses durchschnittliche Einkommen um die 300 000 Franken, genau 273 000 Franken –, frage ich mich, ob das einfache Begehren, jetzt einmal masszuhalten, wirklich unmoralisch ist oder ob sich dieses Begehren nicht geradezu aufzwingt. Ich wäre mit Beiwörtern etwas vorsichtig! Herr Allenspach und Herr Borer Roland haben gefragt – es ist eine berechnete Frage –, wieso die Spitäler nicht auch in die gleichen Massnahmen der Tarifbeschränkung einbezogen würden. Die Antwort müssen Sie geben. Sie haben nämlich letztes Jahr in Artikel 4 des Bundesbeschlusses den Bundesrat – gegen dessen Willen – beauftragt, eine neue Massnahme vorzuschlagen, die «den Interessen der Kantone besser entspricht». Wir sind Ihrer Weisung getreu gefolgt. Wir schlagen jetzt eine etwas andere und etwas bessere Behandlung der Kantone vor. Ob das gerechtfertigt ist oder nicht, mögen Sie bitte selber beurteilen. Wir haben einfach Ihren Auftrag erfüllt. Eines möchte ich schon heute sagen: Wenn Herr Allenspach und andere die Meinung vertreten, dieser kleine, auf zwei Jahre beschränkte Bundesbeschluss könnte die künftige Totalrevision des Krankenkassengesetzes gefährden, dann muss ich Ihnen sagen: Ihre Argumentation ist eine ausgezeichnete Argumentation a futura memoria. Aber ich habe den Eindruck – wenn ich jetzt sehe, wie gross die Interessengegensätze schon bei einer so kleinen Massnahme sind –, dass die gleichen Interessengegensätze – man vernimmt aus der ständerätlichen Kommission schon einiges – bei der Totalrevision um so stärker zutage treten werden. Ich bitte Sie, Herr Al-

lenspach, dann auf diese Interessengegensätze hinzuweisen, die bis heute keine Totalrevision erlaubt haben und die heute schon bei kleinen Fragen so heftig aufeinanderstossen.

Ich komme jetzt zu den Anträgen: Der Antrag der Kommissionsmehrheit hätte die Konsequenz, dass für die Aerzteschaft von fünf Kantonen – es betrifft etwa 40 Prozent der gesamten schweizerischen Aerzteschaft – eine Ausnahmeregelung potentiell möglich wäre. Ich möchte noch einmal betonen: möglich, denn es ist gar nicht sicher, dass für alle eine Ausnahmeregelung getroffen werden kann. Absatz 2 gemäss Kommissionsmehrheit sieht ja neben den zeitlichen noch andere Bedingungen vor, die erfüllt werden müssen. Ich frage mich wirklich, weshalb für fast die Hälfte der Leistungserbringer Ausnahmen möglich sein sollten.

Persönlich bin ich der Auffassung, dass der Minderheitsantrag I (Rychen) der kritischen Lage am besten entsprechen würde. Sollte aber der Antrag der Kommissionsmehrheit durchkommen, so bin ich mir natürlich im klaren darüber, dass irgendwo Kompromisse gefunden werden müssten.

Auf jeden Fall bitte ich Sie, den Minderheitsantrag II (Allenspach) zurückzuweisen.

Präsident: Sie haben zu entscheiden zwischen den Anträgen der Mehrheit, der Minderheit I (Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates, zugleich Antrag Maspoli) und der Minderheit II (Zustimmung zum Beschluss des Ständerates).

Abstimmung – Vote

Namentliche Eventualabstimmung Vote préliminaire, par appel nominal

Für den Antrag der Mehrheit stimmen die folgenden Ratsmitglieder:

Votent pour la proposition de la majorité:

Aguet, Baumann, Baumberger, Bäumlín, Béguelin, Bircher Peter, Bircher Silvio, Bischof, Blatter, Bodenmann, Borel François, Borradori, Bortoluzzi, Brügger Cyrill, Brunner Christiane, Bühler Simeon, Bühlmann, Bundi, Bürgli, Carobbio, Cotti, Daepf, Danuser, Darbellay, de Dardel, David, Deiss, Diener, Dormann, Ducret, Dünki, Duvoisin, Eggenberger, Engler, Epiney, Fankhauser, Fasel, Fehr, von Felten, Fischer-Sursee, Gardiol, Gobet, Goll, Gonseth, Grendelmeier, Gross Andreas, Grossenbacher, Haering Binder, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Haller, Hämmerle, Hari, Herczog, Hess Otto, Hess Peter, Hildbrand, Hollenstein, Hubacher, Iten Joseph, Jäggi Paul, Jeanprêtre, Jöri, Keller Anton, Keller Rudolf, Kühne, Ledergerber, Leemann, Leu Josef, Leuenberger Ernst, Maeder, Marti Werner, Maspoli, Mauch Ursula, Meier Hans, Meyer Theo, Misteli, Oehler, Raggenbass, Rebeaud, Rechsteiner, Reimann Maximilian, Ruckstuhl, Ruf, Rutishauser, Rychen, Schmid Peter, Schmidhalter, Schnider, Schwab, Seiler Rolf, Sieber, Spielmann, Stalder, Stamm Judith, Steffen, Steiger, Strahm Rudolf, Thür, Tschäppät Alexander, Vetterli, Vollmer, Weder Hansjürg, Wick, Wiederkehr, Ziegler Jean, Zölch, Züger, Zwygart (109)

Für den Antrag der Minderheit II stimmen die folgenden Ratsmitglieder:

Votent pour la proposition de la minorité II:

Allenspach, Aregger, Aubry, Bezzola, Binder, Bonny, Borer Roland, Bühler Gerold, Camponovo, Cavadini Adriano, Chevallaz, Cincera, Couchepin, Dettling, Dreher, Eggly, Eymann Christoph, Fischer-Hägglín, Fischer-Seengen, Frey Claude, Frey Walter, Friderici Charles, Fritschi Oscar, Früh, Giezendanner, Giger, Gros Jean-Michel, Guinand, Gysin, Heberlein, Hegetschweiler, Jenni Peter, Kern, Leuba, Loeb François, Mamie, Mauch Rolf, Maurer, Miesch, Moser, Müller, Nabholz, Narbel, Neuenschwander, Perey, Philipona, Pidoux, Poncet, Rohrbasser, Savary, Scheidegger, Scherrer Jürg, Scheurer Rémy, Spoerry, Stamm Luzi, Steinegger, Steineemann, Stucky, Suter, Tschuppert Karl, Wanner, Wittenwiler, Wyss (63)

Der Stimme enthalten sich – S'abstiennent:

Comby, Meier Samuel, Schmied Walter, Segmüller, Tschopp (5)

Abswesend sind die folgenden Ratsmitglieder – Sont absents:

Bär, Berger, Blocher, Caccia, Caspar-Hutter, Columberg, Etique, Jaeger, Leuenberger Moritz, Luder, Maitre, Matthey, Mühlemann, Pini, Robert, Ruffy, Sandoz, Scherrer Werner, Seiler Hanspeter, Theubet, Zisyadis, Zwahlen (22)

Präsident Nebiker stimmt nicht

M. Nebiker, président, ne vote pas

Definitiv – Définitivement

Für den Antrag der Mehrheit

110 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I/Maspoli

37 Stimmen

Art. 2

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 2a (neu)

Antrag der Kommission

Mehrheit

Ablehnung des Antrages der Minderheit

Minderheit

(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Bortoluzzi, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Philipona, Segmüller)

Titel

Tarife und Preise im teilstationären Bereich

Abs. 1

Im teilstationären Bereich können zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen während der Dauer dieses Beschlusses neue Tarife vereinbart werden, die den Beschränkungen von Artikel 1 und 2 nicht unterliegen.

Abs. 2

Als teilstationär gelten Leistungen, die weniger als 24 Stunden in Anspruch nehmen und unter ärztlicher Leitung in zweckentsprechenden medizinischen Einrichtungen mit dem notwendigen Fachpersonal (zur Betreuung und Ueberwachung) erbracht werden.

Art. 2a (nouveau)

Proposition de la commission

Majorité

Rejeter la proposition de la minorité

Minorité

(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Bortoluzzi, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Philipona, Segmüller)

Titre

Tarifs et prix dans le domaine semi-hospitalier

Al. 1

Dans le domaine semi-hospitalier, les nouveaux tarifs qui seront fixés entre les fournisseurs de prestations et les caisses pendant la durée de validité de cet arrêté ne seront pas soumis aux limitations prévues par les articles 1 et 2.

Al. 2

Est considérée comme semi-hospitalière la prestation fournie pendant moins de 24 heures et qui est prodiguée sous la direction d'un médecin dans un établissement et avec les installations adéquates par un personnel qualifié (pour les soins et la surveillance)

Frau **Heberlein**, Sprecherin der Minderheit: Dass der jetzt kommentarlos beschlossene Artikel 2 dieses Bundesbeschlusses auf die Grundversorgung der in der allgemeinen Abteilung versicherten Patienten erhebliche negative Auswirkungen haben wird, haben wir von den Kantonen gehört. Sie nehmen sie in Kauf. Ich bin aber der Meinung, dass wir sie

nicht einfach nur in Kauf nehmen dürfen, sondern dass wir andererseits als Ergänzung zu diesem Artikel Anreize bieten müssen. Im Gegensatz zum Bundesrat und zur Kommissionmehrheit bin ich der Ansicht, dass wir nichts unversucht lassen dürfen, auch sparen, dass wir also nicht nur einseitig Taxen, Tarife und Prämien blockieren sollten. Wir haben bessere Lösungen, Frau Dormann. Wir müssen bereits heute Sparanreize beschliessen und dürfen nicht nur bei der Revision des Krankenversicherungsgesetzes davon sprechen. Darin, Frau Gonseth, besteht für mich die Umwandlung des Systems. Wir haben im KVG-Entwurf gute Ansätze dazu. Dass wir unbestrittene Ansätze heute realisieren müssen, scheint mir selbstverständlich zu sein, solange dieser Beschluss noch unter dem Titel Kostendämpfungsmassnahmen und nicht unter Blockierungsmassnahmen läuft. Die medizinische Entwicklung ermöglicht heute Operationen, bei denen sich die Aufenthaltsdauer in einem Spital oder in einer fachlich, medizinisch und pflegerisch ähnlich gut ausgerüsteten Institution auf ein Minimum reduziert. Diese teilstationäre Behandlung ist im KVG-Entwurf völlig unbestritten; sie ist dort definiert und aufgenommen.

Heute bestehen für diese Behandlungsmöglichkeit keine Tarife. Der Aufwand ist erheblich grösser als bei ambulanten Leistungen, denn die Betreuung in einer solchen Institution muss während 24 Stunden am Tag gewährleistet sein. Weil diese Tarife heute nicht bestehen, sondern nur ambulante Tarife angewendet werden können, bleiben die Patienten über Nacht in den Spitälern und werden dafür belohnt, indem ihnen die Krankenkassen alles bezahlen.

Mit meinem Minderheitsantrag soll den Kassen lediglich die Möglichkeit gegeben werden, diese Tarife einzuführen und mit Institutionen Verträge abzuschliessen, mit denen sie dies wünschen. Dass diese Massnahme von niemandem bestritten wird, hat sich letztlich auch an einer Tagung in Nottwil unter der Leitung von Ständerat Huber gezeigt. Ich sehe nicht ein, warum wir den Kassen nicht heute bereits diese Möglichkeit einräumen wollen. Mit diesem Antrag entsteht weder ein Verwaltungsaufwand noch eine Pflicht der Kassen, Verträge abzuschliessen, und auch kein Recht der Institutionen, einen derartigen Vertrag zu erhalten. Wir vergrössern höchstens den Spielraum der Krankenkassen, kostengünstige Verträge mit Institutionen abzuschliessen.

Daher bin ich der Ueberzeugung, dass wir heute diese Möglichkeit in diesen Bundesbeschluss aufnehmen müssen. Das Anliegen wird von niemandem bestritten. Bestritten wird nur der Zeitpunkt, und das scheint mir eine recht vage Ausrede zu sein, wenn es uns mit den Kosteneinsparungen wirklich ernst ist.

Wenn Sie dem Artikel 2a zustimmen, so muss gleichzeitig in Artikel 3 der Titel ergänzt werden; in Artikel 3 Absatz 1 muss «und bei teilstationären Leistungen» und in Artikel 7 Absatz 2 ein neuer Buchstabe b bis «für teilstationäre Leistungen» eingefügt werden. Ich möchte diese Anträge später nicht nochmals einzeln begründen.

Jöri: Die SP-Fraktion empfiehlt Ablehnung des Minderheitsantrages Heberlein. Ich habe schon beim Eintreten klar darauf hingewiesen, dass der vorliegende Bundesbeschluss primär zum Ziel hat, die Versicherten – im Sinne einer Ueberbrückungsmassnahme – vor einer weiteren Erhöhung der Prämien zu schützen, bis das revidierte Krankenversicherungsgesetz in Kraft tritt.

Mit dem Einbezug von weiteren, noch so berechtigten Anliegen überladen wir das Fuder; es kippt, und der Bundesbeschluss wird scheitern, was eventuell die Absicht der Antragstellerin ist. Dies würde in erster Linie 95 Prozent der Versicherten treffen, die dieses Jahr von einer Prämienvergünstigung profitiert haben. Das müssen Sie bedenken, wenn Sie diesen Minderheitsantrag zu beurteilen haben.

Die Verankerung des teilstationären Bereichs gehört in die Revision des Krankenversicherungsgesetzes, die nächstes Jahr von der nationalrätlichen Kommission in Angriff genommen wird. Nur schon die Tarifaufgestaltung in diesem Bereich ist eine langwierige Arbeit und kann im Rahmen des dringlichen Bundesbeschlusses überhaupt nicht seriös angegangen wer-

den. Nach Auskunft von Versicherungsseite sind die Aerzte und die Versicherungen jetzt schon uneinig über die Tarifaufgestaltung, bevor der teilstationäre Bereich überhaupt irgendwo verankert wurde. Das Sparpotential des teilstationären Bereichs ist völlig unbestritten, aber auch nur dann, wenn sich die Anbieter und die Versicherungen auf grundsätzlich tiefere Tarife einigen können, als sie in den Spitälern gelten. Dieses Anliegen wird im Rahmen der KVG-Revision seinen Platz finden, aber nicht in einem befristeten Bundesbeschluss.

In diesem Sinne bitte ich Sie, den Minderheitsantrag Heberlein – wie auch alle folgenden Anträge mit der gleichen Forderung – abzulehnen, wie Ihnen das eine grosse Mehrheit der Kommission beantragt.

Frau Daepf: Die Mehrheit der SVP-Fraktion stimmt dem Minderheitsantrag zu. Wir möchten sparen helfen, wo es überhaupt möglich ist. Den Kassen wird dadurch die Möglichkeit gegeben, mit entsprechenden Institutionen Verträge abzuschliessen. Die Krankenkassen würden also durch diesen Minderheitsantrag nicht unbedingt verpflichtet, solche Verträge einzugehen. Durch diesen Minderheitsantrag wäre die Möglichkeit gegeben, im Bereich der teilstationären Behandlung mehr Erfahrungen zu sammeln und für die definitive Revision vorzuarbeiten.

Ich bitte Sie im Namen der SVP-Fraktion, dem Minderheitsantrag zuzustimmen. Er wird Auswirkungen auf die Artikel 3 und 7 haben, bei denen wir ebenfalls den Anträgen der Minderheit Heberlein zustimmen werden.

Präsident: Die grüne Fraktion, die CVP-Fraktion, die Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei Ticinesi und die LdU/EVP-Fraktion teilen mit, dass sie der Mehrheit zustimmen werden.

Eymann Christoph: Ich bitte Sie im Namen der liberalen Fraktion, dem Minderheitsantrag von Frau Heberlein zuzustimmen. Diese Bestimmung ist ein Anreiz, um zu sparen. Diese Stossrichtung muss und wird auch bei der Gesetzesrevision verfolgt werden. Sie dient der Verbilligung, das ist unbestritten. Wir finden, dass man jetzt damit beginnen sollte. Mit dieser Massnahme sollten wir den Krankenkassen schon jetzt helfen. Ich bitte Sie also um Zustimmung zum Minderheitsantrag von Frau Heberlein.

Frau Dormann, Berichterstatterin: Die Minderheit Heberlein schlägt einen neuen Artikel 2a vor. Sie beantragt, dass die Krankenkassen mit den Leistungserbringern während der Dauer dieses zweijährigen Bundesbeschlusses neue Tarife vereinbaren können, die weder den Beschränkungen von Artikel 1 noch von Artikel 2 dieses Bundesbeschlusses unterliegen, d. h. weder eindeutig zum ambulanten noch eindeutig zum stationären Bereich gehören. In diesem Wortlaut kommt zum Ausdruck, dass es den Begriff «teilstationär» in der geltenden Krankenversicherungsgesetzgebung nicht gibt. Dieser Begriff würde also auf dem Weg eines Bundesbeschlusses, der aller Voraussicht nach dringlich erklärt wird, eingeführt.

Obwohl das Anliegen der Minderheit Heberlein seine Berechtigung hat – wir kennen in der Schweiz zum Beispiel Tageskliniken für chirurgische Eingriffe oder auch Tagesspitäler für pflegebedürftige Betagte –, sind Zeitpunkt und Ort, den Begriff «teilstationär» als neuen Begriff einzuführen, falsch. Nach dem heute geltenden Recht gilt die teilstationäre Behandlung als ambulante Leistung. Mit Sicherheit wird der Begriff «teilstationär» mit all seinen Konsequenzen in der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes vertieft diskutiert werden. In der Kommission ist der Antrag der Minderheit Heberlein mit 11 zu 8 Stimmen bei 3 Enthaltungen abgelehnt worden. Ich bitte Sie namens der Kommissionmehrheit, den Antrag der Minderheit ebenfalls abzulehnen.

M. Philipona, rapporteur: La proposition de la minorité Heberlein va certainement dans le sens d'une diminution des coûts de l'assurance-maladie puisqu'il y aurait lieu de remplacer certaines hospitalisations par du semi-hospitalier qui devrait être beaucoup moins coûteux pour les caisses-maladie

que l'hospitalisation elle-même. Une telle diminution des coûts n'est pas contestée, étant donné que le projet de loi la prévoit et que même M. Jöri l'a admise tout à l'heure, au nom du groupe socialiste.

Si la majorité de la commission, par 11 voix contre 8 et 3 abstentions, vous demande de rejeter la proposition de la minorité, c'est parce qu'elle est d'avis que ces dispositions n'ont pas leur place dans des mesures urgentes valables pour deux ans. En effet, il s'agit là d'une notion nouvelle qui demande une mise en place.

Bundesrat Cotti: Ich muss noch einmal betonen, dass es hier wirklich nur um eine kurzfristige Ueberbrückungsmassnahme geht. Die Idee von Frau Heberlein ist in der Totalrevision enthalten. Wenn wir jetzt beginnen würden, alle Elemente der Totalrevision vorzuziehen, hätte das zwei Konsequenzen:

1. Der sowieso gefährdete, nötige Ueberbrückungsbeschluss würde überladen und damit zusätzlich gefährdet

2. Wir würden die mühsam erreichten Gleichgewichte in der Totalrevision gefährden, denn auch dort geht es um eine Opfersymmetrie. Würde man jetzt die einzelnen Elemente zum Teil vorziehen, wären diejenigen, die die Opfer noch nicht gebracht haben, weniger bereit, bei der Totalrevision einer Opfersymmetrie zuzustimmen.

Das ist der Grund, weshalb der Bundesrat es vorziehen würde, wenn Sie diesen Bundesbeschluss auf ein Minimum reduzieren würden.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	68 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	58 Stimmen

Art. 3

Antrag der Kommission

Mehrheit

Streichen

Minderheit I

(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Bortoluzzi, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Philipona, Segmüller)

Titel

.... im Spital und bei teilstationären Leistungen

Abs. 1

.... in einer Heilanstalt und bei teilstationären Leistungen erheben.

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit II

(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph, Philipona, Segmüller)

Abs. 1

.... tritt ein nicht versicherbarer Beitrag an die Behandlungskosten

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit III

(falls der Antrag der Minderheit II abgelehnt wird)

(Borer Roland, Allenspach, Bortoluzzi, Daepf, Gysin)

Abs. 1

.... tritt ein Beitrag an die Behandlungskosten von 20 Franken pro Aufenthaltstag.

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 3

Proposition de la commission

Majorité

Biffer

Minorité I

(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Bortoluzzi, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Philipona, Segmüller)

Titre

.... l'hôpital et pour les prestations semi-hospitalières

Al. 1

.... un établissement hospitalier ainsi que pour les prestations semi-hospitalières

Al. 2, 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité II

(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph, Philipona, Segmüller)

Al. 1

.... une contribution aux frais de traitement qui ne peut être assurée

Al. 2, 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité III

(au cas où la proposition de la minorité II est rejetée)

(Borer Roland, Allenspach, Bortoluzzi, Daepf, Gysin)

Al. 1

.... une contribution aux frais de traitement de 20 francs par journée d'hospitalisation.

Al. 2, 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Frau **Heberlein**, Sprecherin der Minderheit II: Ich gebe meine Versuche nicht auf, sparen zu helfen. Die Begründung des Bundesrates zu Artikel 2a war für mich doch recht ungläubwürdig. Alle reden vom Sparen, wollen Kosten dämpfen, und wenn wir es heute können, sagen wir nein. Wir verschieben es auf drei bis vier Jahre später, bis dann vielleicht die Gesetzesrevision kommt.

Der Ständerat hat diesem Vorschlag mit 32 zu 6 Stimmen klar zugestimmt. Er führt eine minimale Kostenbeteiligung von 10 Franken pro Tag im Spital ein. Der Grund dafür ist nicht – wie uns dies unterstellt wurde – das Verlangen, die Versicherten mehr zur Kasse zu bitten. Als Vertreterin des Spitalwesens müsste ich eigentlich der Mehrheit zustimmen; denn jeder Tag, der länger im Spital verbracht wird, vermehrt dort die Einnahmen. Er steigert aber zugleich auch die Kosten, und Kostendämpfung ist mir wichtiger. Wir würden auch hier wieder das heutige Anreizsystem, möglichst viel im Spital zu machen bzw. möglichst lange im Spital zu bleiben, statt ambulant oder teilstationär behandeln zu lassen, umkehren. Heute wird jeder Patient, der sich kostenbewusst verhält, bestraft. Wenn er die Nacht im Spital verbringt, bezahlen die Krankenkassen alles. Wenn er am Abend nach Hause geht, muss er einen grossen Anteil selber bezahlen.

In meinem Antrag habe ich die Formulierung des Ständerates übernommen, obwohl sie auch in Frage gestellt werden kann, obwohl eine höhere Kostenbeteiligung auch in der KVG-Revision vorgesehen ist. Die Schweiz hat die höchste Aufenthaltsdauer pro Patient im Spital. Nach Schätzung der Krankenkassen könnten jährlich 200 Millionen Franken eingespart werden, wenn jeder Patient nur einen Tag früher aus dem Spital entlassen würde. Dass diese Massnahmen längerfristig eine Reduktion der Prämien und der Spitalkosten zur Folge haben werden, steht ausser Zweifel. Darum ist auch Ihr Vorwurf, nur die Patienten würden zur Kasse gebeten, ungerechtfertigt. Eine Reduktion der Kosten wird für alle Beteiligten positive Folgen haben, für die Prämienzahler in allererster Linie.

Selbstverständlich müssen diese Massnahmen mit einer Reduktion der Spitalbetten gekoppelt werden und auch mit einem Ausbau der Spitex-Dienste. Es handelt sich auch nicht um eine Massnahme für mehr Einnahmen der Spitäler. Im Gegenteil, wenn der Kostendeckungsgrad in den Spitälern erhöht wird, bezahlen wir weniger Subventionen, und auch die Krankenkassen müssen weniger bezahlen.

Dass diese Kostenbeteiligung nicht versicherbar sein soll, war in der Kommission unbestritten. Ich hoffe, dass der Ständerat diese Ergänzung aufnehmen wird; sie wird vom BSV ausdrücklich begrüsst. Von einer Entsolidarisierung von Gesunden und Kranken zu sprechen oder von einer Abwälzung der Kosten auf die Kranken, scheint mir völlig verfehlt zu sein; dies um so mehr, als wir den Gesamtbetrag gegenüber heute auf 500 Franken reduzieren.

Vielleicht ist dies auch der Ort, um einmal festzustellen, dass wir in diesem Beschluss nur von höchstens 50 Prozent aller Versicherten sprechen, die eine Zusatzversicherung haben. Wie gross oder wie umfangreich diese ist, ob es sich um Halbprivat- oder Privatversicherungen handelt, ist eine andere Frage. Aber nur rund 50 Prozent der Bevölkerung haben eine Allgemeinversicherung ohne irgendwelche Zusatzversicherungen. Wir reden nur von diesen Beträgen, auch wenn wir von den Prämienbelastungen sprechen. Wir wecken oft Illusionen, weil alle Zusatzversicherten oder ganz privat Versicherten die Meinung haben, auch sie würden durch diese Bundesbeschlüsse entlastet – dies ist nicht der Fall.

Ich befürchte, dass dieser Bundesbeschluss, wenn wir ihn so durchziehen, eine Zunahme der Pflegetage zur Folge haben wird, die sich in den letzten Jahren doch zurückentwickelt haben. Wenn wir den teilstationären und ambulanten Bereich weiterhin als zweitklassig behandeln und die Patienten dadurch mehr belasten, als wenn sie im Spital sind, besteht überhaupt kein Interesse an einer weiteren Reduktion der Spitalkosten. Sie beanspruchen aber mit rund 12 bis 13 Milliarden Franken einen grossen Anteil an den Gesamtkosten im Gesundheitswesen in der Höhe von beinahe 30 Milliarden Franken.

Wir haben wie gesagt die höchste Spitalaufenthaltsdauer in Europa: Sie beträgt im Durchschnitt rund 14 Tage statt wie im europäischen Mittel 10 Tage. Eine Reduktion der Spitaltage auf den europäischen Durchschnitt ergäbe eine Reduktion von rund 30 Prozent, also eine Kostensenkung von 3 bis 4 Milliarden Franken. Mit der Einführung dieses im Ständerat praktisch unbestrittenen Selbstbehaltes können wir einen kleinen Schritt tun.

Borer Roland, Sprecher der Minderheit III: Der Eventualantrag der Minderheit III, mit dem wir eine Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten von 20 Franken verlangen, wenn der Antrag der Minderheit II abgelehnt wird, ist unseres Erachtens die letzte Möglichkeit, im Rahmen dieses Gesetzes noch zu sparen. Es ist eine merkwürdige Situation, da muss ich Herrn Bundesrat Cotti unterstützen: Letztes Jahr gaben wir Sparaufträge, und heute ist vor Sparen nicht mehr die Rede, sondern es geht nur noch darum, die Prämien zu plafonieren. So geht es natürlich nicht!

Was Frau Heberlein vorhin gesagt hat, kann ich voll und ganz unterstützen. Ich möchte sogar noch ergänzen: Wir haben nicht nur die längste Aufenthaltsdauer in den Spitälern, wir haben auch die grösste Spitälerdichte und die höchste Bettenzahl in ganz Europa. Das Zusammenwirken dieser drei Faktoren bewirkt rein betriebswirtschaftlich betrachtet – und ich komme immer wieder darauf –, dass die Spitäler gar kein Interesse daran haben, Aufenthaltsdauern zu verkürzen: Man will die vorhandene Infrastruktur nutzen.

Ich nehme wieder unseren kleinen Kanton Solothurn als Beispiel: Der Neubau respektive Umbau des Kantonsspitals Olten kostet den Kanton eine Viertelmilliarde Franken – wahrscheinlich wird es noch etwas mehr sein. Wer bezahlt das?

Bei der Diskussion um einen Selbstbehalt oder einen Behandlungskostenbeitrag von 20 Franken muss man eigentlich die entstehenden Gesamtkosten sehen. Ich habe mir wieder ein paar Zahlen herausgeschrieben, die sehr interessant sind. Bürgerspital Solothurn oder Kantonsspital Olten: Logis, Verpflegung und ärztliche Betreuung in der Allgemeinabteilung – ärztliche Betreuung heisst in dieser Phase ein- bis zweimal pro Woche Besuch eines Arztes – kosten Krankenkassen und Kanton pro Tag 512 Franken. Unsere Spitäler entwickeln sich langsam zu 6-Stern-Hotels, und das geht zu weit. Ein weiteres Beispiel: Frauenspital Bern. Eine Frau aus dem Kanton Solothurn besucht das Frauenspital Bern. Dabei entstehen Kosten von 1027 Franken pro Tag. So geht es doch wirklich nicht mehr!

Wenn Sie sparen wollen – und ich bitte Sie, diese letzte Möglichkeit der Kosteneinsparung zu nutzen –, dann müssen Sie dem Minderheitsantrag II oder allenfalls dem Eventualantrag der Minderheit III zustimmen.

Wir können in den Spitälern nur noch Kosten sparen, wenn der Patient, sprich Konsument, bereit ist, einen Gegendruck zu er-

zeugen, und sagt: Jetzt ist es genug, jetzt will ich nach Hause. Verpassen Sie diese letzte Möglichkeit des Sparens im Gesundheitswesen nicht, sonst müssen wir wirklich zu einer radikalen Systemänderung, zu einem Systemwechsel kommen.

Jöri: Kollege Borer, es geht hier nicht ums Sparen, sondern um die erneute Umverteilung von Kosten auf dem Buckel der Versicherten, und mit diesen 10 Franken zu argumentieren ist praktisch demagogisch. Es geht hier um mehrere hundert Millionen Franken, die schlussendlich wieder auf die Versicherten abgewälzt werden. Aus diesem Grunde ist die Kostenbeteiligung der Versicherten im stationären Bereich für uns das eigentliche *Pièce de résistance* der ganzen Vorlage.

Aus diesem Grunde haben wir zu dieser Abstimmung auch Namensaufruf verlangt. Es ist sozialpolitisch nicht zu verantworten, dass den Versicherten noch mehr aufgebürdet wird. Die letzten Jahrzehnte haben eine überproportionale Steigerung der Finanzierung durch die Versicherten gebracht – durch höhere Pro-Kopf-Prämien, Franchisen und höhere Selbstbehalte. Weil das Fass am Ueberlaufen ist, war der Bundesrat zum Handeln gezwungen und hat im Sinne einer Ueberbrückung versucht, die am härtesten betroffenen Versicherten einigermassen vor der Prämienentwicklung zu verschonen.

Ohne Bundesbeschluss sind bis 1995 doppelte Krankenkassenprämien prognostiziert. Wir dürfen den Versicherten sicher nicht Sand in die Augen streuen, sondern müssen – auch hier vorne – klar festhalten, dass wir keinen Prämienstopp beschliessen, sondern einen sozial möglichst verträglichen, abgebremsten Anstieg. Die Versicherten müssen auch in Zukunft mit einem Prämienanstieg rechnen, insbesondere wenn sie sich Billigkassen angeschlossen haben.

Der Grundgedanke der Selbstbeteiligung im ambulanten Bereich war früher einmal die Kostendämpfung. Die Versicherten sollten mit einer Kostenbeteiligung von einem Arztbesuch abgehalten werden. Wieweit diese Idee überhaupt ökonomisch gegriffen hat, wurde nie untersucht. Der Selbstbehalt im Spitalbereich wird aber niemanden davon abhalten, ins Spital einzutreten. Ein Eintritt ins Spital erfolgt in den allerwenigsten Fällen freiwillig. Was den Anteil von möglichen, ambulanten durchzuführenden chirurgischen Eingriffen betrifft, muss eine Lösung im Rahmen der KVG-Revision gesucht werden. Auch die Ansetzung des Selbstbehalts auf 10 Franken bewirkt nichts als eine Kostenumlagerung von Millionen von Franken auf dem Buckel der Versicherten.

Der Ständerat hat in dieser Frage anders entschieden als unsere Kommission. Er hat sich für eine weitere, bis jetzt nicht erschlossene Finanzierungsquelle ausgesprochen, mutet den Versicherten noch mehr zu, entschied sich aber zudem für eine Aufhebung des Tarifstopps. Der Ständerat entschied sich für die Anliegen der Aertzeschaft und gegen die Anliegen der Versicherten – das muss ganz klar festgehalten werden.

Es liegt nun an uns, diesen Grundsatzentscheid umzukehren: nämlich einen Bundesbeschluss zu verabschieden, der eine Entlastung der Versicherten bringt und ein minimales Solidaritätsoffer von seiten der Anbieter, der Aertzeschaft, fordert.

Wir empfehlen Ihnen, Artikel 3 zu streichen.

M. Pidoux: On a dit de ces arrêtés fédéraux urgents qu'ils voulaient donner un signal dans une direction, qu'ils ne s'attaquaient pas aux causes de la maladie, mais uniquement à ses effets, et qu'on pourrait s'y opposer parce qu'ils n'étaient destinés qu'à la galerie. Nous avons ici un test de notre volonté de combattre la cause des coûts ou de nous satisfaire d'affirmations à savoir que les médecins et les hôpitaux cantonaux ont intérêt à ce que les coûts de la santé augmentent.

Ceux qui raisonnent ainsi tiennent des discours de cantine. Il n'est pas sérieux d'affirmer que les cantons ont intérêt à ce que les tarifs des hôpitaux augmentent en vue d'obtenir davantage d'argent, par exemple pour le financement des routes. Une discussion a déjà eu lieu concernant les médecins. Il est stupide de mettre seulement à leur charge la hausse des coûts. Car vous savez tous que c'est votre comportement, celui des individus, qui augmente de telle manière les coûts de la santé. Lorsque votre femme ou votre fils est malade, vous exigez que

tous les examens soient faits, avec les appareils les plus modernes, et vous n'acceptez pas que le séjour à l'hôpital du membre de votre famille soit de durée limitée.

M. Jöri a tort et a raison quand il soutient que les propositions de minorité ne concernent pas un problème d'épargne, mais de répartition des coûts. Il est vrai que la question de la répartition des coûts demeure, et nous l'aborderons plus tard. Mais cette mesure-ci est ciblée; elle est déjà en vigueur – j'y reviendrai – et pourrait avoir quelque chose de positif.

Je connais les chiffres des hôpitaux vaudois quant à la durée du séjour d'une femme qui va donner naissance à un enfant. On considère l'accouchement comme une maladie, et c'est pour cette raison qu'on dispose de ces éléments. On ne possède pas de statistiques pour les Etats-Unis, où les femmes ne restent hospitalisées que quelques jours, mais dans nos hôpitaux publics, les accouchées restent moins de six jours. Cependant, dans un seul hôpital vaudois, des femmes séjournaient plus de dix jours. J'ai eu de la peine à admettre – et nous n'avons pas admis – que toutes ces femmes fussent deux fois plus malades que les autres et leurs enfants deux fois moins en bonne santé. Cela était dû à des raisons extérieures, c'est-à-dire à des dysfonctionnements, qui faisaient qu'on avait intérêt à garder ces femmes plus longtemps dans cet hôpital-là plutôt que dans les autres.

Cet exemple documenté montre bien que notre comportement est essentiel pour fixer la durée de notre séjour à l'hôpital. Si l'on veut, on peut en réduire la durée, sur la base d'un certain nombre d'éléments. Au point de vue pratique, il existe différentes mesures concernant la durée du séjour et le coût par cas, sur lesquelles je ne m'étendrai pas.

Par conséquent, la proposition de la minorité va dans le bon sens. C'est en fonction de leur portemonnaie que les gens ont intérêt à rentrer à la maison le vendredi soir, plutôt que le lundi, évitant ainsi de passer trois jours de plus à l'hôpital aux frais de la collectivité. La mesure proposée est donc bonne. Mais, je le répète, elle est déjà introduite, par le biais de la taxe hospitalière, dans le canton de Fribourg – le Grand Conseil fribourgeois vient de l'adopter – et je serai heureux d'entendre le rapporteur de langue française à cet égard. Nous allons l'introduire dans le canton de Vaud et il est question de le faire dans celui du Valais.

Je sais bien, Mesdames et Messieurs mes collègues allemands, qu'une idée exprimée en français ne peut être qu'intéressante et qu'elle doit être exprimée en allemand pour devenir sérieuse! Nous avons là une bonne idée – qui sera reprise dans la révision de loi – exprimée en allemand par le Conseil des Etats et par la minorité de notre commission. C'est la raison pour laquelle je vous invite d'ores et déjà à donner ce signe – puisqu'on fait de la politique en donnant des signes – à savoir que nous voulons inciter les gens à ne pas consommer inutilement des prestations médicales.

Frau Gonseth: Die grüne Fraktion empfiehlt Ihnen Zustimmung zur Mehrheit und Ablehnung aller Minderheitsanträge. Wir lehnen es ab, dass die Kostenbeteiligung bei Spitalaufenthalt mit diesem Bundesbeschluss eingeführt wird. Diese grundlegende Aenderung der bisherigen Kostenbeteiligung soll mit der Totalrevision des KVG geschehen und sozial abgefedert sein – und zwar so, dass sie dann wirklich etwas an Anreiz bringt. Der von den Minderheiten gestützte Artikel 3 ist nämlich völlig undurchdacht und bringt wahrscheinlich unter dem Strich überhaupt nichts. 10 Franken pro Tag als Selbstbeteiligung sind doch kein Anreiz zum Sparen, und niemand wird wegen diesen 10 Franken das Spital einen Tag früher verlassen.

Auch die Krankenkassen warnen vor einem Systemwechsel bei der Erhebung des Selbstbehaltes, weil dies einen erheblichen Verwaltungsaufwand bedeutet. Wir haben mit dem letztjährigen Bundesbeschluss die Verwaltungskosten der Krankenkassen plafoniert; bürdien wir ihnen mit diesem Artikel 3 doch nicht wieder einen erheblichen Mehraufwand an Verwaltungsarbeit auf!

Der Höchstbetrag des jährlichen Selbstbehaltes von heute 750 Franken ist auf 500 Franken reduziert worden. Ich würde das eigentlich begrüßen, weil der Selbstbehalt der Versicher-

ten in der Schweiz im Vergleich zu den anderen Ländern sehr hoch ist. Wir haben in der Schweiz die weltweit höchste Selbstzahlungsquote. Im Durchschnitt liegen wir bei 24 Prozent Selbstzahlungsquote, während diese in den EG-Ländern bei nur durchschnittlich 16 Prozent liegt.

Die grüne Fraktion empfiehlt Ihnen deshalb Ablehnung des ganzen Artikels 3, weil er unter dem Strich keine Kosteneinsparungen bringen wird.

Sieber: Die LdU/EVP-Fraktion empfiehlt Ihnen Streichung dieses Artikels 3, und zwar aus folgenden Gründen: Solange die Krankenkassen bei der Spitex-Betreuung nur ungenügende Vergütungen gewähren, ist es ein Widerspruch, die Kostenbeteiligung im Spital zu diskutieren. Denken wir an all die pflegebedürftigen Leute: Diesen bezahlt die Krankenversicherung, im Gegensatz zur Unfallversicherung, nicht einmal die Haushalthilfe. Von dieser asozialen Massnahme eines Selbstbehaltes sind vor allem Rentner betroffen; sie liegen weitaus am häufigsten in Spitälern.

Der Selbstbehalt ist keine Kostendämpfungsmassnahme, sondern unter heutigen Verhältnissen schlicht eine Attacke auf das Portemonnaie von Betagten und Hochbetagten. Ein Selbstbehalt im Spital wäre erst dann zu diskutieren, wenn via revidiertes KVG gleichwertige Betreuung zu Hause gewährleistet und angemessen bezahlt würde.

M. Deiss: Tout d'abord quelques remarques quant au fond de la question de la participation des assurés et des patients, en particulier, aux frais ambulatoires et hospitaliers. Il est vrai qu'il existe actuellement une disparité. Le patient paie dans le cas de traitement ambulatoire, il est libéré dans le cas d'une hospitalisation. Cette disparité induit effectivement une mauvaise utilisation des ressources et il est entendu que la révision de la loi devra éliminer cette divergence. Il est vrai aussi que les assurés sont responsables en partie de la surconsommation. Mais il ne faudrait pas les accabler seuls, ni de prime abord. Je dirai à M. Pidoux que, finalement, c'est quand même le médecin qui décide du traitement, qui décide de l'hospitalisation. On ne va pas affirmer que les médecins décident délibérément de prodiguer des soins dont les patients n'auraient pas besoin.

Mais, tout compte fait, il est juste de placer les incitations dans le bon sens, c'est-à-dire de faire en sorte que les patients aient intérêt à se comporter de manière parcimonieuse, eux aussi. Avant de faire supporter des charges nouvelles aux assurés, il faut aussi constater, cela est vrai, que tous les patients ne sont pas dans la même situation et ne sont pas tous à même de supporter ces charges nouvelles. Je pense notamment à tous les rentiers qui ont déjà suffisamment de peine à payer, à l'heure actuelle, leurs cotisations à l'assurance-maladie. Pour ces personnes, une charge supplémentaire serait tout simplement insupportable. Or, il faut rappeler que le projet de révision de la loi, qui prévoit d'éliminer ces divergences ou de faire supporter davantage aux patients, prévoit aussi, aux articles 57 et 58, des mesures d'accompagnement au niveau des subventions, puisqu'il s'agit de diriger ces subventions davantage vers les personnes qui en ont vraiment besoin. A ce moment-là, en procédant aux deux mesures en même temps, on pourra d'une part charger davantage les bénéficiaires des soins, mais soulager aussi ceux qui ne seraient pas à même de faire face à cette nouvelle difficulté.

On plaide pour cette mesure, parce que l'on veut économiser. Il ne faut pas non plus en exagérer la portée. Certains arguments avancés en faveur de l'efficacité de ces mesures ne sont tout simplement pas soutenables. Lorsqu'on nous parle de constructions des hôpitaux, vous n'allez pas nous faire croire que c'est cette franchise qui va finalement faire qu'on construira moins d'hôpitaux? Le problème est que les lits, une fois qu'ils existent, coûtent de toutes façons et sont utilisés, parce que, du point de vue de la gestion d'une entreprise, il est intéressant d'utiliser les capacités existantes. Si donc vous avez le sentiment que surcapacités il y a, il faut bien sûr agir au niveau des investissements et non pas au niveau de l'exploitation des hôpitaux. Lorsqu'on nous parle d'établissements ou d'hôtels à six étoiles, il convient de rappeler aussi qu'il est ici

question non pas des assurances complémentaires, mais de l'assurance de base.

Enfin, un autre élément nous rend perplexes: à l'heure actuelle, dans plusieurs cantons romands en tous cas – je n'ai pas fait l'examen de toutes les situations cantonales – les parlements ont décidé aussi de charger les patients de nouvelles franchises. Alors, tout de même, prenons garde à ne pas arriver de toutes parts avec des augmentations qui, au bout du compte, seraient cumulatives.

Pour toutes ces raisons, selon le groupe démocrate-chrétien, il est très discutable de procéder à l'heure actuelle à ces mesures de charges supplémentaires des patients. Il est en tous cas exclu d'aller jusqu'à 20 francs, comme certains le souhaiteraient. Une autre raison fait que le groupe démocrate-chrétien, dans l'immédiat, s'opposera à toute nouvelle charge pour les patients et suivra par conséquent la majorité de la commission. En effet, nous voulons d'abord savoir ce que le Conseil des Etats va décider quant à l'article premier. Et ce n'est qu'à partir du moment où nous connaîtrons ce résultat que nous serons éventuellement disposés à entrer en matière sur une question de nouvelle franchise.

On. Maspoli: Le misure urgenti dovrebbero limitarsi al minimo indispensabile per permettere di raggiungere il loro scopo. Ora, quale è lo scopo di questo pacchetto che il Consiglio federale ci propone? Lo scopo è uno solo, è quello di evitare costi supplementari ai pazienti, agli assicurati. Questo almeno è quello che propongono gli articoli 1 e 2 di questo decreto urgente.

Ora, l'articolo 3, quasi ci si fosse pentiti di aver concesso qualcosa all'assicurato, cerca di riprendere parte di quei benefici che abbiamo concesso. Questo articolo 3 è assai pericoloso, perché il passo tra nulla e 10 franchi è un passo molto grosso. Fra un paio d'anni il passo da 10 franchi a 20 e poi a 25 e a 30 franchi sarà molto piccolo proprio perché, dovessimo accettare questo articolo, noi sanciremmo un principio – mi si conceda il termine – iniquo, cioè di punire chi è ammalato.

In pratica cosa dice questo articolo 3? Dice: tu sei ammalato, dunque devi andare all'ospedale, dunque paga 10 franchi al giorno oggi che domani potrebbero essere ben di più di 10.

Può darsi che nell'ambito della nuova legge sull'assicurazione malattia si possa prendere in considerazione anche una misura di questo genere che noi, però, nella frazione dei Democratici svizzeri/Lega dei Ticinesi vediamo differenziata e vediamo fatta partendo da altri presupposti che non quello dell'indiscriminato pagamento di 10 franchi al giorno per tutti.

Può darsi, dicevo, che questa possibilità un domani possa portare dei benefici. Sarebbe comunque sbagliato però sancire oggi un principio del genere, quando si tratta proprio di proteggere l'assicurato, e non già di caricarlo di nuova legna verde, di nuove spese.

Chi di noi va volentieri all'ospedale? Io credo che nessuna cittadina e nessun cittadino di questo Paese fa i salti di gioia quando qualcuno gli dice: tu devi andare all'ospedale. E dunque io non credo che ci sia gente che approfitta di questa possibilità perché all'ospedale sta meglio che a casa sua. Semmai gli abusi avvengono, sì, avvengono nel campo della medicina ambulatoriale. Ed ecco perché bisognerebbe controllare meglio ciò che avviene in questo settore. E ancora una volta – e non mi se ne voglia – la colpa di questa mancanza di controlli è da attribuire, guarda caso – alle casse ammalati; casse ammalati che sembra abbiano tutto l'interesse di mandare la gente all'ospedale invece di favorire la medicina ambulatoriale; casse ammalati che demonizzano i medici, qualora i loro fogli di malattia superano una determinata cifra, e casse ammalati che non vogliono capire che ad esempio una polmonite curata a casa con tutti i medicinali e con tutte le cure del caso costa incommensurabilmente meno della stessa polmonite curata all'ospedale.

Dunque è vero che in questi settori – sia medicina ambulatoriale, sia medicina ospedaliera – ci sono diverse cose da mettere a posto, ci sono controlli più severi da effettuare, ma è altresì esatto e sacrosanto che non si deve e non si può, e sarebbe sbagliatissimo farlo: penalizzare l'assicurato, penalizzare l'ammalato.

Ecco perché la frazione dei Democratici svizzeri/Lega dei Ticinesi voterà per la maggioranza, cioè per togliere questo articolo dal decreto.

Rychen: Zum Thema der Kostenbeteiligung möchten wir von der SVP-Fraktion aus jetzt schon ankündigen, dass wir bei der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes ganz sicher für eine Kostenbeteiligung eintreten werden. Die höhere Mitverantwortung des Patienten, des Versicherten, ist als Grundprinzip richtig.

Bei uns ist allerdings die Diskussion darüber offen, ob es sinnvoll ist, mit Sofortmassnahmen eine solche grundsätzliche Frage aufzuwerfen oder gar eine solche neue Art von Kostenbeteiligung einzuführen. Bei uns gingen die Meinungen über die Frage, wie weit das sinnvoll ist, etwas auseinander. Persönlich glaube ich, dass dies heute nicht angebracht ist, weil der Rat ja in Artikel 1 aus politischen Gründen nicht wollte, dass die Leistungserbringer auch wesentlich zur Kostendämpfung beitragen müssen. So ist für mich das Gleichgewicht nicht mehr gegeben.

Ich möchte noch auf ein Kriterium hinweisen, das nicht entscheidend ist, aber in der Debatte trotzdem erwähnt werden soll: Eine Kostenbeteiligung von 10 Franken pro Spitaltag wird bei den Krankenkassen – gemäss den Ausführungen der Praktiker – zur Erarbeitung neuer, zusätzlicher EDV-Programme führen. Es sind also administrativ recht schwierige Aufwendungen zu bewältigen. Dies darf auch nicht unterschätzt werden, wenn man bedenkt, in welcher Zeit diese Art von Beteiligung eingeführt werden soll.

Persönlich empfehle ich Ihnen – weil das Gleichgewicht in diesem Massnahmenpaket nicht mehr gegeben ist –, hier auf eine Kostenbeteiligung zu verzichten. Später, bei der Totalrevision, wird das unumgänglich sein.

Frau Dormann, Berichterstatterin: Artikel 3, den der Ständerat in den Beschluss eingebaut hat, war der umstrittenste Artikel in unserer Kommission. Der Ständerat geht davon aus, dass mit der Kostenbeteiligung des Patienten im Spital, wie sie Artikel 3 vorsieht, nicht nur Symptombekämpfung betrieben wird, sondern dass damit ganz klar die Ursachen der Kostenexplosion im Gesundheitswesen erfasst werden.

Im geltenden Krankenversicherungsgesetz kennt die stationäre Behandlung – im Unterschied zur ambulanten Behandlung – keinen Selbstbehalt. Daraus ziehen der Ständerat und die Minderheiten unserer Kommission den Schluss, dass zu viele Patienten die stationäre Behandlung der ambulanten Behandlung vorziehen, da sie kostenfrei ist. Der Ständerat erkennt, dass nicht der Patient den Spitaleintritt wählt, sondern in der Regel doch der behandelnde Arzt dem Patienten zum Spitalaufenthalt rät oder ihn dort einweist.

Mit der Einführung des Selbstbehaltes wollen der Ständerat und die Minderheit II (Heberlein) einen Ausgleich schaffen zwischen der stationären und der ambulanten Behandlung. Mit der Einführung eines Beitrages von 10 Franken pro Aufenthaltstag anstelle des Selbstbehaltes erhoffen sich der Ständerat und die Minderheit II eine Verkürzung der generellen Aufenthaltsdauer in den Spitälern und dadurch eine wesentliche Kosteneinsparung.

An die Wirkung dieser Spritzenkur glaubt die Mehrheit unserer Kommission nicht oder zu wenig. Zum einen liegt die Verantwortung zur wahlweisen Behandlung der Krankheit – stationär oder ambulant – nicht beim Patienten, sondern beim Arzt. Zum anderen bestimmt nicht der Patient die Dauer seines Aufenthaltes im Spital, sondern der Arzt. Dieser legt die Dauer des Aufenthaltes gemäss dem Heilungsprozess fest und kaum aufgrund des Selbstbehaltes von 10 Franken pro Tag. Jeder Arzt wird beim Patienten die Angst vor den zu übernehmenden 10 Franken Taggeld mit der Begründung beseitigen, dass man auch zu Hause 10 Franken für die Verpflegung ausgeben müsse.

Die befristeten Massnahmen, die wir jetzt diskutieren, sind gedacht gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung. Was aber der Ständerat und die Minderheit II wollen, ist eine Kostenverlagerung. Wenn Frau Heberlein versucht, uns weiszumachen, dass bei einer Teilübernahme der Spital-

kosten durch die Patienten die Ausgaben der Krankenkassen kleiner werden und folglich die Prämien gesenkt werden können, täuscht sie sich insofern, als in Artikel 3 Absatz 2 der Höchstbetrag des dem Patienten zumutbaren Selbstbehaltes pro Jahr im ambulanten und stationären Bereich auf 500 Franken limitiert wird. Dies bedeutet, dass mit diesem Beschluss, falls er so angenommen würde, der Selbstbehalt, den das Gesetz jetzt bereits im ambulanten Behandlungsbereich kennt, von heute jährlich 750 Franken auf 500 Franken herabgesetzt würde. Im heutigen Zeitpunkt nehmen die Krankenkassen durch den zehnzehnten Selbstbehalt der Patienten im ambulanten Behandlungsbereich jährlich rund 300 bis 400 Millionen Franken ein, dies bei einem jährlichen Höchstbetrag von 750 Franken Selbstbehalt. Würde dieser auf 500 Franken herabgesetzt, ergäbe dies rund 100 Millionen Franken Mehrkosten für die Krankenkassen.

Sie sehen daraus ganz klar, dass der Selbstbehalt, wie er in Artikel 3 durch den Ständerat und die Minderheit II verlangt wird, mehr eine Kostenverlagerung zu Lasten der Patienten und Versicherten wäre und keine oder nur eine minimale Kosteneinsparung bringen würde.

Die Minderheit III (Borer Roland) versucht mittels Eventualantrag, dieses Problem besser in den Griff zu bekommen. Herr Borer verlangt einen Beitrag von 20 Franken pro Aufenthaltstag des Patienten im Spital, falls der Antrag der Minderheit II von Frau Heberlein abgelehnt wird.

Dieser Antrag fand in der Kommission in einer Eventualabstimmung nur sechs unterstützende Stimmen. Das Problem liegt vor allem bei den minderbemittelten Versicherten, die einen Selbstbehalt in diesem Umfang gar nicht übernehmen könnten. In der Totalrevision wird diesem Problem Rechnung getragen, indem ein Betrag sichergestellt wird zur Uebernahme von Selbstbehalten für Leute, die finanziell schlechtgestellt sind. Deshalb ist der Eventualantrag der Minderheit III wenig durchdacht und ohne den Einbezug der Konsequenzen für die Patienten formuliert worden.

Es muss auch mit Recht die Frage gestellt werden, wie die Spitäler und mit ihnen die Kantone reagieren und damit umgehen würden, wenn plötzlich die Bettenbelegung so markant zurückgehen würde, wie dies vom Ständerat und von der Minderheit II erwartet wird. Solange wir in der Schweiz angeblich eine Ueberkapazität von rund 18 000 Spitalbetten haben, kann nicht in einem auf zwei Jahre befristeten Bundesbeschluss eine Massnahme getroffen werden, die plötzlich halbleere Spitäler zur Folge hätte; denn auch dieses Phänomen wäre eine reine Kostenverlagerung, diesmal auf Kosten der Steuerzahler.

Die erwähnten Ausführungen machen deutlich, dass das Problem der ungleichen Belastung von ambulanten und stationären Behandlungen nicht mit einer oberflächlichen Kur behandelt werden kann; hier bedarf es einer vertieften Wurzelbehandlung. Diese ist in der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes vorgesehen.

Deshalb beantragt die Kommission mit 16 zu 7 Stimmen die Streichung des ganzen Artikels 3. Ich bitte Sie also im Namen der Kommissionsmehrheit, das gleiche zu tun.

Begrüssung – Bienvenue

Präsident: Ich habe die Ehre, auf der Tribüne eine Delegation des ukrainischen Parlamentes unter der Leitung von Herrn Iwan Stepanowitsch Pljusch, Präsident der Rado, also des Parlamentes, zu begrüßen. Die Delegation setzt sich aus fünf Abgeordneten zusammen. Nach der Unabhängigkeit der ukrainischen Republik, die am 1. Dezember 1990 beschlossen wurde, und nach dem Uebergang zur Marktwirtschaft drängt es sich auf, Kontakte auf parlamentarischer Ebene zu knüpfen und einem Volk, dessen Geschichte oft einen tragischen Verlauf genommen hat, unsere Solidarität zu bekunden. Ich heisse unsere ukrainischen Kollegen ganz herzlich willkommen. *(Beifall)*

M. Philipona, rapporteur: En ce qui concerne la participation aux coûts hospitaliers, la situation actuelle est la suivante: c'est la gratuité totale de l'hospitalisation, alors qu'il y a une participation aux frais hors de l'hôpital. Il ne faut pas oublier que les coûts de la santé sont aussi causés par une longue hospitalisation.

La proposition de la minorité I vise à diminuer le séjour à l'hôpital. Nous savons que la diminution d'un seul jour pour chaque patient ferait économiser 200 millions de francs. C'est en comptant sur cet effet dissuasif que le Conseil des Etats et la minorité de votre commission ont proposé une participation de 10 francs par jour.

La majorité de la commission, quant à elle, ne croit pas à ces effets et, en outre, elle ne veut pas charger davantage les assurés, le but de la loi étant au contraire de les décharger. D'autre part, elle estime qu'il ne s'agirait que d'un déplacement des coûts: cela reviendrait à demander une participation supplémentaire aux assurés par le biais de cette contribution. Or, le but de l'arrêté est de diminuer la charge pour les malades, et la majorité de la commission s'en tient à cela.

En tant que Fribourgeois, j'ai été interpellé par M. Pidoux. C'est très volontiers que je vous cite la justification du Conseil d'Etat fribourgeois à une demande d'augmentation des coûts. Je vous rappelle cependant que le Conseil d'Etat fribourgeois est formé de trois PDC et de trois socialistes, dont le ministre des finances et le ministre de la santé. Voilà ce que propose le Conseil d'Etat fribourgeois: «Dans tous les secteurs médicaux hospitaliers, les malades ou les pensionnaires sont appelés à contribuer aux coûts de traitement ou d'accueil qu'ils provoquent. Ainsi en va-t-il des frais d'accueil et de soins dans les homes pour personnes âgées, des frais de soins et d'aide familiale à domicile, des frais de soins médicaux ambulatoires, des frais de soins dentaires scolaires, etc. Ces contributions découlent des lois fédérales ou cantonales. Le secteur hospitalier en division commune échappe toutefois à cette règle. La différence entre les dépenses nettes et le forfait des caisses-maladie est couvert par les subventions des collectivités publiques et par des recettes diverses des hôpitaux. Ainsi, une contribution financière des patients en division commune apparaît à l'évidence comme justifiée.» C'est presque exactement le contraire de ce que viennent de dire ici MM. Jöri et Deiss, au nom des groupes précités.

Par 16 voix contre 7, votre commission vous invite à suivre la majorité, c'est-à-dire à biffer cet article, et à rejeter la proposition de la minorité II ainsi que la proposition subsidiaire de la minorité III.

M. Deiss: Je voudrais simplement apporter une rectification quant aux propos tenus par un représentant du parti qui a disparu du gouvernement fribourgeois. Cette franchise qui va être introduite dans le canton de Fribourg ne l'a pas été dans le contexte d'un programme touchant à la santé publique, mais bien dans le cadre d'un programme d'économies visant à rétablir l'équilibre des finances cantonales. Ce que j'ai voulu souligner tout à l'heure, c'est qu'il est impossible que Confédération et cantons se mettent, dans le désordre, à augmenter ces franchises.

Bundesrat Cotti: Die Frage, die sich stellt, haben die Herren Rychen und Maspoli sehr genau umrissen. Es geht darum, ob wir jetzt eine Kostenbeteiligung irgendwelcher Art im Spitalwesen vorziehen müssen – mit einer zusätzlichen Belastung dieses kurzfristigen Bundesbeschlusses.

Bevor ich auf diese Frage Antwort gebe, möchte ich Sie doch bitten, mit mir ein paar Ueberlegungen über die Funktion und die Rolle des Patienten im ganzen gesundheitspolitischen Prozess zu machen. Es besteht kein Zweifel, dass auch der Patient im Sinne der oft erwähnten Opfersymmetrie mitbeteiligt werden muss. Ich habe aber aus Ihren Worten, Herr Roland Borer, und aus anderen Feststellungen beinahe die Schlussfolgerung ziehen müssen, dass der Patient der Hauptverantwortliche in der ganzen Entwicklung der Gesundheitskosten sei. Ich muss Sie daran erinnern, dass der Patient, auch wenn er in irgendeiner Weise in die Opfersymmetrie einbezogen werden muss, doch eine absolut

untergeordnete Rolle spielt. Es wurde verschiedentlich gesagt – auch von Herrn Deiss –, dass der Patient erstens sicher nicht freiwillig Patient ist und dass er zweitens von diesem System abhängig ist.

Deshalb sind die Bemerkungen von gestern richtig, dass die freie Marktwirtschaft nur teilweise spielen kann. Der Patient ist oft voll und ganz den Leistungserbringern verschiedenster Natur ausgeliefert. Hier den Patienten gleichsam als Hauptverantwortlichen zu bezeichnen, geht an der Realität vorbei und ist auch sozial absolut nicht vertretbar. Das möchte ich besonders bei der Spitaleinweisung betonen, denn ich glaube nicht, dass sehr viele Schweizerinnen und Schweizer aus eigener Initiative ins Spital gehen. Ohne die direkte Weisung ihres Arztes oder Verantwortlichen für ihre Gesundheit werden sie kaum eintreten. Ich glaube auch nicht, dass die Patienten gerne auch nur einen Tag mehr als nötig im Spital bleiben. Sie können aber nicht selber entscheiden, ob sie im Spital bleiben müssen oder nicht. Es gibt andere, die hier die letzten Entscheide zu treffen haben. Deshalb möchte ich bitten, die Rolle der Patienten auf ihre tatsächliche Bedeutung zurückzuschrauben und den Patienten keine Verantwortung anzulasten, die sie gar nicht haben.

Ich muss noch hinzufügen, dass in der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes auch der Bundesrat diese Kostenbeteiligung vorgesehen hat. Wir bestreiten nicht, dass die Opfersymmetrie in der Totalrevision eingeführt werden muss. Aber sie hier einzuführen, wäre eine grosse soziale Ungerechtigkeit. Vergessen Sie nicht, dass der Bundesrat bei der Totalrevision für die Prämienreduzierung eine zusätzliche Zuweisung von 700 Millionen Franken an die Patienten vorgesehen hat. Das würde das Gleichgewicht und die Opfersymmetrie herstellen. Vergessen Sie nicht, dass im nächsten Jahr der an sich durchaus willkommene, von Ihnen beschlossene Lastenausgleich für viele Patienten so oder so Prämien erhöhungen vorsehen wird. Vergessen Sie nicht, dass in den letzten Jahren die Patienten die Hauptträger der Kostenentwicklung waren. Jetzt eine solche Massnahme vorzuziehen, liesse sich unter dem sozialen Gesichtspunkt in keiner Weise rechtfertigen. Aber ich betone noch einmal: Bei der Totalrevision – dort, wo das Gleichgewicht in der grossen Frage hergestellt wird – ist das Prinzip vom Bundesrat in keiner Weise bestritten.

Ein kurzes Schlusswort: 10 Franken pro Tag wäre der Selbstbehalt. Glauben Sie im Ernst, dass dies im nächsten Jahr auch nur einen Tag Spitalaufenthalt weniger zur Folge haben würde? Das ist eine Kostenverlagerung zu Lasten der Patienten, die sich nicht rechtfertigen lässt. Warten wir auf die Totalrevision; dort wird das Problem geregelt, und zwar im grossen, richtigen Rahmen.

Präsident: Der Antrag der Minderheit I (Heberlein) entfällt gemäss Ihrem Entscheid zu Artikel 2a.

Abstimmung – Vote

Namentliche Eventualabstimmung

Vote préliminaire, par appel nominal

Für den Antrag der Mehrheit stimmen die folgenden Ratsmitglieder:

Votent pour la proposition de la majorité:

Aguet, Bär, Baumann, Bäumlín, Béguelin, Bircher Peter, Bircher Silvio, Bischof, Bodenmann, Borel François, Borradori, Bortoluzzi, Brügger Cyrill, Brunner Christiane, Bühler Simeon, Bühlmann, Bundi, Bürgi, Carobbio, Comby, Cotti, Daepf, Danuser, Darbellay, de Dardel, David, Deiss, Diener, Dormann, Dünki, Eggenberger, Engler, Etique, Fankhauser, Fasel, von Felten, Fischer-Surse, Gardiol, Gobet, Goll, Gonseth, Grendelmeier, Gross Andreas, Grossenbacher, Haering Binder, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Haller, Hämmerle, Herczog, Hess Otto, Hess Peter, Hildbrand, Hollenstein, Hubacher, Iten Joseph, Jaeger, Jäggi Paul, Jeanprêtre, Jöri, Keller Anton, Keller Rudolf, Ledergerber, Leemann, Leu Josef, Leuenberger Ernst, Maeder, Marti Werner, Maspoli, Mauch Ursula, Meier Hans, Meyer Theo, Misteli, Oehler, Raggenbass, Rebeaud, Rechsteiner, Reimann Maximilian, Ruckstuhl, Ruf, Rychen,

Scherrer Werner, Schmid Peter, Schmidhalter, Schmied Walter, Schnider, Schwab, Seiler Rolf, Sieber, Spielmann, Stalder, Stamm Judith, Steffen, Steiger, Strahm Rudolf, Thür, Tschäpät Alexander, Vollmer, Weder Hansjürg, Wick, Wiederkehr, Ziegler Jean, Zölich, Züger, Zwahlen, Zwygart (106)

Für den Antrag der Minderheit II stimmen die folgenden Ratsmitglieder:

Votent pour la proposition de la minorité II:

Allenspach, Aregger, Aubry, Baumberger, Bezzola, Binder, Blatter, Bonny, Borer Roland, Bühler Gerold, Camponovo, Cavadini Adriano, Chevallaz, Cincera, Couchepin, Dettling, Dreher, Eggly, Epiney, Eymann Christoph, Fehr, Fischer-Hägglingen, Fischer-Seengen, Frey Walter, Fritschi Oscar, Früh, Giezendanner, Giger, Gros Jean-Michel, Guinand, Gysin, Hari, Heberlein, Hegetschweiler, Jenni Peter, Kern, Kühne, Leuba, Loeb François, Maurer, Meier Samuel, Miesch, Moser, Müller, Narbel, Neuenschwander, Perey, Philipona, Pidoux, Poncet, Rohrbasser, Rutishauser, Scheidegger, Scherrer Jürg, Scheurer Rémy, Segmüller, Seiler Hanspeter, Spoerry, Stamm Luzi, Steinegger, Steinemann, Stucky, Suter, Tschuppert Karl, Vetterli, Wittenwiler, Wyss (67)

Der Stimme enthalten sich – S'abstiennent:

Ducret, Duvoisin, Mamie, Mauch Rolf, Nabholz, Tschopp, Wanner (7)

Abwesend sind die folgenden Ratsmitglieder – Sont absents:

Berger, Blocher, Caccia, Caspar-Hutter, Columberg, Frey Claude, Friderici Charles, Leuenberger Moritz, Luder, Maitre, Matthey, Mühlemann, Pini, Robert, Ruffy, Sandoz, Savary, Theubet, Zisyadis (19)

Präsident Nebiker stimmt nicht

M. Nebiker, président, ne vote pas

Definitiv – Définitivement

Für den Antrag der Mehrheit	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag der Minderheit III	Minderheit

Art. 5

Antrag der Kommission

Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

Das Departement gestattet einer

Minderheit

(Rychen, Bortoluzzi, Daepf)

Streichen

Art. 5

Proposition de la commission

Majorité

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

Le département autorise

Minorité

(Rychen, Bortoluzzi, Daepf)

Biffer

Art. 6

Antrag der Kommission

Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

.... Mitgliederbeitrag berücksichtigt. Verpflichtet ein Kanton während der Geltungsdauer dieses Beschlusses die Krankenkassen zur Einführung eines einheitlichen Mitgliederbeitrages für Erwachsene, ist der Höchstbetrag entsprechend höher anzusetzen.

Abs. 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

(Bortoluzzi, Daepf, Rychen)

Streichen

Art. 6*Proposition de la commission**Majorité**Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

.... prise en considération. Lorsqu'un canton, pendant la durée de validité de cet arrêté, charge les caisses d'introduire une cotisation unique pour les adultes, le montant maximum est augmenté en conséquence.

Al. 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Bortoluzzi, Daepf, Rychen)

Biffer

Rychen, Sprecher der Minderheit: Bei Artikel 5 geht es um eine Prämienplafonierung. Ich beantrage Ihnen, auf diese zu verzichten. Warum?

Die Prämienplafonierung, das Einfrieren auf einer bestimmten Höhe, bringt nichts – es werden nur die Probleme verschoben. Die Kosten stauen sich an, ob wir das wollen oder nicht. Wenn Sie eine Versicherung dazu zwingen, die Kosten nicht zu überwälzen, kommen die Prämienhöhungen später um so massiver; man muss dies den Versicherten ganz klar sagen. Denn wenn man die Prämien nicht den entstehenden Kosten entsprechend anpassen kann, dann ist das etwa dasselbe, wie wenn ich bei meinem Haus im Sommer den Gartenschlauch montiere und voll aufdrehe – das sind die Kosten –: Wenn das Wasser kommt und ich den Hahn wieder zudrehe, platzt der Schlauch irgendeinmal. Das ist keine Politik, die Sinn macht. Wenn wir den Leuten erzählen: Wir haben jetzt die Prämien eingefroren, wir haben sie gestoppt; seid froh, Frauen und Männer, jetzt werden dann die Kassenprämien nicht mehr so stark steigen! – dann ist das einfach nicht korrekt. Denn wer sich in diesem Saal mit diesen Fragen ernsthaft auseinandersetzt, weiss – ich habe in dieser Debatte schon einige Zahlen genannt, ich wiederhole sie nicht –, dass die Kosten steigen werden, und zwar stärker als mit der Plafonierung vorgesehen. Das führt zu einem gravierenden Problem, nämlich dazu, dass die Krankenkassen gezwungen sind, noch mehr von ihren Reserven zu brauchen, ihre Reserven anzuzapfen. Wir haben zwar vom Bundesamt für Sozialversicherung ein Papier bekommen, wonach dieses Problem nicht so gravierend sei, aber die Auskünfte der Krankenkassen lauten anders. Bei vielen Kassen sind nämlich diese Reserven inzwischen bereits unter das gesetzlich vorgeschriebene Minimum von 20 Prozent gesunken. Nach Schätzungen des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen gehören heute rund 80 Prozent aller Versicherten in der Schweiz Kassen an, deren Reserven neuerdings unter dem vorgeschriebenen Minimum liegen. Ich finde, wir sollten als Behörde nicht einen Prozess fördern, der dem Gesetz respektive der entsprechenden Verordnung zuwiderläuft. Wir gefährden damit die Sicherheit der Krankenkassen und auch sehr viele Versicherte. Bei einer zusätzlich erzwungenen Fusion – Fusionen an und für sich sind nichts Schlechtes, sie finden in einem normalen Konzentrationsprozess statt – geht dies in der Regel zu Lasten der bei der schwächeren Kasse Versicherten. Das hat dann massivste Prämienhöhungen zur Folge.

Auch wenn Sie meinen Antrag ablehnen: Es war mir ein wirkliches Bedürfnis, zumindest auf diese Gefahren hinzuweisen. Wir haben schon im letzten Dezember solche Beschlüsse gefasst. Die Konsequenzen haben wir gesehen: Die Kosten sind trotzdem massiv gestiegen – weit stärker als der Teuerungsindeks. Es ist uns nicht gelungen, mit dem Prämienstopp auch nur ein einziges Problem zu lösen, höchstens kann man sa-

gen: Alle haben bei der Prämiensteigerung nicht noch grössere Steigerungen in Kauf nehmen müssen – aber das alles geht zu Lasten der Zukunft. Irgendeinmal werden wir diese Kosten zu bezahlen haben.

Damit habe ich auch gleich den Minderheitsantrag Bortoluzzi auf Streichung von Artikel 6 begründet; die beiden Artikel 5 und 6 gehören zusammen.

Wir bitten Sie also, mit dieser unwirklichen Politik aufzuhören, die die Tatsachen verschweigen will. Der Prämienstopp bringt nichts!

Frau Heberlein: Wir haben jetzt Herrn Rychen als Sprecher der Minderheit gehört. Seine Begründung hat einmal mehr aufgezeigt, wie sinnlos diese Massnahmen sind, die wir hier beschliessen. Die einen sind gegen einen Preis- und Tarifstopp, die anderen sind gegen einen Stopp der Prämien – und alle mit derselben Begründung, nämlich der letztjährige Parlamentsbeschluss habe keine Auswirkungen auf die Kostendämpfung gehabt. Wir müssten, wenn wir glaubhaft bleiben würden, aber sämtliche Beteiligten im Gesundheitswesen mit einbeziehen.

Hier ist vielleicht der vom Ständerat jetzt verabschiedete Beschluss doch noch etwas tragbarer als der vom Bundesrat vorgeschlagene. Allerdings hat der Risikoausgleich unterschiedliche Kostenfolgen für sämtliche Krankenkassen; sie sind den Kassen noch nicht bekannt. Die Einführung der Prämienungleichheit – das sei hier klargestellt – gilt nur für die allgemein versicherten Patienten; wir legiferieren nicht über Zusatzversicherungen. Diese Prämienungleichheit hat ihre Auswirkungen auf die finanzielle Situation der Kassen. Wir beschneiden deren Finanzautonomie. Wenn es auch noch nicht ganz zu «Bundesamtsprämien» kommt, so machen wir mit unseren Beschlüssen doch wiederum einen grossen Schritt in Richtung staatliche Krankenkasse, ob wir dies wollen oder nicht: Wir setzen politische Prämien fest; wir bestimmen, wieviel der Patient bezahlen muss und welchen Anteil der Steuerzahler als Subvention übernehmen soll. Das ist ein politischer Entscheid. Die Krankenkassen aber müssen wirtschaftlich denken und entscheiden, und wir müssen die Subventionen in einem politischen Entscheid festsetzen. Auch hier machen wir wiederum einen Schritt in die falsche Richtung.

Die gezielten Beiträge des Bundes an die Prämienverbilligung für tiefere Einkommen sind der richtige Weg. Ich meine, dass auch die Kantone bald ihren Anteil an diese Prämienverbilligung werden leisten müssen.

Mit einem Prämienrückstau laufen wir einmal mehr Gefahr – davon bin ich überzeugt, Herr Bundesrat –, dass wir die KVG-Revision gefährden. In allen Bereichen schaffen wir einen Rückstau; irgendwann muss er aufgelöst werden. Wir können bei Inkraftsetzung der KVG-Revision nicht einfach hier weiterfahren, wo wir jetzt sind, sondern wir haben dannzumal einen Nachholbedarf.

Die vorgeschlagene Berechnungsart, wie sie in Artikel 6 vorgesehen ist, ist äusserst kompliziert. Auch hier werden die Kantone wiederum ganz unterschiedlich belastet. Dies sei nur am Rande vermerkt. Der Verwaltungs- und Instruktionaufwand für die Kassen trägt sicher nicht zur Eindämmung ihrer Verwaltungskosten bei. Ob wir in der Kommission mit der Einbringung des Antrages von Frau Brunner Christiane allen kantonalen Spezialitäten Rechnung getragen haben, ist auch nicht so sicher. Einmal mehr: Die Gesetzgebung in diesem Bereich ist äusserst fragwürdig und für mich unseriös. Doch wenn Sie diesen Beschluss wollen, müssten Sie konsequenterweise auch den Artikeln 5 und 6 zustimmen.

Frau Daepf: Die SVP-Fraktion bezweifelt die Griffigkeit von Artikel 5. Deshalb möchten wir unseren Kollegen recht geben. Beispiele und Resultate aus der Vergangenheit zeigen klar auf, dass eine Limitierung der Prämiensteigerung nichts bringt. Wir sehen als Massnahme einzig ein Einfrieren der Tarife. Wir sind der Meinung, dass wir nur auf diese Weise eine Kostensteigerung verhindern können. Würden die Prämien steigen, so würden mit höchster Wahrscheinlichkeit auch die Wünsche der Versicherten steigen. Ausgerechnet diese Spirale möchten wir verhindern.

Zudem stehen Krankenkassen zum Teil unmittelbar vor dem Konkurs. Zu Konkursen dürfte es aber nicht kommen; solche Situationen würden wieder auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen.

Deshalb empfiehlt Ihnen die Mehrheit der SVP-Fraktion Streichung des Artikels 5.

M. Deiss: Le groupe démocrate-chrétien vous demande de vous opposer à la minorité qui souhaite biffer cet article. Il est vrai, Monsieur Rychen, et vous le savez très bien, que les caisses sont en difficulté, mais pas toutes; elles ne sont pas non plus toutes innocentes.

La première difficulté pour les caisses – je m'écarte un peu du sujet, mais le problème est important – c'est de savoir à quoi s'en tenir. Il serait important que nous terminions les délibérations autour de cet arrêté durant cette session encore, pour que les primes 1993 et le travail des caisses pour la nouvelle année puissent être organisés. Il n'est pas soutenable de reprocher aux caisses d'être mal gérées et d'attendre chaque année le mois de décembre pour modifier ou brouiller leurs cartes. D'ailleurs, pour cette année, divers recours n'ont pas encore été traités et il serait intéressant de savoir, Monsieur le conseiller fédéral, quand les décisions seront prises sur les questions encore pendantes.

Deuxièmement, il est tout à fait nécessaire de placer, ici aussi, des incitations. La limitation des primes peut effectivement, dans une certaine mesure, inciter les caisses à intensifier les contrôles, à limiter leurs indemnisations ou à ne pas dépenser beaucoup d'argent pour recruter de nouveaux assurés. L'argument de M. Rychen se réfère au principe du tuyau: on pourrait prendre le saucisson que l'on comprime en son milieu et observer ce qui se passe. On peut prévoir le résultat! Or, la version telle qu'elle a été adoptée au Conseil des Etats place quelques soupapes qui permettent d'éviter aux caisses qui se trouveraient véritablement à court de réserves de prendre les mesures qui s'imposent. Mme Heberlein a mis en évidence la contradiction qui existe, dans la mesure où les uns ne veulent pas bloquer les tarifs des médecins et autres prestataires et les autres s'opposent à un blocage du côté des caisses. Le groupe démocrate-chrétien est cohérent sur ce point-là, puisqu'il veut les deux. Comme nous avons introduit, dans un premier temps, l'année passée, la limitation des primes, un défaut subsistait du côté des coûts pour lesquels rien n'avait été fait. Pour y remédier, vous avez décidé tout à l'heure le corollaire sur l'article premier.

Pour conclure, je souligne que les mesures proposées par la version du Conseil des Etats représentent pour les caisses un certain assouplissement par rapport à la situation actuelle. C'est pour cette raison que le groupe démocrate-chrétien vous demande de suivre la majorité de la commission.

Präsident: Die grüne Fraktion lässt mitteilen, dass sie bei Artikel 5 und 6 der Mehrheit zustimmt.

Mme Brunner Christiane: Les propositions de minorité Rychen et Bortoluzzi sont tout simplement incompréhensibles. Elles vident de toute substance la proposition du Conseil fédéral qui repose sur deux piliers fondamentaux: d'une part, un frein aux tarifs et aux prix, d'autre part, un plafonnement de l'augmentation des cotisations à l'assurance-maladie. Ces deux volets vont nécessairement de pair et on ne peut accepter de geler les tarifs et les prix, sans accepter également que les assurés en tirent le bénéfice normal au niveau du montant de leurs cotisations. Dans le cas contraire, le gel des tarifs et des prix constituerait une intervention étatique au seul profit des caisses-maladie, à l'exclusion de tout avantage pour les assurés.

Les caisses-maladie doivent, elles aussi, participer à la volonté politique de freiner les coûts de la santé et elles ne l'ont guère manifestée jusqu'à présent, cette volonté. Elles disposent pourtant de tout l'arsenal nécessaire pour prendre au sérieux le rôle qui leur est confié. Elles peuvent aborder avec détermination les négociations sur la tarification et contrôler efficacement les honoraires des médecins et le bien-fondé des traitements préconisés. Elles peuvent intervenir contre les abus des médecins ou de leurs patients et favoriser la prise en charge

de mesures préventives raisonnables ou des soins à domicile. Nous ne voulons pas mettre en péril ou en difficulté financière les caisses-maladie. Nous attendons d'elles qu'elles se sentent concernées au premier chef et qu'elles entreprennent tout ce qui est en leur pouvoir pour enrayer les coûts de la santé. Lorsque toutes ces mesures auront porté leurs fruits, les caisses ne devront plus alors entamer leurs réserves légales, elles auront tout au plus dû faire appel momentanément à leurs réserves latentes qui ont précisément été constituées pour de tels cas d'urgence.

Il en va tout autrement pour les assurés qui, eux, ne disposent pas nécessairement de réserves latentes. Dans une situation économique difficile, avec une augmentation simultanée des cotisations de l'assurance-chômage et une compensation du renchérissement plus qu'incertaine dans la plupart des secteurs, il est exclu de demander encore une fois aux assurés de passer à la caisse. Le seuil du tolérable est atteint pour les assurés car, sans le plafonnement des cotisations, celles-ci risquent de doubler d'ici à la fin de 1994. Peu importe que ce ne soit pas la mesure la plus adéquate ou qu'elle soit peu opportune. Nous devons agir car les assurés ne peuvent attendre que l'on trouve enfin un consensus politique dans notre pays en matière d'assurance-maladie. Madame Heberlein, nous ne mettons pas en péril la révision de l'assurance-maladie en adoptant ces deux propositions. Ce que vous faites, c'est à proprement parler du chantage!

Pour toutes ces raisons le groupe socialiste vous invite à rejeter les deux propositions de minorité sur les articles 5 et 6.

Frau Dormann, Berichterstatterin: Die Artikel 5 und 6 auf der Fahne entsprechen den Artikeln 2 und 3 des Entwurfes des Bundesrates. Die beiden Artikel gehören zusammen, sie bilden ein Gesamtkonzept. In Artikel 5 geht es um die Richtprämien und in Artikel 6 um die Berechnung der Höchstgrenzen. Die Frage besteht darin, ob die Krankenkassen ihre Prämien anheben dürfen oder nicht.

Die beiden Minderheitsanträge zu Artikel 5 und 6 wollen die Begrenzung der Krankenkassenprämien verhindern, wie sie der Bundesrat, der Ständerat und unsere Kommissionen mehrheitlich vorsehen. Herr Rychen macht geltend, dass der mit dem Bundesbeschluss vom Dezember 1991 verfügte Prämienstopp nichts gebracht habe. Einzig mit dem Preisstopp bei den Leistungserbringern könnten echte Sparmassnahmen erzielt werden.

In Tat und Wahrheit hat der dringliche Bundesbeschluss die Anpassung der Mitgliederbeiträge in der Krankenpflege-Grundversicherung im laufenden Jahr auf zehn Prozent beschränkt. Insgesamt kommen mindestens zwei Drittel der Versicherten in den Genuss dieser Prämienbeschränkungen. Für etwa 28 Prozent der Versicherten ist die Frage noch offen, weil drei vom EDI abgewiesene Beschwerdeführer beim Bundesrat rekuriert haben. Diese Beschwerden sind gegenwärtig noch hängig.

Im Sinne einer Opfersymmetrie halten Bundesrat und Ständerat wie auch unsere Kommission an der Begrenzung der Anpassung der Mitgliederbeiträge fest.

In Artikel 5 ist das Prinzip der sogenannten Richtprämie dargestellt. 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.

Im Gegensatz zum Bundesrat sieht der Ständerat in Artikel 5 Absatz 2 Ausnahmen zur Anhebung der Mitgliederbeiträge über den Höchstbetrag vor, wenn der gesetzlich vorgeschriebene Sicherheitsfonds und der Schwankungszuschlag einer Krankenkasse sonst unter das gesetzliche Minimum sinken würden und wenn die von diesem Bundesbeschluss nicht erfassten Versicherungsbeiträge genügend hoch sind, um jenen Versicherungszweigen die Kosten zu decken und die nötigen Reserven zu bilden.

Unsere Kommission hat in Artikel 5 Absatz 2 die Zuständigkeit für die Anpassung solcher Mitgliederbeiträge dem Departement des Innern zugewiesen statt dem Bundesamt, um damit den Instanzenweg zu regeln. Beschwerdeinstanz gegen Entschiede des Departementes bleibt somit der Bundesrat.

Die gesetzliche Minimalreserve beträgt bei einer Krankenkasse mit über 40 000 Versicherten 20 Prozent einer Jahresausgabe. Gemäss einem Bericht des Bundesamtes für Sozialversicherung über die Reserven der 14 grössten Kassen in der Schweiz vom 1. Oktober 1992 liegt die gesetzliche Minimalreserve lediglich bei einer einzigen Krankenkasse eindeutig unter der 20-Prozent-Grenze. Eine weitere Kasse unterschreitet diese Quote knapp. Im Durchschnitt dieser 14 grössten Kassen mit rund 100 000 Mitgliedern liegt die Vermögensquote Ende 1991 bei 22,2 Prozent, Ende 1990 lag dieser Wert noch bei 25,3 Prozent. Mit Artikel 5 Absatz 2, wie er vom Ständerat vorgeschlagen und von der nationalrätlichen Kommission übernommen wurde, kann durch die Anhebung der Mitgliederbeiträge sichergestellt werden, dass nicht allzu grosse Differenzen in den gesetzlich vorgeschriebenen Reserven der einzelnen Kassen entstehen – dies im Gegensatz zum Antrag des Bundesrates, der zur Stabilisierung des Preisniveaus im Bereich der Krankenversicherung eine gewisse Unterschreitung der Reserve in Kauf genommen hätte.

In Artikel 6 wird die Berechnung der Höchstprämie umschrieben. Hier heisst es, dass das Departement für jeden Kanton den Höchstbetrag für den Mitgliederbeitrag festlegt. Nachdem wir ab 1993 den Risikoausgleich unter den Kassen haben werden, ist es nicht sehr sinnvoll, dass sich dieser Höchstbetrag am Mitgliederbeitrag der einzelnen Kassen orientiert, sondern er muss sich am durchschnittlichen Mitgliederbeitrag der Grundversicherung, und zwar der untersten Erwachsenenaltersgruppe, orientieren. Zu diesem Höchstbetrag kann ein Zuschlag im Ausmass des Anstieges des Konsumentenpreisindefizes, erhöht um vier Fünftel, kommen. Weshalb vier Fünftel? Das kommt daher, dass die Kassen 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.

In Absatz 2 von Artikel 6 wird der durchschnittliche Mitgliederbeitrag errechnet, 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.

In Absatz 3 von Artikel 6 ist geregelt, dass der Höchstbetrag für die Mitgliederbeiträge der untersten Erwachsenenaltersgruppe gilt. Die Mitgliederbeiträge der anderen Versicherten dürfen nur bis zu dem Betrag erhöht werden, der sich aus dem Höchstbetrag unter Berücksichtigung der gesetzlich zulässigen Abstufungen für Kinder sowie nach dem Eintrittsalter ergibt.

Dieser Artikel tönt reichlich technisch und kompliziert. Deshalb beantragt die Minderheit Bortoluzzi die Streichung dieses Artikels 6: Der administrative Aufwand sei viel zu hoch und die Einheitsprämie dürfe nicht unser Ziel sein. Gemäss Auskunft des Bundesamtes für Sozialversicherung ist der Verwaltungsaufwand für die Berechnung der Richtprämie jedoch sehr gering. Bereits eine Woche nach der Abstimmung zu diesem Bundesbeschluss sollen die Krankenkassen die Berechnung der Richtprämien erhalten.

Unsere Kommission hat den Streichungsantrag zu Artikel 5 und 6 mit 15 zu 3 Stimmen bei 4 Enthaltungen abgewiesen. Ich empfehle Ihnen, das gleiche zu tun.

M. Philipona, rapporteur: Le souci de la minorité Rychen est la bonne santé, si l'on peut dire, des caisses-maladie. Ce souci est certes légitime. Il est vrai que, suite à notre arrêté de 1991, la situation des caisses-maladie s'est détériorée et leurs réserves ont fortement diminué, ce qui était prévisible lors de l'adoption de cet arrêté. Or, précisément, l'alinéa 2 de l'article 5 tient compte de cette situation et assure la survie de ces caisses en stipulant que le département autorise une caisse à fixer des cotisations au-dessus de la cotisation maximale, s'il est établi qu'elle en a besoin. Cet article 5 est également une nécessité pour la survie des caisses-maladie. On a adopté aujourd'hui un frein aux tarifs et aux prix; si on libère les cotisations, la hausse risque d'être très forte puisque les cais-

ses seront tentées de récupérer les fonds qui ont diminué l'année dernière. L'article 6 qui module les montants maximums selon les cantons, étant donné les grandes différences de coûts d'un canton à l'autre, est également nécessaire. C'est à une très large majorité, de 15 voix contre 3, que la commission vous invite à accepter sa proposition.

Bundesrat Cotti: Es ist die Bemerkung gefallen: Schade, dass das Parlament den letztjährigen Beschluss zeitlich auf ein Jahr beschränkt hat, sonst hätte man heute diese Diskussion im Parlament nicht.

Ich kann mir vorstellen, dass einige unter Ihnen diese Entwicklung bedauern. An und für sich hatte die zeitliche Reduktion durch Ihren Rat aber den Vorteil, dass man feststellen konnte, wo der letztjährige Beschluss nicht ganz den Erwartungen entsprochen hat. Sicher ist dabei nicht an die Versicherten zu denken. Wenn Herr Allenspach von einem «Fehlschuss» gesprochen hat, so kann man das vielleicht subjektiv so beurteilen. Die Versicherten, die bei den Krankenkassenprämien wesentliche Reduktionen erfahren haben, sind sicher nicht seiner Meinung. Hingegen stimmt es – ich teile die Auffassung von Herrn Rychen vollständig –, dass sich der letztjährige Beschluss zu sehr auf die Kassen bezogen hat. Zudem konnten die Massnahmen zur Kostendämpfung wegen der Reduktion auf ein Jahr nicht greifen. Aber so oder so haben die Kassen die Hauptlast des letztjährigen Beschlusses tragen müssen. Das ist nicht zu bestreiten.

Deshalb haben wir die Lehren daraus gezogen. Wir haben andere Artikel vorgeschlagen, und wir haben, Herr Rychen, doch eine etwas kassenfreundlichere Lösung gefunden.

Ich füge hinzu: Das Wehklagen, das man von den Kassen hört, ist aufgrund unserer Wahrnehmungen nicht überall gerechtfertigt. Man versteht, dass bei dieser Problematik alle Interessenvertreter klagen. Das ist in diesem Bereich leider so. Aber gewisse Klagen sind sicher übertrieben. Die Situation gewisser Kassen hängt nicht von den kurzfristigen Beschlüssen der letzten Jahre ab, sondern primär vom Handeln der Kassen selber. Da könnte man noch ein paar Liedlein singen. Herr Deiss hat gesagt: «Les caisses ne sont pas toutes innocentes.» Et il a certainement raison!

Aber ich möchte doch sagen: Es ist richtig, dass man das Ungleichgewicht des letzten Jahres ändert. Die Kommission hat das mit ihrem Vorschlag gemacht. Sie hat auch den Vorschlag des Bundesrates verbessert. Ausnahmen müssen zugestanden werden – es ist nicht mehr eine Kann-Formel, die hier eingesetzt worden ist –, natürlich unter den festgelegten Bedingungen. Wir können uns mit den Anträgen der Kommission durchaus einverstanden erklären. Ich glaube, eine gewisse Dämpfung der Härte gegenüber den Kassen rechtfertigt sich auf alle Fälle.

Zur Frage von Herrn Deiss, wann die drei beim Bundesrat hängigen Beschwerden definitiv entschieden werden: Ich hoffe, so schnell wie möglich. Das Departement, welches das Verfahren vorbereitet, ist in seiner Arbeit sicher schon weit fortgeschritten. Es liegt im allgemeinen Interesse, dieses Verfahren zu beschleunigen.

Art. 5

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag der Minderheit	Minderheit

Art. 6

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag der Minderheit	Minderheit

Art. 4

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 7*Antrag der Kommission**Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 2**Mehrheit*

....

f. (neu) Arzneimittel.

Minderheit(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Bortoluzzi, Daepf, Ey-
mann Christoph, Gysin, Philipona, Segmüller)

....

b bis. (neu) für teilstationäre Leistungen;

....

*Abs. 3**Mehrheit**Streichen**Minderheit*

(Allenspach, Philipona)

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag Grossenbacher**Abs. 2 Bst. g (neu)*

g. nichtärztliche Psychotherapie bei Minderjährigen.

*Antrag Hollenstein**Abs. 2 Bst. g (neu)*

g. nichtärztliche Psychotherapie.

Art. 7*Proposition de la commission**Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2**Majorité*

....

f. (nouvelle) médicaments.

Minorité(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Bortoluzzi, Daepf, Ey-
mann Christoph, Gysin, Philipona, Segmüller)

....

b bis. (nouvelle) les traitements semi-hospitaliers;

....

*Al. 3**Majorité**Biffer**Minorité*

(Allenspach, Philipona)

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition Grossenbacher**Al. 2 let. g (nouvelle)*g. la psychothérapie pratiquée sur des mineurs par des non-
médecins.*Proposition Hollenstein**Al. 2 let. g (nouvelle)*

g. la psychothérapie pratiquée par des non-médecins.

*Abs. 1 – Al. 1**Angenommen – Adopté**Abs. 2 Bst. a–f – Al. 2 let. a–f***Präsident:** Der Antrag der Minderheit Heberlein zu Absatz 2
Buchstabe b bis (neu) entfällt gemäss Abstimmung zu Arti-
kel 2a.*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*
*Adopté selon la proposition de la majorité**Abs. 2 Bst. g – Al. 2 let. g***Frau Grossenbacher:** Mit meinem Antrag will ich erreichen,
dass die nichtärztliche Psychotherapie wenigstens bei Min-
derjährigen von den Krankenkassen weiterhin als freiwillige
Leistung übernommen werden kann. Ich bin überzeugt, dass
durch Annahme dieses Antrages Kosten im Gesundheits-
wesen eingespart werden können, und zwar aus folgenden
Gründen:Es ist eine Tatsache, dass es nicht wenige Kinder gibt, die in
ihrer Entwicklung gestört sind. Es ist nicht der richtige Zeit-
punkt, zu überlegen, weshalb so viele Kinder in ihrer Entwick-
lung gestört sind. Eines steht fest: Die Kinder selber trifft keine
Schuld, sie brauchen aber dringend Hilfe, und zwar je früher,
desto besser. Bei Kindern ist es möglich, Fehlentwicklungen,
wenn sie früh genug behandelt werden, aufzufangen und zu
heilen. Eine erfolgreiche Therapie kann bewirken, dass aus
sogenannt schwierigen Kindern Jugendliche werden, die auf
eigenen Füßen stehen und den schwierigen Situationen des
Lebens entgegentreten können.Störungen bei Kindern drücken sich oft auch durch körperliche
Leiden aus: Bauchweh, Migräne, Asthma, Essstörungen
usw. Bei Nichtbehandlung oder wenn die Störungen nur medi-
kamentös angegangen werden, können schwerste, irrepara-
ble Schäden auftreten, wie lebenslange Fixierung der ge-
nannten Leiden, Magersucht und vieles mehr. Aus diesen Kin-
dern werden Erwachsene, die ein Leben lang mit schlechten
Voraussetzungen gegen das Leben kämpfen müssen, statt ihr
Leben leben zu können.Treten bei Kindern Störungen im psychosozialen Bereich we-
gen Vernachlässigung, Verwahrlosung oder Ueberbehütung
auf, so sind auch da Behandlungen nötig, je früher, desto bes-
ser, und zwar unter Einbezug der Eltern. Bei Nichtbehandlung
oder bei einer Behandlung nach der Pubertät sind die Folgen
der mangelnden sozialen Integration verheerend und äussern
sich in beruflichen Schwierigkeiten, dem Griff nach den Dro-
gen oder anderen Süchten und dem Abstieg in die Kriminalität.
Die Kosten für den Staat steigen ins Unermessliche, vom
Leid der Betroffenen und ihrer Angehörigen nicht zu reden.Alle diese erwähnten Fälle könnten selbstverständlich von
Psychiatern behandelt werden. Diese Behandlungen würden
von den Krankenkassen selbstverständlich übernommen.
Diese Lösung wäre erstens viel teurer, weil die Stundenan-
sätze der Psychiater viel höher liegen als die der nichtärztlichen
Psychotherapeuten. Zweitens vermag eine nichtärztliche
Psychotherapie in den meisten Fällen zu genügen und
kann sogar angemessener sein, weil für die Kinder und deren
Eltern die Schwellenangst vor nichtärztlichen Therapeuten
kleiner ist und die Psychotherapeuten ihrerseits grosses Ge-
wicht auf eine Zusammenarbeit mit Eltern und Lehrern legen.
Deshalb bitte ich Sie, meinem Antrag, der von der Mehrheit der
CVP-Fraktion unterstützt wird, zuzustimmen. Er beinhaltet nur
die nichtärztliche Therapie für Minderjährige, strapaziert die
Krankenkassen also viel weniger als der Antrag von Frau Hol-
lenstein, der die Beiträge für die nichtärztliche Psychotherapie
für alle Altersgruppen will. Kinder gehören zu den schwäch-
sten Mitgliedern unserer Gesellschaft. Sie können sich ihre
Hilfe nicht holen, denn sie haben kein Einkommen. Wir schul-
den ihnen Hilfe und Unterstützung; nur so werden sie fähig
sein, in dieser Zeit zu leben und zu überleben.**Frau Hollenstein:** Mein Antrag strapaziert die Krankenkassen
nicht, wie eben gesagt wurde, sondern er ist eine Ausweitung
der Begründung von Frau Grossenbacher. Unter dem Strich
ist mein Antrag billiger.Mit meinem Antrag möchte ich erreichen, dass die Kranken-
kassen die Leistungen von psychologisch ausgebildeten Psy-
chologinnen und Psychologen weiterhin übernehmen dürfen;
es geht also nicht – und das ist wichtig – um eine Verpflich-
tung. Mein Antrag unterscheidet sich von jenem von Frau
Grossenbacher: Ich möchte die Grundlage dafür schaffen,
dass die Krankenkassen nicht nur bei Minderjährigen Kosten
übernehmen können, sondern dass sie die Kosten von psy-
chotherapeutischen Behandlungen durch psychologisch
ausgebildetes Psychotherapiepersonal bezahlen dürfen.

Diese Möglichkeit soll mit meinem Antrag nicht nur für Minderjährige beibehalten werden. Eine Altersgrenze zu ziehen finde ich nicht sinnvoll, ist es doch für wohlhabende Familien eher möglich, eine Psychotherapie beim Psychiater zu bezahlen als für manche finanziell schlechtergestellte Familien.

Dass es sinnvoll ist, auch für die nichtärztliche Psychotherapie in Artikel 7 eine Ausnahme zu verankern, hat folgende Gründe:

1. Dank der bisherigen Kostenregelung vieler Krankenkassen war es einem grossen Teil der Bevölkerung möglich, sich psychotherapeutisch behandeln zu lassen. Da diese Leistungen bei nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten viel kostengünstiger sind als die Behandlung bei ärztlichen Psychotherapeuten, bedeuten diese Behandlungen für die Krankenkassen keine Mehrkosten. Im Gegenteil, die so ermöglichte Psychotherapie kann schlimmere Erkrankungen seelischer oder körperlicher Art oft verhindern. Eine Behandlungsstunde kostet beim Psychiater rund 150 Franken; der Stundenansatz für eine nichtärztliche, meist ebenso fachkompetente Behandlung liegt bei 100 bis 120 Franken; bei letzteren sind die Kassenleistungen verschieden.

2. Nichtärztliche Psychotherapeuten sind laut Bundesgerichtsentscheid berechtigt, selbständig seelisch Kranke zu behandeln. Psychotherapie ist wissenschaftlich gesichert. Psychotherapeut ist ein eigenständiger Berufsstand, der in den meisten Kantonen gesetzlich geschützt ist. Nur eine gründliche, genau definierte Ausbildung berechtigt zur Ausübung dieses Berufes. Die nichtärztliche Psychotherapie ist längst zu einem unverzichtbaren Bestandteil der landesweiten Versorgung für psychisch Kranke geworden. Eine Zurücknahme der Krankenkassenbeiträge wäre ein nicht korrigierbarer Rückschlag. Ausserdem würde einem Grossteil der Psychotherapeuten der Boden ihrer beruflichen Existenz entzogen.

Aufgrund der genannten Tatsachen ist es ökonomischer, die nichtärztliche Psychotherapie durch die Krankenkasse zu finanzieren, bzw. die Voraussetzungen dazu zu schaffen. Darauf lege ich hier Wert.

In Artikel 7 Absatz 2 heisst es: «Sie (die Kassen) dürfen ihre Leistungen erweitern.» Geben wir den Krankenkassen heute diese Möglichkeit nicht, so werden all jene Menschen, die eine Psychotherapie nicht selber finanzieren können, ihre Therapie bei einer ärztlichen Therapiestelle weiterführen. Diese muss dann von der Krankenkasse bezahlt werden. Unter dem Strich ist dies wegen der höheren Stundenansätze teurer. Auch wenn eine Psychotherapie überhaupt nicht mehr stattfinden kann, ist es teurer, weil eine schlimmere Erkrankung die Folge sein kann.

Wenn Sie meinen Antrag annehmen, führen wir nichts Neues ein, sondern wir behalten eine finanziell günstigere Möglichkeit offen, die sich bis anhin durchaus bewährt hat.

Ich bitte Sie um Unterstützung.

Frau Hafner Ursula: Ich möchte inhaltlich nichts von dem streiten, was meine beiden Vorrednerinnen gesagt haben. Den Antrag Grossenbacher hält die SP-Fraktion jedoch für unnötig, weil die Kosten für die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen in der Regel abgedeckt sind, und zwar aufgrund der schulärztlichen oder schulpyschologischen Dienste, unter Umständen auch durch Anordnungen der Vormundschaftsbehörde.

Mehr Berechtigung hat in unseren Augen der Antrag Hollenstein. Wenn wir jetzt darauf verzichten möchten, die nichtärztliche Psychotherapie in Artikel 7 aufzunehmen, so nur deshalb, weil unser Hauptanliegen darin besteht, diesen Bundesbeschluss innert nützlicher Frist über die Bühne zu bringen. Das Anliegen von Frau Hollenstein muss aber sorgfältig geprüft werden, wenn es um die Revision des Krankenversicherungsgesetzes geht.

M. Deiss: A l'article 7, le groupe démocrate-chrétien accepte, de manière générale, de suivre la majorité de la commission et, ainsi, de transférer une partie des charges supplémentaires sur les assurés et les patients. D'une part, cette disposition lui semble supportable, mais surtout elle permet en quelque sorte de faire d'une pierre deux coups en déployant ses effets

en faveur à la fois des patients et des caisses, qui seraient alors soumises à une réglementation grâce à laquelle la concurrence pourra mieux jouer.

Il ne faudrait donc pas «trouver» cette disposition de trop nombreuses exceptions. Celles qui nous sont proposées par la majorité de la commission, ainsi que celles qui émanent de Mme Grossenbacher, représentante du groupe PDC, nous semblent raisonnables. Je me limiterai donc ici à la question de la psychothérapie prodiguée aux mineurs. Contrairement à ce que pense Mme Hafner Ursula, cette mesure ne serait pas superfétatoire puisque, vraisemblablement, ce n'est qu'au niveau de la scolarité obligatoire que ces prises en charge seraient assurées. Il n'en ira probablement pas de même au-delà de la scolarité obligatoire, et l'article qui vous est proposé est destiné aux mineurs en général.

C'est la raison pour laquelle je vous demande, au nom du groupe démocrate-chrétien, de ne pas aller trop loin comme le propose Mme Hollenstein, mais de tenir compte des besoins des mineurs et, évidemment, de leurs familles.

Frau Grendelmeier: Ich bitte Sie, den Antrag Hollenstein zu unterstützen. Der Antrag von Frau Grossenbacher geht in dieselbe Richtung, nur sehe ich nicht ein, warum man ihn auf die Minderjährigen beschränken soll. Wenn jemand krank ist, ist er es, ob er nun älter oder jünger als zwanzig ist.

Worum geht es? Ich fürchte, der Unterschied zwischen einem Psychiater und einem Psychotherapeuten psychologischer Provenienz ist zuwenig bekannt. Der Psychiater ist ein Arzt; er hat sein Staatsexamen gemacht und spezialisiert sich hinterher in Psychiatrie. Er erwirbt sich den Spezialarztstitel FMH an einer Klinik; er ist fähig, alle Arten von Geisteskrankheiten und anderen psychischen Störungen zu behandeln, und er darf zum Beispiel Medikamente abgeben. Er ist aber nicht per se in Psychotherapie ausgebildet; das sind nichtmedikamentöse, nichtapparative Behandlungsformen – meist auf Gesprächsbasis. Der Psychologe hingegen hat an der philosophisch-historischen Fakultät Psychologie studiert und hat sich z. B. in Psychotherapie spezialisiert. Für eine Gesprächstherapie ist im allgemeinen der Psychotherapeut nichtmedizinischer Provenienz besser ausgebildet. Der Psychiater kann nach seinem FMH noch eine zusätzliche Ausbildung in Psychotherapie machen, aber er darf auch ohne Spezialausbildung therapieren – ein Arzt darf im Prinzip alles. Der Arzt ist ja auch der einzige Mensch, der legaliter einem anderen eine Verletzung beibringen darf. Also darf er auch therapieren, ohne ausgesprochen für Psychotherapie ausgebildet zu sein. Deshalb ist es eine Ungleichbehandlung dieser beiden Berufsgattungen, die sich durch die Ausbildung unterscheiden – eine für mich störende Diskriminierung der nichtärztlichen Psychotherapeuten, die dafür ausgebildet sind.

Sie werden nun sagen, die Begriffe Psychotherapeut und Psychologe seien nicht geschützt. Jedermann kann sich eine Messingtafel an die Türe nageln und sich Psychologe schimpfen; das ist richtig. Die Krankenkassen hätten aber hier die Möglichkeit, nur Hochschul- und Institutsabsolventen mit anerkanntem Examen zu berücksichtigen. Sie könnten dadurch das therapeutische Angebot erweitern und damit unter Umständen Hospitalisierungen verhindern; zudem könnten sie die Versicherten günstiger behandeln lassen als bei den Psychiatern, die nach ihren Tarifen behandeln.

Ich bitte Sie also, diesen Zusatz und vor allem den Antrag Hollenstein zu unterstützen. Damit wird nichts grundsätzlich Neues via Bundesbeschluss eingeführt, wie Sie dies beispielsweise bei der Teilhospitalisierung getan hätten. Wenn Sie dies nicht tun wollen, bitte ich Sie, mindestens den Antrag Grossenbacher zu unterstützen.

Präsident: Die grüne Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag Hollenstein unterstützt.

Frau Dormann, Berichterstatterin: Die beiden Anträge Hollenstein und Grossenbacher wurden in der Kommission nicht speziell diskutiert. Ich kann Ihnen lediglich sagen, dass die Kommission in einer ersten Abstimmung den ganzen Artikel 7 mit einem Stimmenverhältnis von 10 zu 7 bei 2 Enthaltungen

streichen wollte, dass sie also keine Einschränkung der Leistungen der Krankenkassen wollte.

Ich muss es Ihnen überlassen, ob Sie einem oder beiden Anträgen zustimmen wollen. Persönlich werde ich den Antrag unterstützen, dass die Krankenkassen freiwillige Leistungen an Psychotherapien ausrichten können.

M. Philipona, rapporteur: La commission n'a pas pu examiner ces deux propositions individuelles, je ne parlerai donc pas du fond du problème. Par contre, on peut se demander s'il est juste, dans cet arrêté, d'élargir les prestations assurées alors qu'on lutte contre les coûts. Tout à l'heure, nous avons décidé de renoncer au terme de semi-hospitalisation et à la taxe d'hospitalisation parce que c'était typiquement des problèmes à traiter lors de l'élaboration de la nouvelle loi. Il me semble qu'une telle proposition devrait également être traitée avec la nouvelle loi.

Bundesrat Cotti: Ich möchte generell zu Artikel 7 sprechen, welcher von der Kommission und nicht auf Vorschlag des Bundesrates eingeführt worden ist. Wie Herr Deiss mit Recht unterstrichen hat, bringt Artikel 7 Absatz 1 eine zusätzliche Verlagerung gewisser Kosten auf die Patienten. Nachdem jetzt der Nationalrat doch in die richtige Richtung gegangen ist, wäre der Bundesrat bereit, sich mit den Vorschlägen der Kommission einverstanden zu erklären. Wir würden also diese in Artikel 7 vorgesehene Verlagerung annehmen.

Bei den beiden Einzelanträgen zu Absatz 2, die partikulärer Art sind, möchte ich den Entscheid dem Parlament überlassen. Persönlich bin ich der Auffassung, dass diese Einzelthematik von verschiedenen anderen Elementen und Vorschlägen begleitet werden könnte. Ich fordere Sie immer noch dazu auf, diesen dringlichen Bundesbeschluss so einfach wie möglich zu gestalten und ihn so wenig wie möglich zu beladen.

Abstimmung – Vote

Eventuell – A titre préliminaire

Für den Antrag Grossenbacher	42 Stimmen
Für den Antrag Hollenstein	36 Stimmen

Definitiv – Définitivement

Für den Antrag Grossenbacher	47 Stimmen
Dagegen	61 Stimmen

Abs. 3 – Al. 3

Allenspach, Sprecher der Minderheit: Ich komme auf den Charakter von Artikel 7 zurück. In Artikel 7 wird klar gesagt, dass die Kassen bestimmte Pflichtleistungen zu übernehmen hätten. Im Bereich der Arzneimittel bestehen genaue Arzneimittellisten; die Krankenkassen sind verpflichtet, die darin aufgeführten Medikamente zu bezahlen. Es hat sich aber immer mehr eingebürgert, dass die Kassen aus Konkurrenzgründen auch zusätzliche Leistungen in die Pflichtversicherung übernommen haben. Insbesondere im Heilmittelsektor bezahlen sie unter dem Titel «Pflichtversicherungen» auch Heil- und Arzneimittel, die nicht auf der Liste der Arzneimittel stehen, die zu bezahlen die Kassen verpflichtet wären. Das ist unter anderem mit ein Grund für die Zunahme der Krankenkassenprämien; auf diese Weise sind nämlich die Leistungen ständig ausgebaut worden.

Dabei ist zu betonen, dass die eigentliche Pflichtversicherung nicht einfach nur eine rudimentäre medizinische Versorgung sicherstellt. Die Pflichtversicherung stellt eine gute medizinische Versorgung sicher. Die Arzneimittelliste wird auch laufend angepasst. Es ist nach der Schaffung von Lehrstühlen für Komplementär- oder Alternativmedizin nur noch eine Frage der Zeit – vielleicht nur von Monaten –, bis zusätzliche alternativ- oder komplementärmedizinische Heilmittel, deren Heilerfolge wissenschaftlich nachgewiesen sind, in die Spezialitätenliste der Krankenkassen-Pflichtleistungen aufgenommen werden.

Absatz 3 hält nun klar fest, dass die Kassen nur die in der Spezialitätenliste enthaltenen Heilmittel in der Grundversicherung

zu bezahlen haben. Diese Mittel genügen für die medizinische Grundversorgung durchaus. Sollten andere Heilmittel verschrieben werden, können diese von einer freiwilligen Zusatzversicherung übernommen werden. Damit wird auch klargestellt, dass jener, der eine De-Luxe-Versorgung will, dafür auch etwas mehr zu bezahlen hat. Gleichzeitig würden wir den Ärzten damit ein Zeichen setzen. Sie wissen dann, dass sie nicht irgendwelche Heilmittel verschreiben dürfen, ohne Widerstand hervorzurufen, sondern sich an die kassenpflichtigen Spezialitätenlisten zu halten haben. Das wäre ein echter Beitrag zur Kostendämpfung.

Artikel 7 Absatz 3 ist überhaupt eine der wenigen Bestimmungen, die eine echte Kostendämpfung anstreben. Amputieren wir alle echt kostendämpfenden Artikel, so müssten wir gelegentlich den Titel des Bundesbeschlusses ändern. Heute heisst er «Massnahmen gegen die Kostensteigerung». Wenn wir alle Artikel streichen, die zu einer Einsparung führen, so müsste er zutreffender «Massnahmen zum Kostenrückstau im Gesundheitswesen» heissen. Ich bin nicht so sicher, ob die Versicherten dann, wenn die aufgestauten Kosten zur Bezahlung fällig werden, so glücklich sind und diesen Bundesbeschluss als einen guten Entscheid loben werden.

Ich unterstreiche, dass das Krankenkassenkonkordat nicht gegen die Reduktion der Grundversicherung auf das wirklich Notwendige opponiert. Es hat nämlich an der letzten Delegiertenversammlung im Juni einen Beschluss gefasst, der genau in diese Richtung zielt, und dieser wurde Ihnen in den letzten Informationen des Konkordates auch schriftlich unterbreitet.

Ich unterstreiche des weiteren, dass der Ständerat diesem Absatz mit 32 zu 4 Stimmen zugestimmt hat. Es ist also nicht eine prekäre Mehrheit im Ständerat, sondern es ist eine Mehrheit, die wir wohl auch im Nationalrat beachten müssen.

Die Kommissionsminderheit beantragt, dieser wirklich überzeugenden Mehrheit im Ständerat zuzustimmen. Sie beschliessen damit eine Massnahme, die in der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes ohnehin vorgesehen ist.

Ich teile im übrigen mit, dass die freisinnig-demokratische Fraktion diesem Minderheitsantrag und dem Antrag des Ständerates zustimmt. Ich bitte Sie, das gleiche zu tun.

Hafner Rudolf: Der Minderheitsantrag Allenspach ist durchaus gut gemeint. Allerdings wissen alle, die einmal Naturheilmittel beansprucht haben, dass deren Preise bedeutend günstiger sind als jene rein schulmedizinischer Präparate. Deshalb ist sein Vorschlag keine Sparmassnahme, sondern eher eine Kostensteigerungsmassnahme. Es mag verschiedenen Firmen durchaus dienen, wenn die Kosten gesteigert werden. Genau das Gegenteil dessen, was Herr Allenspach gesagt hat, ist wahr: Das Bundesamt für Sozialversicherung hat Kenntnis von einer Studie an der Universität Stuttgart, die klar belegt, dass natürliche Therapien kostengünstiger sind.

Die grüne Fraktion stimmt darum dem Antrag der Mehrheit zu. Sie haben vorhin ohne Diskussion dem Buchstaben f beim vorhergehenden Absatz zugestimmt. Herr Allenspach hätte, um es formal richtig zu machen, schon vorhin Antrag stellen müssen.

Zusammengefasst: Herr Allenspach hat Aussagen des Krankenkassenkonkordates erwähnt. Viele Kassen haben natürliche Heilmittel schon in der Vergangenheit bezahlt, weil ein Grossteil der Versicherten dies ausdrücklich wünschte. Es gab eine repräsentative Umfrage der Infosuisse im letzten Jahr, gemäss welcher 83 Prozent der Befragten diese Heilmittel wünschten. 78 Prozent haben ausdrücklich erklärt, dass sie darin eine Kostenersparnis sähen. Auch das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen hat in einer Pressemitteilung vom Dezember 1991 bestätigt, dass diese Therapien und Heilmittel Kostenersparnisse bewirken.

Die entsprechenden Organisationen haben auch erklärt, dass ihnen dieser Punkt des Bundesbeschlusses sehr wichtig ist; darum bitte ich Sie, den Minderheitsantrag Allenspach abzulehnen.

Frau Gonseth: Die sogenannte Alternativmedizin geht von einem ganzheitlichen Menschenbild aus, im Gegensatz etwa zur konventionellen Medizin, die immer mehr spezialisiert ist.

Was Herr Allenspach fordert, die sogenannte wissenschaftliche Nachweismethode zum Beweis der Wirksamkeit dieser Medikamente, das gibt es bei der ganzheitlichen Medizin nicht, weil sie auch einen ganz anderen Ansatz hat als die Naturwissenschaft. Es ist auch eine geisteswissenschaftliche Haltung dahinter. Aber trotzdem ist es unbestritten, Herr Allenspach, dass diese Medikamente wirken.

Meine Erfahrung in meiner Praxis ist die – obwohl ich nicht Alternativmedizinerin bin; ich mache klassische Medizin –, dass sehr viele Leute heute aus Verunsicherung zum Arzt kommen und erwarten, dass er ihnen ein Medikament gibt. Wenn sehr viele Leute alternative, homöopathische Medikamente möchten, finde ich es richtig, dass man ihnen statt teurerer Mittel diese Medikamente gibt, die nachweislich günstiger sind und die Eigenkräfte der Patienten zur Heilung ihres Leidens fördern.

Ich möchte Sie deshalb wirklich bitten, in Artikel 7 den Absatz 3 zu streichen, wie es auch die Mehrheit will.

Präsident: Die CVP-Fraktion teilt mit, dass sie die Kommissionmehrheit unterstützt.

Frau **Dormann**, Berichterstatterin: Wir haben eben in Artikel 7 in den Absätzen 1 und 2 die Krankenkassen verpflichtet, während der zweijährigen Uebergangsfrist in der Grundversicherung nur noch die gesetzlich geregelten Pflichtleistungen zu übernehmen.

Die Kommission hat mit 18 zu 4 Stimmen den Absatz 3 von Artikel 7 gestrichen. Gründe:

1. Die Kommission wollte in ihrer Mehrheit dadurch grundsätzlich alle Heilmittel in der Grundversicherung belassen, auch jene, die nicht auf der Arzneimittel- oder Spezialitätenliste figurieren. Die Kommissionsmehrheit war überzeugt, dass man mit einem solchen Eingriff als Gesetzgeber in die ärztliche Kunst eingreifen würde. Was soll ein Arzt tun, wenn das nach seiner fachlichen Meinung richtige Medikament zu jenen gehört, welche nicht auf der Arzneimittelliste enthalten sind? Soll er dann ein falsches Medikament wählen, welches auf der Liste ist? Oder soll er dem Patienten sagen, dass er es selbst bezahlen müsse?

2. Zu den nicht in der Spezialitätenliste aufgeführten Medikamenten gehören zu einem wesentlichen Teil die Naturheilmittel. Durch die Beschränkung der Grundversicherung auf die in der Spezialitätenliste aufgeführten Medikamente würde die Gefahr bestehen, dass Naturheilmittel oder homöopathische Mittel durch schulmedizinische Pharmaka ersetzt würden. Das wäre aus gesundheitspolitischer und sparpolitischer Sicht nicht wünschenswert. Mit der homöopathischen Behandlung ist nicht die Quacksalberei gemeint, sondern die Naturheilmittel, welche durch Fachärzte geleitet wird.

3. Die Krankenkassen selbst stellen fest, dass die meisten naturheilkundlichen Diagnose- und Therapieverfahren weit kostengünstiger sind als die schulmedizinischen Verfahren. Sie machen die Feststellung, dass optimale Heilerfolge nur zu erzielen sind, wenn sowohl die Schulmedizin als auch die Alternativmedizin nebeneinander und einander ergänzend zur Anwendung kommen können.

Da die meisten Versicherten nur für Grundleistungen der Krankenkasse versichert sind, dürfen nach Meinung der Kommissionmehrheit keine Medikamente aus den Pflichtleistungen der Krankenkassen gestrichen werden. Wenn Sie Artikel 7 Absatz 3 aufrechterhalten, laufen Sie damit Gefahr, eine Zweiklassenmedizin einzuführen, und die Konsequenzen für die Alternativmedizin sind nicht abschätzbar. Zudem würde dem Arzt der Behandlungsspielraum eingeschränkt.

Ich bitte Sie namens der grossen Mehrheit der Kommission, den Minderheitsantrag Allenspach abzulehnen und Absatz 3 zu streichen.

Frau **Hafner Ursula**: Auch der SP-Fraktion liegt viel daran, dass wir den Absatz 3 von Artikel 7 streichen. Er geht in die falsche Richtung. Er begünstigt die falschen Leute, und er trifft die falschen Leute. Er begünstigt die Vertreter der Schulmedizin und bestraft die Patientinnen und Patienten, welche bei sanfteren Methoden Zuflucht suchen. Es geht uns nicht um

eine De-luxe-Versorgung, wie Herr Allenspach meint, sondern um alternative Methoden.

Sie haben es gehört: Wir sollten mit diesem dringlichen Bundesbeschluss kein falsches Signal setzen. Wir sollten auch den Zweck dieses Bundesbeschlusses nicht verfehlen. Das täten wir aber mit diesem Absatz 3, und zwar aus zwei Gründen: 1. Die Kosten oder die Prämien für die Versicherten, die homöopathische oder Naturheilmittel vorziehen, würden weiter in die Höhe getrieben, wenn wir sie dazu zwingen würden, entweder ihre Heilmittel selber zu bezahlen oder eine Zusatzversicherung abzuschliessen.

2. Die Bestimmung in Absatz 2 ist nicht als Massnahme gegen die Mengenausweitung geeignet. Sie wird nämlich einen Teil der Versicherten dazu bringen, auf die gängigen Medikamente umzusteigen. Sie haben schon gehört, dass diese in der Regel teurer sind.

Ich denke, wir sollten es den Krankenkassen überlassen, welche Arzneimittel sie übernehmen wollen. Wir sollten sie sogar dazu anhalten, kostengünstigeren Behandlungsmethoden und Medikamenten nachzuspüren und sie aktiv zu fördern. Die Krankenkassen haben Vergleichsmöglichkeiten. Sie müssten aufklären, informieren, wenn nötig sogar Druck ausüben. In der «Pharma Information» vom Juni 1992 steht, der Zuwachs der gesamten Medikamentenverkäufe habe zwischen 1980 und 1991 81,5 Prozent betragen. Das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Preissteigerungsrate von 7,4 Prozent. Ein Teil dieses Zuwachses wird in derselben Broschüre mit einer Verschiebung des ärztlichen Verschreibungsverhaltens in Richtung auf anspruchsvollere und damit zumeist auch teurere Präparate erklärt. Dieser Tendenz müssten die Krankenkassen entgegenwirken.

Ein weiteres Mittel gegen die Mengenausweitung wäre eine Verminderung der Abhängigkeit von den Aerzten. Was spricht eigentlich dagegen, dass wir unserer Bevölkerung so viel Mündigkeit zutrauen, wie zum Beispiel der Bevölkerung Italiens zugetraut wird? Warum können wir sie nicht in höherem Masse selber darüber entscheiden lassen, welche Arzneimittel sie in der Apotheke kaufen will? Beschränken wir die Rezeptpflicht auf das ärztlich Notwendige! Schicken wir die Leute nicht unnötigerweise in die Wartezimmer der Aerzte! Oft wissen sie selber, was sie brauchen, oder es genügt, wenn sie sich von den Fachleuten in der Apotheke beraten lassen. Durch die Selbstmedikation könnte mancher Arztbesuch eingespart werden, und das wäre ein echter Beitrag zur Kostendämpfung.

Die Begünstigung der schulmedizinischen Arzneimittel auf Kosten der komplementärmedizinischen ist hingegen kein tauglicher Beitrag. Ich verstehe schon, dass uns die Pharma-Industrie in einem Schreiben die ständerätliche Lösung empfiehlt – sie bekäme damit einen Wettbewerbsvorteil. Aber dieser Bundesbeschluss darf nicht dazu herhalten, der Schulmedizin einen möglichst grossen Anteil am Arzneimittelkuchen zu sichern und die Patientinnen und Patienten für die sanfteren Heilmittel selber bezahlen zu lassen. So würde indirekt das Geld aus der Tasche der Patienten in die Tasche der Pharma-Industrie geleitet, und das ist nicht der Zweck der Uebung.

Ich bitte Sie deshalb, von der untauglichen und ungerechten Massnahme, die Herr Allenspach verteidigt, Abstand zu nehmen und der Kommissionmehrheit zuzustimmen.

M. Philipona, rapporteur: Je précise que la lettre f de l'alinéa 2 doit remplacer l'alinéa 3, si vous adoptez la proposition de la majorité de la commission, c'est-à-dire en biffant l'alinéa 3.

Je vous demande au nom de la majorité de la commission de biffer l'alinéa 3, la lettre f sera alors, de fait, adoptée.

Bundesrat Cotti: Der Bundesrat bittet Sie, dem Antrag der Mehrheit der Kommission zu folgen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit

78 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit

39 Stimmen

Art. 8*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 8a (neu)*Antrag der Kommission**Mehrheit*

Ablehnung des Antrages der Minderheit

Minderheit

(Bortoluzzi, Daepf, Jäggi Paul)

Titel

Kontrolle

Wortlaut

Das Departement lässt verwaltungsunabhängig Abklärungen über die ökonomische Arbeitsweise der Leistungserbringer durchführen. Krankenkassen und Patientenorganisationen sind einzubeziehen. Die Resultate sind öffentlich bekanntzugeben.

Art. 8a (nouveau)*Proposition de la commission**Majorité*

Rejeter la proposition de la minorité

Minorité

(Bortoluzzi, Daepf, Jäggi Paul)

Titre

Contrôle

Texte

Le département fait procéder, de manière indépendante de l'administration, à des évaluations du caractère économique des méthodes de travail des fournisseurs de prestations. Les caisses-maladie et les organisations de patients y sont associées. Les résultats sont rendus publics.

Bortoluzzi, Sprecher der Minderheit: Ich habe manchmal den Eindruck, dass unser Gesundheitswesen von einem geschlossenen Interessenkreis gebildet wird, der eine gewisse Eigendynamik entwickelt hat, die in den vergangenen Jahren ausser Kontrolle geraten ist. Niemand von den direkt Beteiligten ist allzusehr daran interessiert, etwas gegen eine unwirtschaftliche Entwicklung zu unternehmen. Auch dieser Beschluss versucht nicht, aus diesem Interessenkreis ein Stück herauszubringen.

Wir haben ein gutes Gesundheitswesen, und es geht ja niemals darum, dieses schlecht oder auch nur weniger gut zu machen. Anzustreben ist ein wirtschaftliches Optimieren, und das – glaube ich – ist ohne Qualitätsverlust möglich. Hier liegen die Sparmöglichkeiten, die wirklich kostendämpfenden Massnahmen.

In dieser Richtung zielt denn auch mein Minderheitsantrag. Es soll eine Erfolgskontrolle auf ökonomisch-medizinischer Ebene möglich sein. In meinem Betrieb ist das sehr einfach. Mein Zahltag (gleich Geschäftsergebnis) gibt darüber Auskunft. Teilweise wäre dies auch im Gesundheitswesen möglich; aber das vertagen wir auf die Gesetzesrevision.

Weil heute das Marktelement völlig fehlt, versuche ich mit meinem Minderheitsantrag, den fehlenden natürlichen Marktdruck durch einen gewissen Öffentlichkeitsdruck zu ersetzen, immer mit dem Ziel, eine unnötige Uebersorgung zu bekämpfen. Es ist meines Erachtens ein neues, sehr einfach zu handhabendes Element. Statistische Vergleiche ergeben heute im stationären wie im ambulanten Bereich unerklärliche Unterschiede. Durch eine Kontrolle, deren Ergebnisse öffentlich bekanntgemacht werden, wird doch wohl auf die Leistungserbringer auch ein gewisser Leistungsdruck entstehen, ein Leistungsdruck insofern, als es zu unnötiger medizinischer Uebersorgung gar nicht mehr kommen soll. Es ist mir klar, dass eine solche Kontrolle nur stichprobenartig und nicht etwa flächendeckend erfolgen kann. Aber immerhin kann damit

eine gewisse Vorsicht und freiwillige Ueberprüfung der Arbeitsweise von seiten der Leistungserbringer erreicht werden. Ich bitte Sie, meinem Minderheitsantrag zuzustimmen.

Frau Gonthier: Die grüne Fraktion stimmt dem Antrag der Kommissionsminderheit zu. Es ist in der Tat so, dass Wirtschaftlichkeitsstudien im Gesundheitswesen nur lückenhaft vorhanden sind. Bei der Füllung dieser Lücken ist es wichtig, dass besonders auch Patientenorganisationen einbezogen werden. Wenn die Gesundheitspolitik grösstenteils von den kapitalkräftigen Leistungserbringern gemacht wird, so dürfen wir über die bisherige Entwicklung nicht erstaunt sein.

Relativ wenige Beteiligte nehmen die Resultate von repräsentativen Umfragen zur Kenntnis. Oder wissen Sie zum Beispiel, dass 78 Prozent der Leute, die im Rahmen einer Info-suisse-Studie befragt worden sind, der Meinung sind, die Alternativmedizin solle gefördert werden, weil sie ganzheitlicher und kostengünstiger sei? Doch diese Umfragen werden nicht zur Kenntnis genommen, und deshalb müssen endlich Studien gemacht werden, bei denen alle Beteiligten einbezogen werden.

Wir unterstützen deshalb den Minderheitsantrag Bortoluzzi.

Frau Daepf: Die SVP-Fraktion ist bereit, diesen Minderheitsantrag zu unterstützen. Wir sind uns einig, dass wir alles daran setzen müssen, unsere Kosten senken zu können. Deshalb stimmen wir dem Minderheitsantrag Bortoluzzi zu, welcher über die ökonomische Arbeitsweise aller Betroffenen Aufschluss geben würde. Da die Resultate veröffentlicht werden, gewinnt der Antrag an Gewicht. Eine Aufklärungskampagne im Kanton Tessin zeigte, dass bis zu 25 Prozent an Gesundheitskosten eingespart werden können. Da wir damit rechnen, dass wir in zirka zwei Jahren über eine Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes befinden werden, wäre die Zeit günstig, den Versuch zu wagen und etwas Neues auszuprobieren.

Die SVP-Fraktion bittet Sie, den Minderheitsantrag zu unterstützen.

Präsident: Die FDP-Fraktion lässt mitteilen, dass sie den Antrag der Kommissionsminderheit ablehnt.

Sieber: Die LdU/EVP-Fraktion unterstützt den Minderheitsantrag.

Mit breiten Worten haben wir Kostenmassnahmen diskutiert und beschlossen. Wir haben generelle Lösungen getroffen, sozusagen Massnahmen im Giesskannensystem verordnet, unabhängig davon, ob der einzelne Arzt kostenbewusst oder übermässig behandelt, ob die einzelnen Spitäler effizient oder kostenintensiv therapieren. Diese Vorwürfe können kommen. Aber wir haben noch zuwenig Instrumente, um die Kosten gezielt zu überprüfen. Bis zur KVG-Revision sollen wir aber Hinweise haben, wo mit Kostendämpfungsmassnahmen auch wirklich wirksamere und wirtschaftlichere Medizin herbeigeführt werden kann.

Viele der Massnahmen, die wir heute beschlossen haben, könnten Aerzte veranlassen, mehr Leistungen zu erbringen. Eine Uebersorgung der Bevölkerung ist aber nicht nur kostensteigernd, sondern für die Patienten unangenehm oder sogar gefährlich. Auch hier sind es wieder die Rentner und die Hochbetagten, welche in erster Linie gefährdet sind. Denn hier achtet ja kein Arbeitgeber darauf, dass sich der Patient rechtzeitig zurückmeldet. Viele Anrufe von Angehörigen bei den schweizerischen Patientenorganisationen zeigen zum Beispiel, dass schon heute ältere Kranke teilweise medizinisch eindeutig überversorgt werden.

Wie kann sich der einzelne gegen die Uebersorgung wehren? Indem er sich besser informieren kann. Er sollte wissen, wie lange bei den häufigsten Diagnosen jeweils der Spitalaufenthalt durchschnittlich dauert. Frauen mit Frauenleiden müssen davon in Kenntnis gesetzt werden, dass in ihrem Kanton überdurchschnittlich häufig Gebärmutteroperationen durchgeführt werden usw.

Der Tessin hat als Pionierkanton bewiesen, dass solche wirtschaftlichen Vergleiche und die Orientierung der Öffentlich-

keit zu einem Rückgang der Operationen um ein Viertel geführt haben.

Wir brauchen deshalb Artikel 8a (neu) aus allen erwähnten Gründen heute schon und nicht erst morgen.

Frau **Dormann**, Berichterstatterin: Den Antrag Bortoluzzi haben wir in der Kommission mit 9 zu 3 Stimmen bei 4 Enthaltungen abgelehnt. Obwohl er ein berechtigtes Anliegen zum Inhalt hat, gehört er nicht in einen dringlichen Bundesbeschluss, der nur für zwei Jahre Gültigkeit haben wird. Ich bitte Sie namens der Kommission, den Minderheitsantrag Bortoluzzi abzulehnen.

M. **Philippona**, rapporteur: Les propositions de la minorité Bortoluzzi vont certainement dans une bonne direction: faire évaluer les caractères économiques des prestataires de santé est une bonne solution. Si la commission vous propose de la refuser par 9 voix contre 3, c'est uniquement parce qu'elle juge qu'elle n'est pas à sa place ici, dans un arrêté urgent, et qu'une telle disposition est une disposition typique de la loi qui sera examinée prochainement.

Bundesrat **Cotti**: In der Kommission habe ich die Grundhaltung der Kommissionmehrheit unterstützt und gesagt, der Antrag Bortoluzzi gehöre in die Totalrevision. Ich kann hinzufügen: Die Totalrevision sieht etwas Ähnliches vor. Ich muss aber zugeben, dass der Minderheitsantrag Bortoluzzi von der Materie her absolut gerechtfertigt ist. Sollten Sie ihn annehmen, würde das nichts an der Systematik des Bundesbeschlusses ändern. Es ist eine zusätzliche vorgezogene Überprüfung, die man ohne weiteres vornehmen könnte.

Ich nehme noch zu zwei anderen Fragen kurz Stellung, denn ich glaube, ich werde nachher nicht mehr das Wort ergreifen. Sie haben auch Artikel 8 mit dem wunderbaren Titel «Kantonale Planungen» angenommen. Wer könnte gegen den Inhalt von Artikel 8 antreten? Aber lassen Sie mich hinzufügen: Er ist rein deklarativer Art, es ist eine schöne Einladung an die kantonalen Planungen. Solche Einladungen werden seit Jahrzehnten gemacht; das Resultat kennen wir. Man darf in diesem Artikel 8 nicht mehr sehen als eine schöne Deklaration.

Ich wünsche mir im weiteren im Interesse aller, insbesondere im Interesse unserer Krankenkassen, dass jetzt, wo der Nationalrat seine Arbeit praktisch abschliesst, die Möglichkeit besteht, den Bundesbeschluss zum Ende dieser Session über die Bühne zu bringen. Es wäre nämlich verheerend, wenn eine Verspätung um drei Monate bewirken würde, dass die Krankenkassen in die Unsicherheit geraten, wie sie ihre Prämien für das nächste Jahr gestalten sollen. Selbstverständlich kann niemand Unmögliches verlangen; aber sollte es den beiden Räten möglich sein, so wäre es sehr ratsam und sehr bedeutungsvoll, dass der Beschluss möglichst noch in dieser Session durchgezogen wird.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	65 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	25 Stimmen

Art. 9

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Epiney

Abs. 3

.... längstens jedoch bis zum 31. Dezember 1993.

Art. 9

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition Epiney

Al. 3

.... mais au plus tard au 31 décembre 1993.

Abs. 1 – Al. 1

Adopté

Abs. 2 – Al. 2

Präsident: Die Beratung über diesen Absatz wird bis nach Bereinigung der Differenzen mit dem Ständerat ausgesetzt.

Verschoben – Renvoyé

Abs. 3 – Al. 3

M. **Epiney**: La santé est malade de ses coûts, tout le monde en convient. Cependant, la gangrène s'est infiltrée progressivement aussi bien dans les maillons de la responsabilité, que dans les maillons de la solidarité. Chaque acteur se renvoie la balle et accuse son partenaire d'être la cause principale de la hausse vertigineuse des coûts. Mon hôpital coûte cher, donc j'occupe davantage et plus longtemps les lits. Mes cotisations de caisse-maladie sont élevées, donc j'ai le droit de profiter des prestations médicales. Mon cabinet médical dispose de moyens performants et coûteux, donc je dois le rentabiliser. Ma caisse-maladie doit attirer le maximum d'assurés, donc elle se montre généreuse et souvent laxiste dans la gestion de l'argent des autres. Telle est laconiquement l'équation à résoudre.

Mais il est illusoire de croire que des mesures drastiques et surtout uniformes soient efficaces et équitables, comme celles que nous adoptons en ce moment, notamment lorsqu'elles frappent les médecins dits sociaux, dont chacun sait que leurs revenus sont plus que décents par rapport aux autres. Une telle médecine est frappée injustement. Les AFU nous donnent bonne conscience et ils sont surtout révélateurs de notre impuissance à fixer des priorités dans notre travail. Le peuple a accepté la réforme du Parlement avec une clairvoyance inattendue, mais aussi un très grand espoir. Il attend de nous célérité et concentration sur des projets urgents et le salut passe dès lors par la seule et unique révision de la loi sur l'assurance-maladie. Réforme qui est prête, qui a fait l'objet d'un examen approfondi de la part de la commission des Etats et dont nous avons d'ailleurs déjà discuté, à plusieurs reprises, dans le cadre de l'examen des différents AFU. Les assurés escomptent de nous une position courageuse et nous devons dès lors accorder la priorité à cette matière, à cette réforme et nous sommes capables, comme nous l'avons fait pour Eurolex, de régler la réforme de l'assurance-maladie d'ici la fin 1993. Les problèmes sont connus, les solutions aussi, ce qui manque c'est le courage politique, car il va nous obliger à viser non seulement certains boucs émissaires, mais tous les acteurs de la santé, qui comme vous le savez, ont tous intérêt à obtenir un maximum de prestations en invoquant la responsabilité de l'autre partenaire. Limitons ces AFU à fin 1993, afin de nous obliger à être rapides dans notre travail et à accorder la priorité à un sujet qui est urgent et dont le peuple attend que nous en fassions un règlement rapide!

M. **de Dardel**: Le groupe socialiste vous demande de ne pas accepter la proposition de M. Epiney et de ne pas créer une divergence supplémentaire avec le Conseil des Etats.

M. Epiney souhaite créer une contrainte qui obligerait le Parlement à voter, dans les mois qui viennent, une révision définitive de l'assurance-maladie. Nous pensons que M. Epiney se fait des illusions et que, de toute façon, sa proposition n'est pas efficace. Il est en effet trop facile pour le Parlement de contourner le dispositif préconisé par M. Epiney et de prendre si nécessaire, en 1993, un nouvel arrêté urgent pour 1994. Nous avons fait maintenant l'expérience d'un arrêté transitoire limité à un an seulement; en l'occurrence, expérience difficile et pénible qui ne devrait pas être renouvelée.

Au surplus, la proposition de M. Epiney est en totale contradiction avec la systématique que nous avons adoptée dans notre délibération. En effet, l'article premier, très discuté par notre Chambre, règle la question des tarifs pour deux ans, et la proposition de M. Epiney est tout à fait contradictoire avec la solution que nous avons adoptée.

Pour des raisons de cohérence, nous devons donc en rester au texte préconisé par notre commission.

Frau Heberlein: Zum Antrag Epiney zur Befristung auf ein Jahr möchte ich in meinem persönlichen Namen erklären, dass ich ihm zustimmen kann.

Die einzige Begründung der Befristung auf zwei Jahre ist nämlich die, dass bis dahin die Gesetzesrevision über die Bühne gegangen sein soll. Dass dies eine Utopie ist, dessen sind wir uns wahrscheinlich alle bewusst. Wenn wir jedes Jahr wieder über die Kosten im Gesundheitswesen diskutieren, kommen wir vielleicht endlich einmal zu einem Beschluss, der diese zu dämpfen vermag.

Frau Dormann, Berichterstatterin: Herr Epiney, der Grossteil der Parlamentarier und Parlamentarierinnen bedauert, dass wir den letzten dringlichen Bundesbeschluss statt auf drei Jahre nur auf ein Jahr befristet haben. Wir hätten uns sonst nämlich die Arbeit heute ersparen können.

Es ist aber Absicht, Meinung und Wunsch, dass die Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes bis Ende 1994 abstimmungsreif ist. Entsprechend dem Terminplan sollte die Totalrevision am 1. Januar 1995 in Kraft gesetzt werden können. Deshalb ist es richtig, heute diesen Bundesbeschluss auf zwei Jahre zu befristen, um nicht in einem Jahr wieder von vorne beginnen zu müssen.

Im übrigen bitte ich Sie namens der Kommission, in der Schlussabstimmung diesem Beschlussentwurf zuzustimmen. Die Kommission hat ihm mit 14 zu 2 Stimmen, bei 2 Enthaltungen zugestimmt.

M. Cotti, conseiller fédéral: Le Conseil fédéral avait prévu deux ans, car il était et est toujours d'avis qu'avec de la bonne volonté – que nous présumons toujours – on devrait pouvoir arriver à réaliser la révision totale d'ici deux ans. Sauf erreur, la proposition de M. Epiney aurait pour effet que vous devriez débattre l'année prochaine d'un nouvel arrêté fédéral urgent. Or, ce n'est certainement pas ce que vous voulez. Essayons donc de préciser maintenant le délai de façon à être un peu plus réalistes, tout en restant optimistes. Une année, c'est tout à fait insuffisant pour achever la révision définitive.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	70 Stimmen
Für den Antrag Epiney	52 Stimmen

Frau Heberlein: Nach Abschluss der Beratungen über diese Vorlage möchte ich folgende Erklärung der Fraktion abgeben: So, wie er jetzt vorliegt, greift der Beschluss dirigistisch in das Preis- und Taxgefüge sowie in die Kompetenzen der Kantone ein. Wir gefährden damit die heutige, qualitativ gute medizinische Versorgung für alle Versicherten und fördern eine Zweiklassenmedizin. Wir sparen keinen Franken und dämpfen die Kosten in keiner Art und Weise, sondern schaffen einen Nachholbedarf für alle Beteiligten, der sich für die KVG-Revision äusserst nachteilig auswirken wird. Wir verhindern – dies scheint uns das Wesentlichste zu sein – jeden Anreiz zu kostengünstigem Verhalten aller Anbieter im Gesundheitswesen. Alle kurzfristig realisierbaren und unbestrittenen Sparmassnahmen haben wir abgelehnt, dies in einer finanzpolitisch äusserst schwierigen Lage auch der Kantone und der Gemeinden. Wir führen die Krankenkassen in einen finanziellen Engpass und gefährden deren Existenz und damit auch die der Versicherten. Statt zu sparen, haben wir noch Gutachteraufträge erteilt und den Kassen auferlegt, ihre Leistungen auszuweiten.

Aus diesen Gründen lehnt die FDP-Fraktion diesen Bundesbeschluss in der Schlussabstimmung klar ab.

Rychen: Wir haben die Mengenausweitung mit diesem Bundesbeschluss nicht bekämpft. Wir haben die Leistungserbringer nicht dazu gezwungen, für das Jahr 1993 einen echten Tarif- und Preisstopp zu befolgen. Wir haben in diesen Beratungen beschlossen, einen Prämienstau und damit einen Kostenstau vorzunehmen. Damit haben wir die falsche Hoffnung geweckt, wir hätten eine Kostendämpfung erreicht. Das Gegen-

teil ist der Fall: Später werden die Versicherten eine viel stärkere Prämienhöhung ertragen müssen. Wir meinen, dass dieser Beschluss zu einer Alibiübung verkommen ist. Die SVP-Fraktion lehnt diese Vorlage ab.

Frau Dormann, Berichterstatterin: Ich muss nochmals darauf hinweisen, dass die Kommission diesem Bundesbeschluss mit 14 zu 2 Stimmen bei 2 Enthaltungen zugestimmt hat. Wir waren der Auffassung, dass der Beschluss sehr ausgewogen ist, dass er in Artikel 5 und 6 die Krankenkassen, in Artikel 7 die Versicherten und in Artikel 1 die Leistungserbringer erfasst. Dadurch wurden alle an der Krankenversicherung beteiligten Personen und Institutionen berücksichtigt, damit auch sie ihren entsprechenden Beitrag zu den Sparmassnahmen leisten können, müssen oder dürfen. Ich bitte Sie dringend, dem Bundesbeschluss zuzustimmen.

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes	82 Stimmen
Dagegen	68 Stimmen

An den Ständerat – Au Conseil des Etats

92.057-42

EWR. Anpassung des Bundesrechts (Eurolex) **Bundesgesetz über die Arbeitsvermittlung und den Personalverleih. Aenderung** **EEE. Adaptation du droit fédéral (Eurolex)** **Loi fédérale sur le service de l'emploi et la location de services. Modification**

Differenzen – Divergences

Siehe Seite 1948 hiavor – Voir page 1948 ci-devant

Beschluss des Ständerates vom 7. Oktober 1992
 Décision du Conseil des Etats du 7 octobre 1992

Art. 19 Abs. 7 (neu); 44 Abs. 3 (neu)

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 19 al. 7 (nouveau); 44 al. 3 (nouveau)

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

M. Cavadini Adriano, rapporteur: Je crois qu'il est maintenant possible d'éliminer les dernières divergences avec le Conseil des Etats, qui s'est rallié, en principe, à notre décision de lundi pour ce qui est des articles 19, 20 et 44.

Toutefois, le Conseil des Etats a apporté deux précisions par rapport à notre décision. A l'article 19, il a précisé que les dispositions impératives qui s'appliquent sont seulement celles qui peuvent intéresser le travail en matière de location de services. A l'article 20, il n'y a pas de divergence. Enfin, à l'article 44 – proposition des deux rapporteurs – le Conseil des Etats a modifié en partie la formulation de cet article en ajoutant que ces deux articles 19 et 20 seront mis en vigueur par le Conseil fédéral, non seulement si aucune disposition n'a été prise entre-temps en matière sociale et de protection des travailleurs, mais aussi si la situation économique et sociale l'exige. C'est une nouvelle condition qui a été introduite dans l'article 44 par le Conseil des Etats.

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	Nationalrat
Conseil	Conseil national
Consiglio	Consiglio nazionale
Sitzung	13
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	92.067
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	07.10.1992 - 08:15
Date	
Data	
Seite	2001-2021
Page	
Pagina	
Ref. No	20 021 650

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.