81.044

Krankenversicherung. Teilrevision

Assurance-maladie. Révision partielle

Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale

Verhandlungen des Nationalrates und des Ständerates

Délibérations du Conseil national et du Conseil des Etats

DOKUMENTATIONSDIENST DER BUNDESVERSAMMLUNG
SERVICE DE DOCUMENTATION DE L'ASSEMBLÉE FÉDÉRALE

DOKUMENTATIONSDIENST DER BUNDESVERSAMMLUNG
SERVICE DE DOCUMENTATION DE L'ASSEMBLÉE FÉDÉRALE
SERVIZIO DI DOCUMENTAZIONE DELL'ASSEMBLEA FEDERALE

Inhaltsverzeichnis

		Seiten
1	Einführung	I - II
2	Uebersicht über die Verhandlungen	V
3	Zusammenfassung	VII
4	Schwerpunkte der Diskussion	53/56
5	Rednerliste	54/56
6	Verhandlungen	1 - 238
7	Schlussabstimmungen	239 - 241

Table des matières

		Pages
1	Introduction	III - IV
2	Résumé des délibérations	V
3	Récapitulation du résumé détaillé	VII
4	Eléments essentiels du débat	53/56
5	Liste des orateurs	54/56
6	Délibérations	1 - 238
7	Vote finaux	239 - 241

Bern,
Berne, 23.10.1987 VL

81.044 n Krankenversicherung. Teilrevision

E i n f ü h r u n g

Dieses Verhandlungsheft enthält alle Verhandlungen der eidgenössischen Räte zu diesem Geschäft, das Referendum ist aber nur wegen des beschlossenen Taggeldes bei Mutterschaft verlangt worden. Wir beschränken uns deshalb in der Einführung auf dieses Thema.

Zum Verlauf der Verhandlungen ist Folgendes festzuhalten:

Die nationalrätliche Kommission beauftragt während der Beratung eine Subkommission mit der Ausarbeitung eines "Sofortprogramms", welches "die wichtigsten Revisionsbestimmungen aufnehmen, aber alle Punkte, die zu keiner Verständigung führen würden, weglassen sollte" (S. 7). Die Mutterschaftsversicherung ist also in das Sofortprogramm aufgenommen worden.

Die Kommissionsmehrheit beantragt die Aufteilung in zwei Bundesgesetze:

A Bundesgesetz über die Krankenpflegeversicherung inklusive Erweiterung der Leistungen bei Mutterschaft

B Bundesgesetz über die Krankengeldversicherung inklusive Taggeld bei Mutterschaft (S. 3/4).

Der Nationalrat entschied sich aber am 3. Oktober 1984 mit 88:80 Stimmen für den Antrag der Kommissionsminderheit: Die Vorlage ist in einem einzigen Gesetz zu behandeln und zu genehmigen (S. 4)

Der Antrag Günter, wonach alle Bestimmungen betreffend Mutterschaftsversicherung in einem eigenen Gesetz vorzulegen sind, wird mit 95:31 Stimmen abegelehnt (S. 35).

Am 12. Dezember 1984, nach der Volksabstimmung über die Volksinitiative "Schutz der Mutterschaft" beantragt Nationalrat Basler Rückkommen auf den Grundsatzentscheid vom 3. Oktober 1984. Mit 87:84 Stimmen ist der Antrag Basler angenommen.

Nachdem die Vorlage wieder aufgeteilt worden ist, beantragt Nationalrat Allenspach, auf den Entscheid vom 3. Oktober 1984 betreffend Art. 1 Abs. 4 (Krankengeldversicherung) der Vorlage A (vgl. SS. 40-45) zurückzukommen. In der Namensabstimmung

wird dieser Antrag mit 117:49 Stimmen abgelehnt.

Der Nationalrat nimmt die beiden Vorlagen A und B an: Die Vorlage A mit 132:14 Stimmen (S. 125) und die Vorlage B mit 91:46 Stimmen (S. 139).

Die ständerätliche Kommission "hat sich ... bemüht, eine Taggeldversicherung bei Mutterschaft zu schaffen, die diesen Namen verdient, und zwar nicht in der gefährdeten Vorlage B, sondern in der Vorlage A... Diese Vorlage "A plus" enthält nun das Mutterschaftsgeld, das nicht gefährdet werden soll durch eine eventuelle Ablehnung der obligatorischen Krankengeldversicherung, sei es in den Räten, sei es vor dem Volk" (Der Kommissionspräsident Hänsenberger, S. 148)
Die Kommission schlägt die Taggeldversicherung gemäss System Erwerbsersatzordnung bei Mutterschaft vor.

Der Ständerat stimmt am 4. Dezember 1986 dem Gesetzesentwurf der Vorlage A mit 30 Stimmen (Einstimmigkeit) zu (S. 188).

Der Ständerat beschliesst für die Vorlage B Nichteintreten (S. 189).

Der Nationalrat stimmt am 4. März 1987 im Differenzverfahren den Beschlüssen des Ständerates betreffend Erwerbsersatzordnung bei Mutterschaft (in der Vorlage "A plus") mit 124:12 Stimmen und betreffend Vorlage B mit 71:38 Stimmen zu.

Volk und Stände haben über die ganze Teilrevision der Krankenversicherung zu entscheiden (und nicht nur über Taggeld für Mutterschaft).

21.10.1987 VL

81.044 Assurance-maladie. Révision partielle

Introduction

Ce cahier contient les délibérations des deux Conseils législatifs concernant cet objet dans son ensemble, mais le referendum n'a été demandé qu'à cause de l'indemnité journalière en cas de maternité. C'est pourquoi nous n'abordons que ce sujet dans cette introduction.

Il y a lieu de faire les remarques suivantes au sujet du cours qu'ont pris les délibérations:

La commission du Conseil national charge pendant ses travaux une sous-commission d'élaborer un "programme d'urgence" (Sofortprogramm) qui"devrait tenir compte des plus importantes dispositions de la révision, mais laisser de côté les points sur lesquels aucun accord n'est possible" (p. 7). L'assurance-maternité a donc été admise dans le programme d'urgence.

La majorité de la commission propose de diviser le programme d'urgence en deux lois:

A Loi fédérale sur l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, y compris l'extension des prestations en cas de maternité, et

B Loi fédérale sur l'assurance d'une indemnité journalière, y compris l'indemnité journalière en cas de maternité (p. 4).

Cependant, le 3 octobre 1984, le Conseil national approuve, par 88:80 voix la proposition de la minorité de la commission: Le projet sera traité en une seule loi (p. 4).

La proposition Günter, d'après laquelle toutes les dispositions concernant l'assurance-maternité devraient être présentées dans une loi séparée, est repoussée par 95:31 voix (p. 35).

Le 12 décembre 1984, après la votation populaire concernant l'initiative "Protection de la maternité", le Conseiller national Basler propose de reconsidérer la décision du 3 octobre 1984. La proposition Basler est acceptée par 87:84 voix.

Après que le projet eut de nouveau été divisé, le Conseiller national Allenspach propose qu'on revienne sur la décision du 3 octobre 1984 concernant l'art. 1 al. 4 (assurance d'indemnité journalière) du projet A (cf. p. 40-45). Cette proposition est repoussée par 117:49 voix au cours d'un vote nominal.

Le Conseil national approuve les deux projets A et B: Le projet A par 132:14 voix (p. 125) et le projet B par 91:46 voix (p. 139).

La commission du Conseil des Etats "s'est efforcée de créer une assurance d'indemmnité journalière en cas de maternité qui soit digne de ce nom; elle a décidé de le faire non dans le cadre du projet B, trop controversé, mais dans celui du projet A...Ce projet "A plus" prévoit également l'indemnité journalière en cas de maternité, car celle-ci ne doit pas être remise en question si les Chambres ou le peuple refusent de souscrire à l'assurance obligatoire concernant l'indemnité journalière" (Hänsenberger, Président de la comnmission, p. 148).

La commission propose pour l'assurance d'indemnité journalière le régime prévu pour les allocations pour perte de gain en cas de maternité.

Le Conseil des Etats approuve le 4 décembre 1986 le projet A par 30 voix sans opposition (p. 188).

Pour le projet B, le Conseil des Etats décide de ne pas entrer en matière (p. 189).

Le Conseil national approuve le 4 mars 1987 au cours de la procédure d'élimination des divergences, les décisions du Conseil des Etats concernant le régime des allocations pour perte de gain en cas de maternité (prévu dans le projet "A plus") par 124:12 voix et le projet B par 71:38 voix.

Le peuple et les cantons devront se prononcer sur tous les points de la révision partielle de l'assurance-maladie (et non sur l'indemnité journalière en cas de maternité uniquement).

21.10.1987 VL

× **81/81.044** *n* **Krankenversicherung. Teilrevision**

Botschaft und Gesetzesentwurf vom 19. August 1981 (BBl II, 1117) über die Teilrevision der Krankenversicherung.

N *Eggli-Winterthur,* Allenspach, Ammann-Bern, Basler, Berger, Bonny, Borel, Bratschi, Butty, Columberg, Darbellay, Dirren, Dupont, Eisenring, Frey, Früh, Gautier, Gloor, Günter, Hari, Hösli, Landolt, Massy, Neukomm, Pfund, Reimann, Schüle, Segmüller, Spälti, Vannay, Zehnder (31)

S *Hänsenberger,* Andermatt, Arnold, Bauer, Binder, Bührer, Debétaz, Kündig, Masoni, Matossi, Meier Josi, Schmid, Schönenberger, Steiner, Weber (15)

1984 4. Oktober: Der **Nationalrat** hat die Artikel 1–34 durchberaten.

Motion I der Kommission des Nationalrates, vom 6. Juli 1984:

Ärzteüberfluss

Der Bundesrat wird eingeladen, im Rahmen der Bildungs- und Gesundheitspolitik in Zusammenarbeit mit den Kantonen Massnahmen zu treffen, um die Ursachen und Auswirkungen des Ärzteüberflusses wirksam anzugehen; dabei muss eine ausreichende Gesundheitsversorgung gewährleistet bleiben.

Motion II der Kommission des Nationalrates, vom 6. Juli 1984:

Krankenversicherung. Finanzierung

Der Bundesrat wird eingeladen, dem Parlament eine Vorlage über die Finanzierung der Krankenversicherung (Krankenpflege) zu unterbreiten, mit dem Ziel, die Bundesbeiträge nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten auszurichten.

Motion III der Kommissionsminderheit (Günter) **des Nationalrates,** vom 6. Juli 1984:

Alkoholsteuer zugunsten der Krankenkassen

Die vorliegende Revision des Krankenversicherungsgesetzes wird erhöhte Ausgaben für die Krankenkassen mit sich bringen. Der Bundesrat wird daher aufgefordert, zu deren teilweisen Deckung eine Alkoholsteuer auf allen alkoholhaltigen Getränken, abgestuft nach dem Gehalt an Alkohol, dem Nationalrat vorzulegen. Der Ertrag dieser Steuer ist zweckgebunden für die Senkung der Krankenkassenprämien zu verwenden.

Motion IV der Kommissionsminderheit (Zehnder) **des Nationalrates,** vom 6. Juli 1984:

Soziale Krankenversicherung. Arztrecht

Der Bundesrat wird ersucht, den eidgenössischen Räten unverzüglich eine Vorlage zur Änderung des in der Sozialen Krankenversicherung geltenden Arztrechtes zu unterbreiten. Insbesondere ist zu gewährleisten, dass bei Fehlen eines Vertrages zwischen Ärzten und Krankenkassen

1. alle Versicherten während unbeschränkter Dauer Anspruch auf Rechnungsstellung nach dem behördlich festgesetzten Arzttarif haben;
2. die Weiterführung der Kosten- und Leistungskontrollen für die Krankenkassen ohne besondere Erschwernisse möglich ist;
3. der einzelne Arzt den Verzicht auf jegliche Tätigkeit im Rahmen der Sozialen Krankenversicherung nur bei Vorliegen besonderer persönlicher oder beruflicher Gründe bei der zuständigen Behörde erklären kann, eine kollektive Verweigerung des Tarifschutzes gegenüber den Versicherten somit nicht mehr möglich ist.

A. Bundesgesetz über die Krankenpflegeversicherung inkl. Erweiterung der Leistungen bei Mutterschaft

1984 12. Dezember. Beschluss des Nationalrates abweichend vom Entwurf des Bundesrates.

1986 4. Dezember. Beschluss des Ständerates abweichend vom Beschluss des Nationalrates.

1987 4. März. Beschluss des Nationalrates abweichend vom Beschluss des Ständerates.

1987 10. März. Beschluss des Ständerates abweichend vom Beschluss des Nationalrates.

1987 12. März. Beschluss des Nationalrates: Zustimmung.

1987 20. März. Beschluss des Nationalrates: Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen.

1987 20. März. Beschluss des Ständerates: Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen.

Bundesblatt I, 985 und 1169; Ablauf der Referendumsfrist: 29. Juni 1987

B. Bundesgesetz über die Krankengeldversicherung inklusive Taggeld bei Mutterschaft

1984 13. Dezember. Beschluss des Nationalrates abweichend vom Entwurf des Bundesrates.

1986 4. Dezember: Der **Ständerat** beschliesst, auf die Vorlage nicht einzutreten.

1987 4. März: Der **Nationalrat** beschliesst, auf die Vorlage nicht einzutreten.

Motion I der Kommission

1984 13. Dezember. Beschluss des Nationalrates: Die Motion wird in nachstehender Form eines **Postulates** angenommen:

Der Bundesrat wird eingeladen zu prüfen, ob es nicht angezeigt wäre, im Rahmen der ...

Motion II der Kommission

1984 13. Dezember. Beschluss des Nationalrates: Die Motion wird angenommen. – An den Ständerat.

1986 4. Dezember. Beschluss des Ständerates: Die Motion wird angenommen.

Motionen III und IV der Kommissionsminderheiten

1984 13. Dezember. Beschluss des Nationalrates: Die beiden Motionen werden abgelehnt.

× 81/81.044 *n* **Assurance-maladie. Révision partielle**

Message et projet de loi du 19 août 1981 (FF II, 1069) sur la révision partielle de l'assurance-maladie.

N *Eggli-Winterthour,* Allenspach, Ammann-Berne, Basler, Berger, Bonny, Borel, Bratschi, Butty, Columberg, Darbellay, Dirren, Dupont, Eisenring, Frey, Früh, Gautier, Gloor, Günter, Hari, Hösli, Landolt, Massy, Neukomm, Pfund, Reimann, Schüle, Segmüller, Spälti, Vannay, Zehnder (31)

E *Hänsenberger,* Andermatt, Arnold, Bauer, Binder, Bührer, Debétaz, Kündig, Masoni, Matossi, Meier Josi, Schmid, Schönenberger, Steiner, Weber (15)

1984 4 octobre: Le **Conseil national** suspend ses travaux après l'examen des articles 1 à 34.

Motion I de la commission du Conseil national, du 6 juillet 1984

Nombre de médecins

Le Conseil fédéral est invité à prendre des mesures, avec le concours des cantons, dans le cadre de la politique de formation et de santé, afin de s'attaquer efficacement aux causes et aux conséquences du nombre excessif de médecins; toutefois ce faisant, un service de santé suffisant doit être garanti.

Motion II de la commission du Conseil national, du 6 juillet 1984

Assurance-maladie. Financement

Le Conseil fédéral est invité à présenter au Parlement un projet sur le financement de l'assurance-maladie (soins médicaux et pharmaceutiques) prévoyant que les subventions fédérales seront réparties en fonction de la situation économique des assurés.

Motion III de la minorité de la commission (Günter) du Conseil national, du 6 juillet 1984

Impôt général sur l'alcool en faveur des caisses-maladie

La présente révision de la loi sur l'assurance-maladie entraînera une augmentation des dépenses pour les caisses-maladie. Le Conseil fédéral est, dès lors, invité à proposer au Conseil national le prélèvement d'un impôt sur l'alcool, et cela sur toutes les boissons contenant de l'alcool; cet impôt serait échelonné en fonction de la teneur en alcool et couvrirait partiellement l'augmentation des dépenses précitée. Le montant ainsi perçu devra être utilisé pour réduire les cotisations des caisses-maladie.

Motion IV de la minorité de la commission (Zehnder) du Conseil national, du 6 juillet 1984

Assurance-maladie sociale. Droit médical

Le Conseil fédéral est prié de soumettre immédiatement aux Chambres fédérales un projet modifiant le droit médical en vigueur dans l'assurance-maladie sociale. Ce faisant, il conviendra de garantir qu'au cas où aucune convention ne peut être passée entre médecins et caisses-maladie

1. tous les assurés ont droit, pendant une période illimitée, à ce que les factures soient établies d'après le tarif médical fixé par l'autorité compétente;
2. les caisses-maladie peuvent continuer à contrôler les coûts et les prestations, sans complications;
3. le médecin individuel ne peut déclarer à l'autorité compétente qu'il renonce à exercer son activité à la charge de l'assurance-maladie sociale que s'il dispose, pour ce faire, de motifs personnels ou professionnels; un refus collectif de la protection tarifaire accordée aux assurés n'est par conséquent plus possible.

Projet de la commission du Conseil national, du 6 juillet 1984

A. Loi fédérale sur l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, y compris l'extension des prestations en cas de maternité

1984 12 décembre. Décision du Conseil national modifiant le projet du Conseil fédéral.

1986 4 décembre. Décision du Conseil des Etats avec des diver-

1987 4 mars. Décision du Conseil national avec des divergences.

1987 10 mars. Décision du Conseil des Etats avec des divergences.

1987 12 mars. Décision du Conseil national: Adhésion.

1987 20 mars. Décision du Conseil national: La loi est adoptée en votation finale.

1987 20 mars. Décision du Conseil des Etats: La loi est adoptée en votation finale.

Feuille fédérale I, 971; délai d'opposition: 29 juin 1987

B. Loi fédérale sur l'assurance d'une indemnité journalière, y compris l'indemnité journalière en cas de maternité

1984 13 décembre. Décision du Conseil national modifiant le projet du Conseil fédéral.

1986 4 décembre: Le **Conseil des Etats** décide de ne pas entrer en matière.

1987 4 mars: Le **Conseil national** décide de ne pas entrer en matière.

Ainsi, l'objet est rayé de la liste des objets en délibération.

Motion I de la commission

1984 13 décembre. Décision du Conseil national: La motion est adoptée sous la forme d'un **postulat** ainsi conçu:

Le Conseil fédéral est invité à examiner s'il ne serait pas indiqué de prendre des mesures, ...

Motion II de la commission

1984 13 décembre. Décision du Conseil national: La motion est adoptée. – Au Conseil des Etats.

1986 4 décembre. Décision du Conseil des Etats: La motion est adoptée.

Motions III et IV de la minorité de la commission

1984 13 décembre. Décision du Conseil national: Les deux motions sont rejetées.

	Zusammenfassung der detaillierten Uebersicht	Récapitulation du résumé détaillé	Seite/ page
2.1	Nationalrat	Conseil national	1/52
2.1.1	Eintretensdebatte	Débat sur l'entrée en matière	1/52
2.1.2	Detailberatung	Discussion par articles	2/52
	A Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung	A Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents	2/52
	B Bundesgesetz über die Krankengeldversicherung inklusive Taggeld bei Mutterschaft	B Loi fédérale sur l'assurance d'une indemnité journalière, y compris l'indemnité journalière en cas de maternité	24/52
2.2	Ständerat	Conseil des Etats	28/52
2.2.1	Eintretensdebatte	Débat sur l'entrée en matière	28/52
2.2.2	Detailberatung	Discussion par articles	28/52
	A Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung	A Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents	28/52
	B Bundesgesetz über die Krankengeldversicherung inklusive Taggeld bei Mutterschaft	B Loi fédérale sur l'assurance d'une indemnité journalière, y compris l'indemnité journalière en cas de maternité	42/52
3	Differenzen	Divergences	43/52
3.1	Nationalrat	Conseil national	43/52
3.2	Ständerat	Conseil des Etats	51/52
3.3	Nationalrat	Conseil national	52/52

2 Detaillierte Uebersicht über die Verhandlungen
Résumé détaillé des délibérations

2.1 Nationalrat — Conseil national

		Seiten Pages
2.1.1 Eintretensdebatte	Débat sur l'entrée en matière	
Vorgehen Gautier	Procédure à suivre	3/4
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	4/5
Minderheit I	Minorité I	4/5
Minderheit II (Günter)	Minorité II	4/5
Antrag Seiler	Proposition Seiler	4/5
Ordnungsantrag Günter	Motion d'ordre Günter	4/5
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		5
Dupont	rapporteur	10
Seiler		11
Günter		12
Zehnder, Sprecher der Minderheit I		
Basler, SP	PS	15
Segmüller, CVP	PDC	16
Mascarin, POCH,PSA,PdA	POCH,PSA,PdT	17
Hegg, NA/Vigilants	AN/Vigilants	19
Massy, lib.	lib.	20
Allenspach, FdP	PRD	21
Einzelsprecher	Orateurs s'exprimant à titre individuel	22

Christinat		23
Spälti		23
Darbellay		24
Wick		24
Berger		25
Ziegler		25
Vannay		26
Landolt		26
Meyer-Bern		26
Hösli		27
Longet		27
Früh		28
Borel		28
Schmid		29
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		29
Dupont	Rapporteur	31
Egli, Bundesrat		31
Seiler		34
Abstimmung	Vote	35
Ordnungsantrag Günter	Motion d'ordre Günter	35
Abstimmung	Vote	35
Antrag der Mehrheit 80	Proposition de la majorité	35
Antrag der Minderheit I 88 (Zehnder)	Proposition de la minorité I	35
Günter, Sprecher der Minderheit II		35
Christinat		35
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		35
Eggli, Bundesrat		35
Abstimmung	Vote	35
Antrag der Minderheit II 31	Proposition de la minorité II 31	35
Dagegen 95	Contre 95	
2.1.2 Detailberatung	Discussion par articles	35
Titel und Ingress	Titre et préambule	35
Ziff.I, Titel und Ingress, Aenderung von Ausdrücken Antrag der Kommission Angenommen	Ch.I, titre et préambule, modifications rédactionnelles proposition de la commission Adopté	37

Titel, Art. 1 Abs. 1-3	Titre, art. 1, al. 1-3	37
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Abs. 1 und 2	Al. 1 et 2	37
Abs. 3	Al. 3	37
Art. 1, Abs. 4	Art. 1, al. 4	37
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit I	Minorité I	
Minderheit II	Minorité II	
Minderheit III	Minorité III	
(Günter)	(Günter)	
Vannay	Porte-parole de la minorité I	37
Günter		38
Allenspach		39
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		39
Dupont	Rapporteur	39
Egli, Bundesrat		39
Art. 1, Abs. 4 erster Satz	Art. 1, al. 4 lre phrase	39
Abstimmung	Vote	39
Eventuel	A titre préliminaire	
Antrag der Mehrheit 87 Stimmen	Proposition de la majorité 87 voix	
Antrag der Minderheiten I und III 43 Stimmen	Proposition des minorités I et III 43 voix	
Definitiv	Définitivement	
Antrag der Minderheit II 48 Stimmen	Proposition de la minorité II 48 voix	
Antrag der Mehrheit 84 Stimmen	Proposition de la majorité 84 voix	
Basler, Sprecher der Minderheit		40
Allenspach		41
Zehnder		41
Segmüller		42
Früh		42
Ammann-Bern		43
Darbellay		43
Reimann		43
Bonnard		43
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		43

Dupont	Rapporteur	44
Egli, Bundesrat		45
Abstimmung	Vote	45
Antrag der Mehrheit 80 Stimmen	Proposition de la majorité 80 voix	
Antrag Minderheit (Basler) 64 Stimmen	Proposition de la minorité (Basler) 64 voix	
Art. 1 Abs. 5 (neu)	Art. 1 al. 5 (nouveau)	45
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit (Günter)	Minorité (Günter)	
Günter		45
Hegg		46
Grendelmeier		46
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		46
Dupont	Rapporteur	46
Egli, Bundesrat		46
Abstimmung	Vote	46
Antrag der Minderheit (Günter) 32 Stimmen	Proposition de la minorité (Günter) 32 voix	
Antrag der Mehrheit 61 Stimmen	Proposition de la majorité 61 voix	
Art. 1 Abs. 6 (neu)	Art. 1 al. 6 (nouveau)	47
Antrag Günter	Proposition Günter	
Günter		47
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		47
Dupont	Rapporteur	48
Günter		48
Abstimmung	Vote	48
Antrag Günter 31 Stimmen	Proposition Günter 31 voix	
Dagegen 51 Stimmen	Contre 51 voix	
Art. 2 Abs. 1	Art. 2 al. 1	48
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 2 Abs. 2bis	Art. 2 al. 2bis	48
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	

Art. 2 Abs. 3	Art. 2 al. 3	48
Antrag Reimann	Proposition Reimann	
Reimann		48
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		49
Dupont	Rapporteur	49
Allenspach		49
Hösli		49
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		49
Egli, Bundesrat		49
Abstimmung	Vote	50
Antrag Reimann 27 Stimmen	Proposition Reimann 27 voix	
Dagegen 66 Stimmen	Contre 66 voix	
Art. 2bis (neu)	Art. 2bis (nouveau)	50
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 3 Abs. 4bis	Art. 3 al. 4bis	50
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Berger	Proposition Berger	
Berger		50
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		50
Dupont	Rapporteur	50
Abstimmung	Vote	50
Antrag Berger 34 Stimmen	Proposition Berger 34 voix	
Antrag der Kommission 44 Stimmen	Proposition de la commission 44 voix	
Art. 5	Art. 5	50
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 6bis	Art. 6bis	50
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Abs. 1	Al. 1	50
Antrag Berger	Proposition Berger	
Abs. 2	Al. 2	50
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Abs. 3	Al. 3	50
Mehrheit	Majorité	

Minderheit I	Minorité I	
Minderheit II	Minorité II	
Abs. 4 und 5	Al. 4 et 5	51
Abs. 1	Al. 1	51
Angenommen	Adopté	
Abs. 2 und 3	Al. 2 et 3	51
Vannay		51
Günter		51
Gurtner		52
Grendelmeier		52
Früh		52
Segmüller		52
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		53
Dupont	Rapporteur	53
Egli, Bundesrat		53
Abs. 2	Al. 2	54
Abstimmung	Vote	54
Antrag der Minderheit (Vannay) 44 Stimmen	Proposition de la minorité (Vannay) 44 voix	
Antrag der Mehrheit 66 Stimmen	Proposition de la majorité 66 voix	
Abs. 3	Al. 3	54
Antrag der Minderheit (Günter) 41 Stimmen	Proposition de la minorité (Günter) 41 voix	
Antrag der Mehrheit 61 Stimmen	Proposition de la majorité 61 voix	
Abs. 4 und 5	Al. 4 et 5	54
Angenommen	Adopté	
Art. 11	Art. 11	54
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 12 Abs. 1 Ziff. 1 Bst. a	Art. 12 al. 1 ch. 1 let. a	54
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Anmgenommen	Adopté	
Art. 12 Abs. 1 Ziff. 1 Bst. b	Art. 12 al. 1 ch. 1 let. b	54
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Minderheit	Minorité	
Günter, Sprecher der Minderheit		54

Zehnder		55
Allenspach		55
Hösli		55
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		56
Dupont	Rapporteur	56
Egli, Bundesrat		56
Günter		56
Abstimmung	Vote	57
Antrag der Minderheit 38 Stimmen	Proposition de la minorité 38 voix	
Antrag der Mehrheit 69 Stimmen	Proposition de la majorité 69 voix	
Art. 12 Abs. 1 Ziff. 1 Bst. c und d	Art. 12 al. 1 ch. 1 let. c et d	57
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 12 Abs. 1 Ziff. 2	Art. 12 al. 1 ch. 2	57
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Stucky	Proposition Stucky	
Stucky		57
Segmüller		57
Wick		58
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		58
Dupont	Rapporteur	58
Egli, Bundesrat		58
Abstimmung	Vote	58
Für den Antrag Stucky offensichtl. Mehrheit		
Dagegen Minderheit		
Art. 12 Abs. 1 Ziff. 3-5	Art. 12 al. 1 ch. 3-5	58
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 12 Abs. 2-5	Art. 12 al. 2-5	58
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 12 Abs. 6	Art. 12 al. 6	59
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	

Antrag Hegg	Proposition Hegg	59
Hegg		59
Borel	porte-parole de la minorité	60
Früh		60
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		60
Dupont	Rapporteur	60
Egli, Bundesrat		61
Abstimmung	Vote	61
Antrag der Minderheit 33 Stimmen	Proposition de la minorité 33 voix	
Antrag der Mehrheit 69 Stimmen	Proposition de la majorité 69 voix	
Art. 12 Abs. 7	Art. 12 al. 7	61
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 12bis	Art. 12bis	61
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Abs. 1-4	Al. 1-4	
Abs. 5	Al. 5	
Angenommen	Adopté	
Art. 12bis 1	Art. 12bis 1	61
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 12ter	Art. 12ter	61
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 12quater	Art. 12quater	61
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Abs. 1 und 2	Al. 1 et 2	
Abs. 3	Al. 3	
Angenommen	Adopté	
Art. 12quinquies (neu)	Art. 12quinquies (nouveau)	61
Antrag Grendelmeier	Proposition Grendelmeier	
Abs. 1	Al. 1	
Abs. 2	Al. 2	
Abs. 3	Al. 3	
Grendelmeier		61
Revaclier		62
Bonny		63
Grendelmeier		63
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		63

Dupont	Rapporteur	63
Egli, Bundesrat		63
Abstimmung	Vote	64
Für den Antrag Grendelmeier		
Minderheit		
Dagegen offensichtl. Mehrh.		
Art. 13 Abs. 2 und 3	Art. 13 al. 2 et 3	64
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Art. 14 Abs. 2	Art. 14 al. 2	64
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Ziff. 4	Ch. 4	
Borel	Porte-parole de la minorité	64
Allenspach		64
Pitteloud		64
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		65
Dupont	Rapporteur	65
Egli, Bundesrat		65
Abstimmung	Vote	65
Antrag der Minderheit 32 Stimmen	Proposition de la minorité 32 voix	
Antrag der Mehrheit 68 Stimmen	Proposition de la majorité 68 voix	
Art. 14 Abs. 4	Art. 14 al. 4	65
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 14 Abs. 5	Art. 14 al. 5	65
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Gurtner	Proposition Gurtner	
Gurtner		65
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		65
Dupont	Rapporteur	66
Egli, Bundesrat		66
Abstimmung	Vote	66
Für den Antrag Gurtner		
Minderheit		

Dagegen offensichtl.Mehrh.		66
Art. 14 Abs. 6 Antrag der Kommission Angenommen	Art. 14 al. 6 Proposition de la commission Adopté	66
Art. 14 Abs. 7 Antrag der Kommission Mehrheit Minderheit	Art. 14 al. 7 Proposition de la commission Majorité Minorité	66
Pfund, Sprecher der Minderheit		66
Segmüller		66
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		67
Dupont	Rapporteur	67
Egli, Bundesrat		67
Abstimmung Für den Antrag d.Minderheit Minderheit Für den Antrag d.Mehrheit offensichtl. Mehrheit	Vote	67
Art. 14bis Abs. 1 Antrag der Kommission Mehrheit Minderheit Antrag Wick	Art. 14bis al. 1 Proposition de la commission Majorité Minorité Proposition Wick	67
Art. 14bis Abs. 2 Antrag der Kommission	Art. 14 al. 2 Proposition de la commission	67
Bst. a Mehrheit Minderheit	Let. a Majorité Minorité	
Bst. abis Minderheit	Let. abis Minorité	67
Vannay		68
Wick		68
Schüle		69
Carobbio		69
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		69
Dupont	Rapporteur	70
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		70

Egli, Bundesrat		70
Abstimmung	Vote	71
Eventuel	A titre préliminaire	
Für den Antrag Wick offensichtl. Mehrheit		
Definitiv	Définitivement	
Antrag der Mehrheit/Wick 75 Stimmen	Proposition de la majorité/Wick 75 voix	
Antrag der Minderheit 40 Stimmen	Proposition de la minorité 40 voix	
Abs. 2 Bst. a	Al. 2 let. a	72
Abstimmung	Vote	72
Antrag der Minderheit (Vannay) 37 Stimmen	Propostion de la minorité (Vannay) 37 voix	
Antrag der Mehrheit 66 Stimmen	Proposition de la majorité 66 voix	
Abs. 2 Bst. abis	Al. 2 let. abis	71
Abstimmung	Vote	71
Für den Antrag d.Minderh. 40 Stimmen	Proposition de la minorité 40 voix	
Dagegen 69 Stimmen	Contre 69 voix	
Art. 14bis Abs. 3	Art. 14bis al. 3	72
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Neukomm	Proposition Neukomm	
Neukomm		72
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		72
Dupont	Rapporteur	72
Egli, Bundesrat		73
Abstimmung	Vote	73
Antrag Neukomm 35 Stimmen	Proposition Neukomm 35 voix	
Antrag der Kommission 72 Stimmen	Propostion de la commission 72 voix	
Aart. 14bis Abs. 4	Art. 14bis al. 4	73
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Mascarin	Proposition Mascarin	
Mascarin		73
Allenspach		73
Wick		73
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		74
Dupont	Rapporteur	74

Egli, Bundesrat		74
Abstimmung	Vote	74
Antrag Mascarin 32 Stimmen	Proposition Mascarin 32 voix	
Antrag der Kommission 105 Stimmen	Proposition de la commission 105 voix	
Art. 14bis Abs. 5	Art. 14bis al. 5	74
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 16 Abs. 3 (neu)	Art. 16 al. 3 (nouveau)	74
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 18 Abs. 1	Art. 18 al. 1	74
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Hegg	Proposition Hegg	
Hegg		74
Zehnder		74
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		75
Dupont	Rapporteur	75
Egli, Bundesrat		75
Abstimmung	Vote	75
Für den Antrag Hegg Minderheit		
Für den Antrag d.Kommission offensichtl. Mehrheit		
Art. 18 Abs. 2 und 3	Art. 18 al. 2 et 3	75
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 19bis Abs. 1	AArt. 19bis al. 1	76
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Reimann	Proposition Reimann	
Reimann		76
Hösli		76
Zehnder		76
Allenspach		76
Günter		76
Reimann		77
Segmüller		77
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		77
Dupont	Rapporteur	77

Egli, Bundesrat		77
Abstimmung	Vote	78
Antrag Reimann 42 Stimmen	Proposition Reimann 42 voix	
Antrag der Kommission 70 Stimmen	Proposition de la commission 70 voix	
Art. 19bis Abs. 2-4	Art. 19bis al. 2-4	78
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 19bis Abs. 5	Art. 19bis al. 5	78
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Reimann	Proposition Reimann	
Antrag Sager	Proposition Sager	
Sager		78
Zehnder		79
Früh		79
Pfund		79
Bratschi		80
de Chastonay		80
Meyer-Bern		81
Landolt		81
Segmüller		82
Wick		82
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		82
Dupont	Rapporteur	83
Sager		83
Egli, Bundesrat		83
Abstimmung	Vote	84
Eventuel	A titre préliminaire	
Antrag Reimann 55 Stimmen	Proposition Reimann 55 voix	
Antrag der Kommission 109 Stimmen	Proposition de la commission 109 voix	
Definitiv	Définitivement	
Antrag Sager 67 Stimmen	Proposition Sager 67 voix	
Antrasg der Kommission 96 Stimmen	Proposition de la commission 96 voix	
Art. 19bis Abs. 6	Art. 19 al. 6	84
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Sager	Proposition Sager	
Abstimmung	Vote	84
Antrag Sager 64 Stimmen	Proposition Sager 64 voix	
Antrag der Kommission 92 Stimmen	Proposition de la commission 92 voix	

Art. 19bis Abs. 7	Art. 19bis al. 7	84
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Neukomm	Proposition Neukomm	
Neukomm		84
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		84
Dupont	Rapporteur	84
Egli, Bundesrat		85
Abstimmung	Vote	85
Antrag Neukomm 27 Stimmen	Proposition Neukomm 27 voix	
Antrag der Kommission 55 Stimmen	Proposition de la commission 55 voix	
Art. 21	Art. 21	85
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 21bis (neu)	Art. 21bis (nouveau)	85
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Zehnder, Sprecher der Minderheit		85
Allenspach		86
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		86
Dupont	Rapporteur	86
Egli, Bundesrat		86
Abstimmung	Vote	86
Antrag der Minderheit 46 Stimmen	Proposition de la minorité 46 voix	
Antrag der Mehrheit 85 Stimmen	Proposition de la majorité 85 voix	
Art.22 Abs.3 dritter Satz	Art. 22 al. 3 3e phrase	86
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art.22bis,Randtitel,Abs.7 zweiter und dritter Satz	Art.22bis,titre marginal,al.7 2e et 3e phrases	86
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	

Günter, Sprecher der Minderheit		87
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		87
Dupont	Rapporteur	87
Abstimmung	Vote	88
Antrag der Minderheit 36 Stimmen	Proposition de la minorité 36 voix	
Antrag der Mehrheit 81 Stimmen	Proposition de la majorité 81 voix	
Art. 22quater Abs. 1	Art. 22quater al. 1	88
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 22quater Abs. 2	Art. 22quater al. 2	88
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Zehnder, Sprecher der Minderheit		88
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		88
Dupont	Rapporteur	88
Egli, Bundesrat		88
Abstimmung	Vote	88
Antrag der Minderheit 39 Stimmen	Proposition de la minorité 39 voix	
Antrag der Mehrheit 76 Stimmen	Proposition de la majorité 76 voix	
Art. 22quater Abs. 3	Art. 22quater al. 3	89
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 22quater Abs. 4	Art. 22quater al. 4	89
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Reimann	Proposition Reimann	
Reimann		89
Landolt		89
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		89
Dupont	Rapporteur	89

Egli, Bundesrat		90
Abstimmung	Vote	90
Antrag Reimann 56 Stimmen	Proposition Reimann 56 voix	
Antrag der Kommission 30 Stimmen	Proposition de la commission 30 voix	
Art. 22quinquies Abs. 1 und 1bis (neu)	Art. 22quinquies al. 1 et 1bis (nouveau)	90
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Antrag Stucky	Proposition Stucky	
Zehnder, Sprecher der Minderheit		90
Hösli		91
Segmüller		91
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		92
Dupont	Rapporteur	92
Egli, Bundesrat		92
Abs. 1	Al. 1	92
Abstimmung	Vote	92
Antrag der Mehrheit 88 Stimmen	Proposition de la majorité 88 voix	
Antrag der Minderheit 36 Stimmen	Proposition de la minorité 36 voix	
Abs. 1bis	Al. 1bis	
Abstimmung	Vote	92
Antrag der Mehrheit 92 Stimmen	Proposition de la majorité 92 voix	
Antrag der Minderheit 36 Stimmen	Proposition de la minorité 36 voix	
Art. 22quinquies Abs. 2	Art. 22quinquies al. 2	92
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Stucky	Proposition Stucky	
Angenommen gemäss Antrag Stucky	Adopté selon la proposition Stucky	
Art. 22quinquies Abs. 3	Art. 22quinquies al. 3	
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 22quinquies Abs. 4	Art. 22quinquies al. 4	93
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	

Art. 22quinquies Abs. 5 und 6 Antrag der Kommission	Art. 22quinquies al. 5 et 6 Proposition de la commission	93
Abs. 5	Al. 5	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Neukomm, Sprecher der Minderheit		93
Spälti		93
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		93
Dupont	Rapporteur	93
Egli, Bundesrat		93
Abstimmung	Vote	93
Antrag der Minderheit 39 Stimmen	Proposition de la minorité 39 voix	
Antrag der Mehrheit 78 Stimmen	Proposition de la majorité 78 voix	
Abs. 6	Al. 6	94
Angenommen	Adopté	
Art. 22sexies	Art. 22sexies	94
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 22septies	Art. 22septies	94
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Abs. 1	Al. 1	94
Antrag Hösli	Proposition Hösli	
Abs. 1,2,3	Al. 1,2,3	94
Antrag Coutau	Proposition Coutau	
Abs. 4 (neu)	Al. 4 (nouveau)	94
Antrag Stucky	Proposition Stucky	
Hösli		95
Coutau		95
Stucky		95
Allenspach		96
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		96
Dupont	Rapporteur	97
Egli, Bundesrat		97

Abstimmung	Vote	98
Abs. 1	Al. 1	98
Antrag Coutau 67 Stimmen	Proposition Coutau 67 voix	
Antrag der Kommission 48 Stimmen	Proposition de la commission 48 voix	
Abs. 2	Al. 2	98
Antrag Coutau 64 Stimmen	Proposition Coutau 64 voix	
Antrag der Kommission 48 Stimmen	Proposition de la commission 48 voix	
Abs. 3	Al. 3	98
Antrag Coutau/Stucky 69 Stimmen	Proposition Coutau/Stucky 69 voix	
Antrag der Kommission 45 Stimmen	Proposition de la commission 45 voix	
Abs. 4 (neu)	Al. 4 (nouveau)	98
Antrag Coutau 80 Stimmen	Proposition Coutau 80 voix	
Dagegen 48 Stimmen	Contre 48 voix	
Art. 22octies	Art. 22octies	98
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 23 Randtitel, Abs. 1	Art.23 titre marginal et al.1	98
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 23 Abs. 2	Art. 23 al. 2	98
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Landolt, Sprecher der Minderheit		98
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		99
Dupont	Rapporteur	99
Egli, Bundesrat		99
Abstimmung	Vote	99
Antrag der Minderheit 56 Stimmen	Proposition de la minorité 56 voix	
Antrag der Mehrheit 25 Stimmen	Proposition de la majorité 25 voix	
Art. 25 Abs. 4bis (neu)	Art. 25 al. 4bis (nouveau)	99
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	

Art. 26	Art. 26	99
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 30ter	Art. 30ter	99
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 32	Art. 32	100
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 33, Randtitel, Abs.1	Art. 33, titre marginal, al.1	100
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 34, Randtitel	Art. 34, titre marginal	100
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		101
Art. 35, 36 und 36bis	Art. 35, 36 et 36bis	102
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 37	Art. 37	102
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 37bis (neu)	Art. 37bis (nouveau)	102
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 38	Art. 38	102
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Abs. 1	Al. 1	102
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Abs. 3	Al. 3	103
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Seiler	Proposition Seiler	103,110
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		103
Günter, Sprecher der Minderheit		103
Zehnder		103
Früh		103
Dupont	Rapporteur	104

Egli, Bundesrat		104
Abstimmung	Vote	104
Antrag der Mehrheit 65 Stimmen	Proposition de la majorité 65 voix	
Antrag der Minderheit 39 Stimmen	Proposition de la minorité 39 voix	
Abs. 2	Al. 2	104
Angenommen	Adopté	
Abs. 3	Al. 3	104
Art. 38bis	Art. 38bis	104
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Abs. 1	Al. 1	104
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Antrag Seiler	Proposition Seiler	104
Zehnder, Sprecher der Minderheit		105
Seiler		105
Ziegler		106
Basler		106
Bonny		107
Gautier		107
Spälti		108
Allenspach		108
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		108
Dupont	Rapporteur	109
Egli, Bundesrat		109
Abstimmung	Vote	110
Abs. 1	Al. 1	110
Eventuel	A titre préliminaire	
Antrag der Mehrheit 109 Stimmen	Proposition de la majorité 109 voix	
Antrag der Minderheit 53 Stimmen	Proposition de la minorité 53 voix	
Definitiv	Définitivement	
Antrag der Mehrheit		
offensichtl. Mehrheit		
Antrag Seiler Minderheit		

Abs. 2, 3 und 4	Al. 2, 3 et 4	110
Antrag der Kommission 115 Stimmen	Proposition de la commission 115 voix	
Antrag Seiler 54 Stimmen	Proposition Seiler 54 voix	
Art. 38ter	Art. 38ter	110
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Abs. 1 und 2 Bst. a,b,c	Al. 1 et 2 let. a,b,c	110
Angenommen	Adopté	
Abs. 2 Bst. d	Al. 2 let. d	110
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Meyer-Bern, Sprecher der Minderheit		110
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		111
Dupont	Rapporteur	111
Egli, Bundesrat		111
Abstimmung	Vote	111
Antrag der Minderheit 47 Stimmen	Propositionde la minorité 47 voix	
Dagegen 82 Stimmen	Contre 82 voix	
Abs. 3	Al. 3	111
Angenommen	Adopté	
Art. 38quater (neu)	Art. 38quater (nouveau)	111
Antrag Eggly-Genf	Proposition Eggly-Genève	
Eggly-Genève		111
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		111
Dupont	Rapporteur	112
Egli, Bundesrat		112
Abstimmung	Vote	112
Antrag Eggly-Genf 43 Stimmen	Proposition Eggly-Genève 43 voix	
Dagegen 45 Stimmen	Contre 45 voix	
Art. 39	Art. 39	112
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	

Art. 39bis (neu)	Art. 39bis (nouveau)	112
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Zehnder, Sprecher der Minderheit		112
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		113
Dupont	Rapporteur	113
Egli, Bundesrat		113
Abstimmung	Vote	113
Antrag der Minderheit 42 Stimmen	Proposition de la minorité 42 voix	
Antrag der Mehrheit 83 Stimmen	Proposition de la majorité 83 voix	
Art. 39ter (neu)	Art. 39ter (nouveau)	113
Antrag Chopard	Proposition Chopard	
Chopard		113
Allenspach		113
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		114
Dupont	Rapporteur	114
Egli, Bundesrat		114
Chopard		114
Antrag Basler	Proposition Basler	114
Basler		114
Zehnder		115
Abstimmung	Vote	115
Rückkommensantrag Basler 94 Stimmen		
Dagegen 73 Stimmen		
Gautier		115
Günter		115
Segmüller		116
Zehnder		116
Leuenberger Moritz		116
Landolt		116
Blocher		116
Zbinden		117
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		117

Dupont	Rapporteur	117
Allenspach		117
Egli, Bundesrat		117
Abstimmung	Vote	118
Amtrag Basler 87 Stimmen	Proposition Basler 87 voix	
Dagegen 84 Stimmen	Contre 84 voix	
Ziff. Ibis	Ch. Ibis	119
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Titel und Ingress	Titre et préambule	119
Aenderung anderer Bundesgesetze	Modification d'autres lois	119
Das Obligationenrecht	Le code des obligations	119
Art. 336e	Art. 336e	119
Abs. 1	Al. 1	119
Bst. c	Let. c	119
Abs. 2	Al. 2	119
Art. 361 Abs. 1	Art. 361 al. 1	119
Art. 362 Abs. 1	Art. 362 al. 1	119
Antrag Fischer-Sursee	Proposition Fischer-Sursee	119
Art. 336e Abs. 1 Bst. c	Art. 336e al. 1 let. c	119
Angenommen	Adopté	
Abs. 2	Al. 2	119
Fischer-Sursee		119
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		120
Dupont	Rapporteur	120
Angenommen gemäss Antrag Fischer-Sursee	Adopté selon la proposition Fischer-Sursee	120
Art.361 Abs.1, 362 Abs.1	Art. 361 al. 1, 362 al. 1	121
Angenommen	Adopté	
Ziff. Iter	Ch. Iter	121
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Basler	Proposition Basler	
Bst. a-c	Let. a à c	122
Angenommen	Adopté	

Bst. d, e	Let. d, e	122
Basler		122
Allenspach		123
Zehnder		123
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		123
Dupont	Rapporteur	124
Egli, Bundesrat		124
Abstimmung	Vote	125
Antrag Basler 96 Stimmen	Proposition Basler 96 voix	
Antrag der Kommission 63 Stimmen	Proposition de la commission 63 voix	
Bst. f	Let. f	125
Angenommen	Adopté	
Ziff. Iquater	Ch. Iquater	125
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Gesamtabstimmung	Vote sur l'ensemble	125
Für Annahme des Gesetzesentwurfes A 132 Stimmen		
Dagegen 14 Stimmen		
B		
Bundesgesetz über die Krankengeldversicherung inklusive Taggeld bei Mutterschaft	Loi fédérale sur l'assurance d'une indemnité journalière, y compris l'indemnité journalière en cas de maternité	125
Anträge Allenspach	Propositions Allenspach	125
Allenspach		125
Reimann		126
Hegg		127
Gautier		127
Gurtner		128
Günter		128
Segmüller		129
Berger		129
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		130
Dupont	Rapporteur	130
Egli, Bundesrat		131

Namentliche Abstimmung	Vote par appel nominal	131
Für den Antrag der Kommission stimmen: 117	Votent pour la proposition de la commission: 117	
Für den Antrag Allenspach stimmen: 49	Votent pour la proposition Allenspach: 49	
Bundesbeschluss B	Arrêté fédéral B	132
Titel Antrag der Kommission Angenommen	Titre Proposition de la commission Adopté	132
Ingress Antrag der Kommission Angenommen	Préambule Proposition de la commission Adopté	132
Art. 40a Antrag der Kommission Angenommen	Art. 40a Proposition de la commission Adopté	132
Aart. 40b Antrag der Kommission Angenommen	Art. 40b Proposition de la commission Adopté	132
Art. 40c Antrag der Kommission Angenommen	Art. 40c Proposition de la commission Adopté	133
Art. 40d und 40e Antrag der Kommission Angenommen	Art. 40d et 40e Proposition de la commission Adopté	133
Art. 40f Antrag der Kommission Angenommen	Art. 40f Proposition de la commission Adopté	133
Art. 40g Antrag der Kommission Angenommen	Art. 40g Proposition de la commission Adopté	133
Art. 40h Antrag der Kommission Angenommen	Art. 40h Proposition de la commission Adopté	133
Art. 40i Antrag der Kommission Abs. 1,2,3 Angenommen	Art. 40i Proposition de la commission Al. 1,2,3 Adopté	133
Abs. 1bis Mehrheit Minderheit	Al. 1bis Majorité Minorité	133
Vannay	porte-parole de la minorité	134

Ammann-Bern		134
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		135
Dupont	Rapporteur	135
Egli, Bundesrat		135
Abstimmung	Vote	135
Antrag der Minderheit 51 Stimmen	Proposition de la minorité 51 voix	
Antrag der Mehrheit 61 Stimmen	Proposition de la majorité 61 voix	
Art. 40k	Art. 40k	135
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 40k bis (neu)	Art. 40k bis (nouveau)	135
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 401	Art. 401	135
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Reimann	Proposition Reimann	
Reimann		136
Schüle		136
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		136
Dupont	Rapporteur	136
Egli, Bundesrat		137
Abstimmung	Vote	137
Anträge Reimann 53 Stimmen	Propositions Reimann 53 voix	
Dagegen 61	Contre 61 voix	
Art. 40m	Art. 40m	137
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 40n	Art. 40n	137
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 40o	Art. 40o	137
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Reimann	Proposition Reimann	
Angenommen gemäss Antrag der Kommission	Adopté selon la proposition de la commission	

Art. 40p bis Art. 40s Antrag der Kommission Angenommen	Art. 40p à 40s Proposition de la commission Adopté	137
Ziff. II	Ch. II	137
Titel und Ingress Antrag der Kommission	Titre et préambule Proposition de la commission	137
Art. 336e Abs. 1 Bst. c und Abs. 2 Antrag der Kommission	Art.336e al.1 let.c et al.2 Proposition de la commission	137
Art. 361 Abs.1, 362 Abs.1 Antrag der Kommission	Art. 361 al. 1, 362 al. 1 Proposition de la commission	138
Art. 12, 31, 44bis Antrag der Kommission	Art. 12, 31, 44bis Proposition de la commission	138
Ziff. III Antrag der Kommission	Ch. III Proposition de la commission	138
Ziff. IV Antrag der Kommission Angenommen	Ch. IV Proposition de la commission Adopté	138
Basler Jeanneret		138 139
Gesamtabstimmung	Vote sur l'ensemble	139
Für Annahme des Gesetzesentwurfes: 91 Stimmen Dagegen: 46 Stimmen		
Motionen I-IV	Motions I-IV	139-142
Abschreibung	Classement	142

2.2 Ständerat — Conseil des Etats

2.2.1 Eintretensdebatte — Débat sur l'entrée en matière

A Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung	Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents	147
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	147
Hänsenberger, Berichterstatter		147
Meier Josi		150
Bauer		151
Schönenberger		152
Andermatt		152
Bührer		153
Egli, Bundespräsident		154

2.2.2 Detailberatung — Discussion par articles

Titel Antrag der Kommission Angenommen	Titre Proposition de la commission Adopté	155
Ingress, Ziff. I Ingress, Titel, Ingress, Aenderung von Ausdrücken Antrag der Kommission Angenommen	Préambule, ch. I préambule, titre, préambule, modifications rédactionnelles Proposition de la commission Adopté	156
Art. 1	Art. 1	156
Hänsenberger, Berichterstatter		156
Angenommen	Adopté	

Art. 2 Randtitel, Abs. 1 Bst. a und 2bis	Art. 2 titre marginal, al. 1 let. a, 2bis	156
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 2bis	Art. 2bis	156
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 3 Abs. 4bis	Art. 3 al. 4bis	156
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Hänsenberger, Berichterstatter		156
Meier Josi, Sprecherin der Minderheit		156
Egli, Bundespräsident		156
Hefti		157
Egli, Bundespräsident		157
Abstimmung	Vote	157
Antrag der Mehrheit 21 Stimmen	Proposition de la majorité 21 voix	
Antrag der Minderheit 10 Stimmen	Propositioin de la minorité 10 voix	
Art. 5	Art. 5	157
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		157
Egli, Bundespräsident		157
Hänsenberger, Berichterstatter		157
Angenommen	Adopté	
Art. 6bis	Art. 6bis	157
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Abs. 1	Al. 1	157
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Abs. 2 bis 5	Al. 2 à 5	157

Abs. 6	Al. 6	157
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Hänsenberger, Berichterstatter		157
Bührer, Sprecherin der Minderheit		158
Hänsenberger, Berichterstatter		158
Bührer, Sprecherin der Minderheit		158
Abs. 1	Al. 1	158
Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit	Adopté selon la proposition de la majorité	
Abs. 2 bis 5	Al. 2 à 5	158
Angenommen	Adopté	
Abs. 6	Al. 6	158
Hänsenberger, Berichterstatter		158
Weber, Sprecher der Minderheit		158
Ordnungsantrag	Motion d'ordre	159
Hefti		159
Zustimmung	Adhésion	159
Arnold		159
Weber		160
Hänsenberger, Berichterstatter		160
Egli, Bundespräsident		160
Arnold		160
Abstimmung	Vote	160
Antrag der Minderheit 23 Stimmen	Proposition de la minorité 23 voix	
Antrag der Mehrheit 18 Stimmen	Proposition de la majorité 18 voix	
Art. 11	Art. 11	160
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	

Art. 11a	Art. 11a	160
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Arnold		161
Hänsenberger, Berichterstatter		161
Egli, Bundespräsident		161
Abstimmung	Vote	161
Antrag der Minderheit	Proposition de la minorité	
19 Stimmen	19 voix	
Antrag der Mehrheit	Proposition de la majorité	
16 Stimmen	16 voix	
Art. 12	Art. 12	161
Hänsenberger, Berichterstatter		161
Art. 12 Marginale	Art. 12 titre marginal	162
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 12 Abs. 1	Art. 12 al. 1	162
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		162
Angenommen	Adopté	
Art. 12 Abs. 2	Art. 12 al. 2	162
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 12 Abs. 3	Art. 12 al. 3	162
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		162
Angenommen	Adopté	
Art. 12 Abs. 4	Art. 12 al. 4	162
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 12 Abs. 5	Art. 12 al. 5	162
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Reymond	Proposition Reymond	
Hänsenberger, Berichterstatter		162
Reymond		163

Abstimmung Antrag Reymond 11 Stimmen Antrag der Mehrheit 21 Stimmen	Vote Proposition Reymond 11 voix Proposition de la majorité 21 voix	163
Art. 12 Abs. 6 und 7 Antrag der Kommission Angenommen	Art. 12 al. 6 et 7 Proposition de la commission Adopté	163
Art. 12bis Antrag der Kommission Hänsenberger, Berichterstatter Angenommen	Art. 12bis Proposition de la commission Adopté	163 163
Art. 12ter Antrag der Kommission Hänsenberger, Berichterstatter	Art. 12ter Proposition de la commission	163 163
Art. 12quater Antrag der Kommission Angenommen	Art. 12quater Proposition de la commission Adopté	163
Art. 13 Abs. 2 und 3 Antrag der Kommission Angenommen	Art. 13 al. 2 et 3 Proposition de la commission Adopté	164
Art. 14 Abs. 2 Ziff. 3 Bst. c (neu) und Ziff. 4 sowie Abs. 4-6,7 (neu) Antrag der Kommission Hänsenberger, Berichterstatter Angenommen	Art. 14 al. 2 ch. 3 let. c (nouvelle) et ch. 4 al. 4 à 6 et al. 7 (nouveau) Proposition de la commission Adopté	164 164
Art. 14bis Hänsenberger, Berichterstatter	Art. 14bis	164 164
Art. 14bis Abs. 1 Antrag der Kommission Hänsenberger, Berichterstatter Angenommen	Art. 14bis al. 1 Proposition de la commission Adopté	164 164
Art. 14bis Abs. 2 Antrag der Kommission Angenommen	Art. 14bis al. 2 Proposition de la commission Adopté	164

Art. 14bis Abs. 3	Art. 14bis al. 3	164
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		165
Angenommen	Adopté	
Art. 14bis Abs. 4	Art. 14bis al. 4	165
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 16 Abs. 3 (neu)	Art. 16 al. 3 (nouveau)	165
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		165
Angenommen	Adopté	
Art. 18	Art. 18	165
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 19bis Abs. 1	Aart. 19bis al. 1	165
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		165
Angenommen	Adopté	
Art. 19bis Abs. 2	Art. 19bis al. 2	166
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		166
Angenommen	Adopté	
Art. 19bis Abs. 3	Art. 19bis al. 3	166
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		166
Angenommen	Adopté	
Art. 19bis Abs. 4	Art. 19bis al. 4	166
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 19bis Abs. 5	Art. 19bis al. 5	166
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Hänsenberger, Berichterstatter		166

Bührer, Sprecherin der Minderheit 166
Bauer 166
Masoni 167
Meier Josi 167
Hänsenberger, Berichterstatter 168
Egli, Bundespräsident 168
Meier Josi 168
Egli, Bundespräsident 168

Abstimmung — Vote 168
Antrag der Minderheit — Proposition de la minorité
19 Stimmen — 19 voix
Antrag der Mehrheit — Proposition de la majorité
20 Stimmen — 20 voix

Art. 19bis Abs. 6 — Art. 19bis al. 6 168
Antrag der Kommission — Proposition de la commission
Mehrheit — Majorité
Minderheit — Minorité
Hänsenberger, Berichterstatter 168
Masoni, Sprecher der Minderheit 169
Jagmetti 169
Schmid 169
Bauer 170
Egli, Bundespräsident 170

Abstimmung — Vote 170
Antrag der Minderheit — Proposition de la minorité
14 Stimmen — 14 voix
Antrag der Mehrheit — Proposition de la majorité
29 Stimmen — 29 voix

Art. 19bis Abs. 7 — Art. 19bis al. 7 170
Antrag der Koimmission — Proposition de la commission
Angenommen — Adopté

Art. 21 Abs. 1 zweiter Satz, Abs. 4 zweiter Satz, Abs. 5 zweiter Satz sowie Abs. 6 und 7 — Art. 21 al. 1 phrase 2, al. 4 phrase 2, al. 5 phrase 2, al. 6 et 7 170
Antrag der Kommission — Proposition de la commission
Hänsenberger, Berichterstatter 170
Angenommen — Adopté

Art.22 Abs.3 dritter Satz	Art. 22 al. 3 3e phrase	170
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 22bis Randtitel und Abs. 7 zweiter und dritter Satz	Art. 22bis titre marginal et al. 7 phrases 2 et 3	170
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		170
Angenommen	Adopté	
Art. 22quater	Art. 22quater	170
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 22quinquies	Art. 22quinquies	171
Hänsenberger, Berichterstatter		171
Art. 22quinquies Abs. 1	Art. 22quinquies al. 1	171
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		171
Angenommen	Adopté	
Art. 22quinquies Abs. 1bis	Art. 22quinquies al. 1bis	171
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 22quinquies Abs. 2	Art. 22quinquies al. 2	171
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 22quinquies Abs. 3	Art. 22quinquies al. 3	171
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		171
Angenommen	Adopté	
Art. 22quinquies Abs. 4	Art. 22quinquies al. 4	171
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 22quinquies Abs. 4bis	Art. 22quinquies al. 4bis	171
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Hänsenberger, Berichterstatter		172

Bührer, Sprecherin der Minderheit		172
Egli, Bundespräsident		172
Abstimmung	Vote	172
Antrag der Minderheit 7 Stimmen	Proposition de la minorité 7 voix	
Antrag der Mehrheit 22 Stimmen	Proposition de la majorité 22 voix	
Art. 22quinques Abs. 5 und 6	Art. 22quinques al. 5 et 6	172
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 22sexies Abs. 1	Art. 22sexies al. 1	172
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Hänsenberger, Berichterstatter		172
Meier Josi, Sprecherin der Minderheit		173
Egli, Bundespräsident		173
Abstimmung	Vote	174
Eventuell	A titre préliminaire	
Für den Antrag des Bundesrates/Formulierung NR 26 Stimmen		
Antrag der Mehrheit 12 Stimmen		
Definitiv	Définitivement	
Für den Antrag des Bundesrates/Formulierung NR 21 Stimmen		
Antrag der Minderheit 11 Stimmen		
Art. 22sexies Abs. 2 und 3	Art. 22sexies al. 2 et 3	174
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 22septies	Art. 22septies	174
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Abs. 1	Al. 1	
Abs. 2	Al. 2	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Abs. 4	Al. 4	

Abs. 1 bis 4 Antrag Reymond	Al. 1 à 4 Proposition Reymond	174
Hänsenberger, Berichterstatter		174
Abs. 1	Al. 1	174
Hänsenberger, Berichterstatter		174
Reymond		175
Bauer		175
Debétaz		175
Egli, Bundespräsident		176
Abs. 2	Al. 2	176
Binder, Sprecher der Minderheit		176
Schmid		176
Egli, Bundespräsident		176
Abstimmung	Vote	176
Antrag der Minderheit 13 Stimmen	Proposition de la minorité 13 voix	
Antrag der Mehrheit 21 Stimmen	Proposition de la majorité 21 voix	
Abs. 1-4	Al. 1-4	176
Antrag der Mehrheit 16 Stimmen	Proposition de la majorité 16 voix	
Antrag Reymond 19 Stimmen	Proposition Reymond 19 voix	
Art. 22octies	Art. 22octies	177
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 23 Randtitel, Abs. 1 zweiter Satz und Abs. 2	Art. 23 titre marginal, al. 1 phrase 2 et al. 2	177
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		177
Angenommen	Adopté	
Art. 25 Abs. 4bis, 26 Abs. 1,3,3bis und 4	Art. 25 al. 4bis, 26 al. 1,3, 3bis et al. 4	177
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	

Art. 28	Art. 28	177
Hänsenberger, Berichterstatter		177
Angenommen	Adopté	
Art. 30ter	Art. 30ter	177
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		177
Angenommen	Adopté	
Art. 32, 33 Randtitel und Abs. 1, 34 Randtitel	Art. 32, 33 titre marginal et al. 1, 34 titre marginal	177
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 35, 36, 36 bis und 37	Art. 35, 36, 36bis et 37	177
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		177
Angenommen	Adopté	
Art.37bis	Art. 37bis	178
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 38	Art. 38	178
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		178
Angenommen	Adopté	
Art. 38bis	Art. 38bis	178
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Weber	Proposition Weber	
Hänsenberger, Berichterstatter		178
Weber		179
Egli, Bundespräsident		179
Hänsenberger, Beriichterstatter		179
Hefti		179
Hänsenberger, Berichterstatter		180
Weber		180
Egli, Bundespräsident		180
Weber		180

Abstimmung	Vote	180
Antrag Weber 11 Stimmen	Proposition Weber 11 voix	
Antrag der Kommission 31 Stimmen	Proposition de la commission 31 voix	
Art. 38ter	Art. 38ter	180
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		180
Art. 39	Art. 39	180
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		180
Angenommen	Adopté	
Ziff. Ibis Titel,	Ch. Ibis titre,	181
Ziff. 1 Ingress	ch. 1 préambule	
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 336e Abs. 1 Bst. c und Abs. 2	Art. 336e al. 1 let. c et al. 2	181
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Abs. 1	Al. 1	
Abs. 2	Al. 2	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Hänsenberger, Berichterstatter		181
Masoni		181
Hänsenberger, Berichterstatter		181
Hefti		181
Schmid		181
Abstimmung	Vote	181
Antrag der Minderheit 2 Stimmen	Proposition de la minorité 2 voix	
Antrag der Mehrheit 28 Stimmen	Proposition de la majorité 28 voix	
Art. 361 Abs. 1, Art. 362 Abs. 1	Art. 361 al.1, Art. 362 al.1	181
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Ziff. 2 Ingress	Ch. 2 préambule	182
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	

Art. 12	Art. 12	182
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Knüsel	Proposition Knüsel	
Hänsenberger, Berichterstatter		182
Knüsel		182
Hänsenberger, Berichterstatter		182
Knüsel		182
Angenommen gemäss Antrag der Kommission	Adopté selon la proposition de la commission	
Art. 31 Abs. 1 erster Satz	Art. 31 al. 1 phrase 1	182
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 44bis	Art. 44bis	182
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Ziff. 3 Ingress, Titel und Ingress	Ch. 3 préambule, titre et préambule	183
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Schönenberger	Proposition Schönenberger	
Hänsenberger, Berichterstatter		183
Schönenberger		184
Schmid		184
Meier Josi		184
Weber		184
Egli, Bundespräsident		184
Abstimmung	Vote	185
Antrag Schönenberger 3 Stimmen	Proposition Schönenberger 3 voix	
Antrag der Kommission 35 Stimmen	Proposition de la commission 35 voix	
Ziff. IIIbis	Ch. IIIbis	185
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 16b	Art. 16b	185
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		185
Angenommen	Adopté	
Art. 28a	Art. 28a	185
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Hefti	Proposition Hefti	

Hefti 186
Egli, Bundespräsident 186

Abstimmung	Vote	186
Antrag Hefti 14 Stimmen	Proposition Hefti 14 voix	
Antrag der Kommission 18 Stimmen	Proposition de la commission 18 voix	
Art. 29bis	Art. 29bis	186
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Art. 34 Abs. 4	Art. 34 al. 4	186
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Ziff. Iter Titel Bst. a-d	Ch. Iter titre, let a - d	186
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		186
Angenommen	Adopté	
Ziff. Iter Bst. e	Ch. Iter let. e	186
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Anträge Weber	Propositions Weber	
Weber		187
Egli, Bundespräsident		187
Abstimmung	Vote	188
Antrag Weber 10 Stimmen	Proposition Weber 10 voix	
Antrag der Kommission 21 Stimmen	Proposition de la commission 21 voix	
Ziff. Iter Bst. f	Ch. Iter let. f	188
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Ziff. Iquater	Ch. Iquater	188
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Gesamtabstimmung	Vote sur l'ensemble	188
Für Annahme des Gesetzesentwurfs 30 Stimmen (Einstimmigkeit)		

B

Bundesgesetz über die Krankengeldversicherung inklusive Taggeld bei Mutterschaft	Loi fédérale sur l'assurance d'uune indemnité journalière, y compris l'indemnité journalière en cas de maternité	
Antrag der Kommission Nichteintreten	Proposition de la commission Ne pas entrer en matière	188
Antrag Weber Eintreten	Proposition Weber Entrer en matière	188
Hänsenberger, Berichterstatter		188
Weber		188
Schmid		189
Weber		189
Egli, Bundespräsident		189
Weber		189
Angenommen gemäss Antrag der Kommission	Adopté selon la proposition de la commission	
Abschreibung	Classement	189
Motion des Nationalrates (Kommission) Krankenversicherung. Finanzierung	Motion du conseil national (commission) Assurance-maladie. Financement	189
Initiative des Kantons Genf Schutz der Mutterschaft	Initiative du canton de Genève Protection de la maternité	190
Petition Mouvement populaire des familees. Nein zur Erhöhung der Krankenkassenprämien	Pétition Mouvement populaire des familles. Non à la hausse des cotisations de l'assurance-maladie	190

3	Differenzen	Divergences	
3.1	Nationalrat	Conseil national	
	Eggli-Winterthur, Berichterstatter		193
	Dupont	Rapporteur	193
	A Bundesgesetz über die Krankenpflegeversicherung und die Leistungen bei Mutterschaft	Loi fédérale sur l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et des prestations en cas de maternité	
	Titel Antrag der Kommission Angenommen	Titre Proposition de la commission Adopté	
	Art. 1 Abs. 4 und 4bis Antrag der Kommission Abs. 4 Mehrheit Minderheit Abs. 4bis Mehrheit Minderheit	Art. 1 al. 4 et 4bis Proposition de la commission Al. 4 Majorité Minorité Al. 4bis Majorité Minorité	194
	Abs. 4	Al. 4	194
	Eggli-Winterthur, Berichterstatter		194
	Angenommen	Adopté	
	Eggli-Winterthur, Berichterstatter		194
	Dupont	Rapporteur	194
	Günter		195
	Gautier		195
	Allenspach		195
	Abstimmung	Vote	195
	Für den Ordnungsantrag Günter 17 Stimmen Dagegen 79 Stimmen		

Art. 3 Abs. 4bis	Art. 3 al. 4bis	195
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		196
Dupont	Rapporteur	196
Angenommen	Adopté	
Art. 5 Abs. 1	Art. 5 al. 1	196
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		196
Angenommen	Adopté	
Art. 6bis Abs. 1	Art. 6bis al. 1	196
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		196
Angenommen	Adopté	
Art. 11a	Art. 11a	196
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		196
Angenommen	Adopté	
Art. 12 Randtitel, Abs. 1 Ziff. 2 und Abs. 5	Art. 12 titre marginal, al. 1 ch. 2 et al. 5	196
Randtitel	Titre marginal	196
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		196
Angenommen	Adopté	
Abs. 1 Ziff. 2	Al. 1 ch. 2	196
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		196
Angenommen	Adopté	
Abs. 5	Al. 5	197
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		197
Angenommen	Adopté	
Art. 12bis Abs. 1	Art. 12 al. 1	197
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		197
Angenommen	Adopté	

Art. 12ter	Art. 12ter	197
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Art. 12quater Abs. 3	Art. 12quater al. 3	197
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		197
Angenommen	Adopté	
Art. 14bis Abs. 3	Art. 14bis al. 3	197
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Dupont	Rapporteur	197
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		197
Allenspach, Sprecher der Minderheit		197
Basler		198
Spälti		199
Darbellay		199
Fierz		199
Jaggi		200
Wick		200
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		200
Dupont	Rapporteur	201
Cotti, Bundesrat		201
Allenspach, Sprecher der Minderheit		201
Abstimmung	Vote	201
Antrag der Minderheit 72 Stimmen	Proposition de la minorité 72 voix	
Antrag der Mehrheit 76 Stimmen	Proposition de la majorité 76 voix	
Art. 14bis Abs. 4	Art. 14bis al. 4	201
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		201
Angenommen	Adopté	
Art. 19bis Abs. 1	Art. 19bis al. 1	201
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	

Eggli-Winterthur, Berichterstatter		201
Angenommen	Adopté	
Art. 19bis Abs. 3	Art. 19bis al. 3	201
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		201
Angenommen	Adopté	
Art. 19bis Abs. 5 und 6	Art. 19bis al. 5 et 6	201
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Abs. 5	Al. 5	
Antrag Meyer-Bern		202
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		202
Meyer-Bern		202
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		202
Dupont	Rapporteur	203
Allenspach		203
Meyer-Bern		203
Abstimmung	Vote	203
Für den Antrag Meyer-Bern 66 Stimmen (Einstimmigkeit)		
Art. 22quinquies Abs. 1	Art. 22quinquies al. 1	203
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		203
Angenommen	Adopté	
Art. 22quinquies Abs. 1bis und 2	Art. 22quinquies al. 1bis et 2	203
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		203
Angenommen	Adopté	
Art. 22quinquies Abs. 4	Art. 22quinquies al. 4	203
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		203
Angenommen	Adopté	
Art. 23 Abs. 2	Art. 23 al. 2	203
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	

Eggli-Winterthur, Berichterstatter		203
Angenommen	Adopté	
Art. 25 Abs. erster Satz	Art. 25 al. 3 première phrase	203
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		203
Angenommen	Adopté	
Art. 30ter	Art. 30ter	204
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		204
Angenommen	Adopté	
Art. 37 Abs. 2	Art. 37 al. 2	204
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		204
Angenommen	Adopté	
Art. 38bis Abs. 2	Art. 38bis al. 2	204
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Günter		204
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		204
Dupont	Rapporteur	204
Günter		204
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		205
Dupont	Rapporteur	205
Cotti, Bundesrat		205
Günter		205
Angenommen gemäss Antrag der Kommission	Adopté selon la proposition de la commission	
Art. 39 Abs. 2	Art. 39 al. 2	205
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		205
Angenommen	Adopté	
Ibis. Aenderung anderer Bundesgesetze	Ibis. Modification d'autres lois	206

Ziff. 1, Art. 336e, Abs. 2	Ch. 1, art. 336e al. 2	206
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		206
Früh, Sprecher der Minderheit		206
Fischer-Sursee		206
Borel		206
Fetz		207
Darbellay		207
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		207
Dupont	Rapporteur	207
Abstimmung	Vote	207
Antrag der Mehrheit 75 Stimmen	Proposition de la majorité 75 voix	
Antrag der Minderheit 64 Stimmen	Proposition de la minorité 64 voix	
Ziff. 2	Ch. 2	207
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		207
Ziff. 3	Ch. 3	207
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Früh	Proposition Früh	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		207
Dupont	Rapporteur	209
Früh		210
Fetz		211
Gautier		212
Allenspach		213
Günter		213
Segmüller		214
Zehnder		214
Vannay		215
Morf		215
Borel		215
Aubry		216
Hari		216
Reimann		216
Leuenberger Moritz		216
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		217

Dupont	Rapporteur	217
Cotti, Bundesrat		218
Abstimmung	Vote	219
Antrag Früh 17 Stimmen	Proposition Früh 17 voix	
Antrag der Kommission 124 Stimmen	Proposition de la commission 124 voix	
IIIbis	IIIbis	220
Taggeld bei Mutterschaft	Alocation en cas de maternité	
Art. 16b (neu)	Art. 16b (nouveau)	220
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Fetz	Proposition Fetz	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		220
Dupont	Rapporteur	220
Fetz		220
Cotti, Bundesrat		220
Abstimmung	Vote	220
Antrag Fetz 25 Stimmen	Proposition Fetz 25 voix	
Antrag der Kommission 69 Stimmen	Proposition de la commission 69 voix	
Art. 19a Abs. 2 (neu)	Art. 19a al. 2 (nouveau)	220
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		220
Dupont	Rapporteur	221
Angenommen	Adopté	
Art. 28a	Art. 28a	221
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Allenspach, Sprecher der Minderheit		221
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		222
Dupont	Rapporteur	222
Vannay		222
Bonny		223
Reimann		223
Segmüller		224

Eggli-Winterthur, Berichterstatter		224
Cotti, Bundesrat		224
Abstimmung	Vote	224
Antrag der Minderheit 12 Stimmen	Proposition de la minorité 12 voix	
Antrag der Mehrheit 124 Stimmen	Proposition de la majorité 124 voix	
Art. 29bis	Art. 29bis	224
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Fetz	Proposition Fetz	
Angenommen gemäss Antrag der Kommission	Adopté selon la proposition de la commission	
Art. 34 Abs. 4	Art. 34 al. 4	225
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Iter Uebergangsbestimmungen	Iter Dispositions transitoires	225
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		225
Dupont	Rapporteur	225
Cotti, Bundesrat		225
Bst. e Abs. 3 und 4	Let. e al. 3 et 4	225
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Antrag Reimann	Proposition Reimann	
Abstimmung	Vote	225
Antrag Reimann 29 Stimmen	Proposition Reimannn 29 voix	
Antrag der Kommission 72 Stimmen	Proposition de la commission 72 voix	
B Bundesgesetz über die Krankengeldversicherung inklusive Taggeld bei Mutterschaft	B Loi fédérale sur l'assurance d'une indemnité journalière, y compris l'indemnité journalière en cas de maternité	
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	225
Mehrheit	Majorité	
Minderheit	Minorité	
Reimann, Sprecher der Minderheit		226

	Carobbio		226
	Eggli-Winterthur, Berichterstatter		227
	Dupont	Rapporteur	227
	Cotti, Bundesrat		227
	Abstimmung	Vote	227
	Antrag der Minderheit 38 Stimmen	Proposition de la minorité 38 voix	
	Antrag der Mehrheit 71 Stimmen	Proposition de la majorité 71 voix	
	Initiative des Kantons Genf Schutz der Mutterschaft	Initiative du canton de Genève Protection de la maternité	227
3.2	Ständerat	Conseil des Etats	
	Art. 6bis, 12bis, 14bis, 19bis Abs. 3	Art. 6bis, 12bis, 14bis, 19bis al. 3	231
	Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
	Hänsenberger, Berichterstatter		231
	Angenommen	Adopté	
	Art. 19bis Abs. 5 und 6	Art. 19bis al. 5 et 6	232
	Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
	Hänsenberger, Berichterstatter		232
	Angenommen	Adopté	
	Hänsenberger, Berichterstatter		232
	Weber		232
	Hänsenberger, Berichterstatter		233
	Bauer		233
	Cotti, Bundesrat		233
	Masoni		233
	Abstimmung	Vote	233
	Für den Antrag der Mehrheit (Festhalten) 8 Stimmen		
	Für den Antrag der Minderheit (Zustimmung zum Nationalrat) 24 Stimmen		

Art. 23 und 25	Art. 23 et 25	233
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		234
Hefti		234
Hänsenberger, Berichterstatter		234
Angenommen	Adopté	
Art. 38bis	Art. 38bis	234
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	
Ziff. IIIbis	Ch. IIIbis	234
Art. 16b Abs. 1bis und 3	Art. 16b al. 1bis et 3	234
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		234
Angenommen	Adopté	
Art. 19a Abs. 2	Art. 19a al. 2	234
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		234
Angenommen	Adopté	
Ziff. Iter Bst. e Abs.2-4	Ch. Iter let. e al. 2 à 4	234
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Hänsenberger, Berichterstatter		234
Angenommen	Adopté	

3.3 Nationalrat — Conseil national

Art. 19bis Abs. 5 und 6	Art. 19bis al. 5 et 6	237
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Eggli-Winterthur, Berichterstatter		237
Darbellay	Rapporteur	238
Angenommen	Adopté	
Ziff.IIIbis Art.19a Abs.2	Ch. IIIbis art. 19 al. 2	238
Antrag der Kommission	Proposition de la commission	
Angenommen	Adopté	

3	Diskussion über Mutterschaftsversicherung	Discussion sur l'assurance maternité	
	Nationalrat	Conseil national	
	Eintretensdebatte	Débat sur l'entrée en matière	5-35
	Krankengeldversicherung	Assurance d'une indemnité journalière	40-45
	Antrag Basler	Proposition Basler	114-118
	Antrag Allenspach	Proposition Allenspach	125-131
	Vorlage B	Projet B	132-139
	Differenzen	Divergences	207-227 237-238
	Ständerat	Conseil des Etats	
	Erewerbsersatzordnung bei Mutterschft	Allocations pour perte de gain en cas de maternité	183-188
	Vorlage B	Projet B	188-189
	Differenzen	Divergences	231/234

4 Rednerliste — Liste des orateurs

4.1 Nationalrat — Conseil national

Allenspach	21,39,41,49,55,64,73,76,86, 96,108,113,117,123,125,195, 197,201,203,213,221
Ammann-Bern	43,134
Aubry	216
Basler	15,40,106,114,122,198,211
Berger	25,50,129
Blocher	116
Bonnard	43
Bonny	63,107,223
Borel	28,60,64,206,215
Bratschi	80
Carobbio	69,226
de Chastonay	80
Chopard	114
Christinat	23,35,139,140
Cotti, Bundesrat	201,205,218,220,224,227
Coutau	95
Darbellay	24,43,199,207,238
Dupont, rapporteur	10,31,44,46,47,49,50,53,56, 58,60,63,65,66,67,70,72,74, 75,77,83,84,86,87,88,89,92, 93,97,99,104,109,111,112, 113,114,117,120,124,130,135, 136,140,141,193,194,196,197, 201,203,204,205,207,209,217, 222,225,227
Eggli-Winterthur, Berichterstatter	5,29,35,39,43,46,47,49,50,53, 56,58,60,63,65,67,69,70,72, 74,75,77,82,84,86,87,88,89,92, 93,96,99,101,103,108,111, 113,114,117,120,123,130,135, 136,140,141,142,143,193,194, 196,197,200,201,202,203,204, 205,206,207,217,220,222,224, 225,227,237
Eggly-Genève	111

Egli, Bundesrat 31,35,39,45,46,49,53,56,58,61,63,65,66,67,70,73,74,75,77,83,85,86,88,90,92,93,97,99,104,109,111,112,113,114,117,124,131,135,137,140,143
Eisenring 22
Fetz 207,211,220
Fierz 199
Fischer-Sursee 119,206
Früh 28,42,52,60,79,103,206,210
Gautier 3,4,107,115,127,142,195,212
Grendelmeier 46,52,61,63,141,142
Günter 12,35,38,45,47,48,54,56,76,87,103,115,128,195,204,205,213
Gurtner 52,65,128
Hari 216
Hegg 19,46,59,74,127
Hösli 27,49,55,76,91,95
Jaggi 200
Jeanneret 139
Landolt 26,81,89,98,116
Leuenberger Moritz 116,216
Longet 27
Mascarin 17,73
Massy 20
Meyer-Bern 26,81,110,202,203
Morf 215
Neukomm 72,84,93
Pfund 66,79
Pitteloud 64
Reimann 48,76,77,89,122,126,136,216,223,226
Revaclier 62
Sager 78,83
Schmid 29
Schüle 69
Segmüller 16,42,52,57,66,77,82,91,116,129,214,224
Seiler 11,34,105,129
Spälti 23,93,108,199
Stucky 57,95
Vannay 26,37,51,68,215,222
Wick 24,58,68,73,82,139,200
Zbinden 117
Zehnder 14,41,55,74,76,79,85,88,90,103,105,112,115,116,123,141,214
Ziegler 25,106

4.2 Staenderat — Conseil des Etats

Andermatt	152
Arnold	159,160,161
Bauer	151,166,170,175,233
Binder	176
Bührer	153,158,166,172
Cotti, Bundesrat	233
Debétaz	175
Egli, Bundespräsident	154,157,160,164,168,170,172, 173,176,179,185,186,188
Hänsenberger Berichterstatter	147,156,157,158,160,161,162, 163,164,165,166,168,170,171, 172,174,177,178,179,180,181, 182,184,185,187,188,189,231, 232,233,234
Hefti	157,180,185
Jagmetti	169
Knüsel	181
Masoni	167,169,180,233
Meier Josi J.	150,156,167,168,173,183
Reymond	163,175
Schmid	169,176,180,183,188
Schönenberger	152,183
Weber	158,160,179,183,186,187,188, 232

Nationalrat
Conseil national

Sitzung vom
Séance du 1./2./3.4./10.und 12./13.12.1984

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision
Assurance-maladie. Révision partielle

Botschaft und Gesetzentwurf vom 19. August 1981 (BBl II, 1117)
Message et projet de loi du 19 août 1981 (FF II, 1069)

Herr **Gautier** unterbreitet die folgenden schriftlichen Bemerkungen über das Vorgehen:

1. Die Kommission unterbreitet ein Sofortprogramm. Ein Eintretensbeschluss bedeutet, dass der Rat auf das Sofortprogramm eintritt. Die nicht im Sofortprogramm enthaltenen Artikel stehen damit nicht zur Diskussion, ausser bei Vorliegen von Anträgen.
Die Behandlung der ganzen bundesrätlichen Vorlage müsste mit einem Rückweisungsantrag an die Kommission verlangt werden.

2. Die Kommissionsmehrheit beantragt die Aufteilung in zwei Bundesgesetze:

A Bundesgesetz über die Krankenpflegeversicherung inklusive Erweiterung der Leistungen bei Mutterschaft.

B Bundesgesetz über die Krankengeldversicherung inklusive Taggeld bei Mutterschaft

Die Kommissionsminderheit und der Bundesrat stellen den Antrag, die revidierten Bestimmungen in einer Vorlage dem Parlament zu unterbreiten.
Bei Teilung der Vorlage entscheidet der Rat nach der Eintretensdebatte zum Bundesgesetz B über die Frage einer obligatorischen Krankengeldversicherung; wird die Gesetzesrevision in einer Vorlage beraten, wird dieser Entscheid grundsätzlich bei Artikel 1 Absatz 4 getroffen.

3. Der Ratspräsident schlägt Ihnen vor, wie folgt vorzugehen:
Nach der Eintretensdebatte finden folgende Abstimmungen statt:

1. Abstimmung über eine eventuelle Teilung der Vorlage.

2. Abstimmung über Eintreten auf eine Vorlage oder auf das Bundesgesetz A.

3. Abstimmung über die Frage, ob die Bestimmungen über die Mutterschaft in einem gesonderten Gesetz zu regeln sind (Minderheitsantrag II Günter). Wird dieser Antrag angenommen, hat der Bundesrat eine entsprechende Vorlage zu unterbreiten.

4. Das Sofortprogramm wird im übrigen wie jede andere Vorlage beraten.

5. Nach Beratung im Erstrat geht das Sofortprogramm an den Ständerat. Die nicht im Sofortprogramm enthaltenen Vorschläge des Bundesrates werden zu einem späteren Zeitpunkt beraten, frühestens aber nach Verabschiedung des Sofortprogramms im Ständerat.

M. **Gautier** soumet la note écrite suivante sur la procédure à suivre:

1. La commission vous soumet un programme d'urgence. Une décision d'entrer en matière signifie que le conseil entre en matière sur le programme d'urgence. Les articles ne figurant pas dans le programme d'urgence ne sont donc pas mis en discussion, sauf si des propositions sont présentées. L'examen de l'ensemble du projet du Conseil fédéral ne peut être demandé que par une proposition de renvoi à la commission.

2. La majorité de la commission propose de diviser le programme d'urgence en deux lois:

A Loi fédérale sur l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, y compris l'extension des prestations en cas de maternité, et

B Loi fédérale sur l'assurance d'une indemnité journalière, y compris l'indemnité journalière en cas de maternité.

Le Conseil fédéral et la minorité de la commission proposent que le programme d'urgence soit traité en une seule et même loi.
Si le conseil décide de traiter le programme d'urgence en deux lois, la décision concernant l'assurance d'une indemnité journalière obligatoire aura lieu en principe en relation avec l'entrée en matière sur la loi B. Si le programme d'urgence est traité en une seule loi, cette décision sera prise au moment de l'examen de l'article 1er, 4e alinéa.

3. Le président du conseil vous propose de procéder de la manière suivante:
Après la discussion sur l'entrée en matière, le conseil votera

1. Sur la question d'une éventuelle division du programme d'urgence en deux lois.

2. Sur l'entrée en matière sur le programme d'urgence entier ou sur la loi A.

3. Sur la proposition de la minorité II (Günter) qui veut biffer tous les articles concernant l'assurance en cas de maternité et les présenter dans une loi séparée. Si la proposition est acceptée, le Conseil fédéral devra soumettre une telle loi au conseil.

4. Le programme d'urgence est traité comme les autres projets de loi.

5. Après avoir été adopté par le Conseil national, le programme d'urgence sera transmis au Conseil des Etats. Les dispositions du projet du Conseil fédéral qui ne se trouvent pas dans le programme d'urgence seront traitées le plus tôt possible, après l'acceptation du programme d'urgence par le Conseil des Etats.

Antrag der Kommission

Mehrheit

Aufteilung in zwei Bundesgesetze

Minderheit I

(Zehnder, Borel, Bratschi, Butty, Columberg, Darbellay, Eggli-Winterthur, Gloor, Meyer-Bern, Neukomm, Seiler, Segmüller, Vannay)

Die Vorlage (Sofortprogramm) ist in *einem* Gesetzesbeschluss zu behandeln und zu genehmigen.

Minderheit II

(Günter)

– Alle Artikel, welche die Mutterschaftsversicherung betreffen, sind aus dem Gesetz zu streichen (z. B. Art. 1 Abs. 2, Art. 14 Abs. 2, Ziff. 3 Bst. c und Ziff. 4, Art. 14 Abs. 4 bis 6 und 7 neu, Art. 36 und allenfalls weitere, die Mutterschaftsversicherung betreffende Artikel. Sinngemäss wären z. B. zu ändern: Art. 3 Abs. 4bis und 14bis Abs. 2).
– Diese Bestimmungen sind in einem eigenen Gesetz vorzulegen.
– Die Finanzierung dieser Versicherung hat aus allgemeinen Bundesmitteln zu erfolgen.

Antrag Seiler

Rückweisung an den Bundesrat mit dem Auftrag, dem Parlament die folgenden neuen Vorlagen zu unterbreiten:

1. Einen allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss mit insbesondere dem folgenden Inhalt:

a. ein Paket von wirkungsvollen Massnahmen zur Eindämmung der Kosten in allen Bereichen der Krankenversicherung;

b. eine Regelung der Beiträge der öffentlichen Hand mit dem Ziel, den sozialen Ausgleich besser zu berücksichtigen und die Prämien für alle Bevölkerungsschichten tragbar zu halten.

Dieser Bundesbeschluss ist allenfalls im Sinne von Artikel 89bis der Bundesverfassung dringlich zu erklären, in jedem Fall aber zu befristen.

2. Einen allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss (evtl. Bundesgesetz) über die Mutterschaftsversicherung.

3. Ein Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Totalrevision).

Ordnungsantrag Günter

Die Abstimmung über die Aufteilung der Vorlage findet erst nach der Detailberatung statt.

Proposition de la commission

Majorité

Diviser le programme d'urgence en deux lois

Minorité I

(Zehnder, Borel, Bratschi, Butty, Columberg, Darbellay, Eggli-Winterthour, Gloor, Meyer-Berne, Neukomm, Seiler Segmüller, Vannay)

Le projet (programme d'urgence) doit être traité et adopté en une seule et même loi.

Minorité II

(Günter)

– Tout les articles qui concernent l'assurance en cas de maternité doivent être biffés de la loi (p.ex. les art. 1er 2e al., 14 2e al., ch. 3 let. *c* et ch. 4, 14 4e au 6e al., 14 7e

al. nouveau et 36; le cas échéant, les autres articles relatifs à cette assurance doivent également être biffés de la loi). Sont par analogie à modifier les articles 3 alinéa 4bis et 14bis 2e alinéa.
– Ces dispositions doivent être présentées dans une loi séparée.
– Le financement doit se faire au moyen de subsides fédéraux généraux.

Proposition Seiler

Renvoi au Conseil fédéral en l'invitant à soumettre au Parlement les nouveaux projets suivants:

1. Un arrêté fédéral de portée générale comprenant notamment:

a. Un train de mesures propres à enrayer la hausse des coûts dans les divers secteurs de l'assurance-maladie;

b. Une réglementation des contributions des pouvoirs publics qui assure une meilleure égalité sociale et permette de fixer les primes à un niveau supportable pour toutes les couches de la population.

Cet arrêté, qui pourrait être déclaré urgent au sens de l'article 89bis de la constitution, aurait de toute manière un caractère temporaire.

2. Un arrêté fédéral de portée générale (évent. une loi) sur l'assurance-maternité.

3. Une loi sur l'assurance-maladie (révision totale).

Motion d'ordre Günter

Le vote sur une éventuelle division du programme d'urgence aura lieu après la discussion de détail.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Mit Datum vom 19. August 1981 veröffentlichte der Bundesrat die Botschaft über die Teilrevision der Krankenversicherung. Der Entwurf enthielt vier zentrale Elemente, nämlich ein gesundheitspolitisches, ein sozialpolitisches, ein staatspolitisches und ein gesellschaftspolitisches Element.
Das gesundheitspolitische Element bezog sich auf die Leistungen der Krankenpflege (Spitalaufenthalt ohne zeitliche Begrenzung von bisher 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen und die Möglichkeit der Versicherung von Vorsorgeuntersuchung und Zahnbehandlung) sowie auf Massnahmen zur Kostendämmung.
Der sozialpolitische Aspekt ergibt sich aus der gezielten Ermässigung der Prämienlast für kinderreiche Familien und wirtschaftlich Schwache und aus dem Obligatorium der Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer, weil dadurch die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers gesichert ist.
Das staatspolitische Element liegt darin, dass die Tarifautonomie der Kantone beibehalten bleibt, sie dafür aber zur Hälfte bei den Subventionen und der Prämienverbilligung für wirtschaftlich Schwache verpflichtet werden. Hier spielt die Neuordnung der Aufgabenteilung, wie sie in diesem Rat bereits beschlossen wurde, hinein.
Das gesellschaftspolitische Element des Entwurfes ist die Neuordnung der Mutterschaftsversicherung innerhalb der Krankenversicherung als materieller Gegenentwurf zur Volksinitiative «für einen wirksamen Schutz der Mutterschaft».
Bei ihrer Arbeit musste die Kommission davon ausgehen, dass sich auf dem Gebiet die vielfältigsten Interessen, ja gegensätzliche Interessen, gegenüberstehen. Selbst unter den Versicherten sind Gegensätze vorhanden, so zum Beispiel zwischen jung und alt, reich und arm, Frau und Mann, die alle einen möglichst guten, aber auch einen möglichst preisgünstigen Versicherungsschutz möchten. Die Krankenkassen vertreten verständlicherweise den Standpunkt, dass die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Sozialhypotheken durch Bundesbeiträge voll abgegolten werden müssen; sie bestehen auf der Autonomie ihrer Tätigkeit.
Daneben gibt es die Interessen der Kantone, der Ärzte, der Apotheken, der pharmazeutischen Industrie, der Krankenschwestern, der Therapeuten, der Kurorte, der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer usw., die alle an einer gut funktionierenden Versicherung interessiert sind, jedoch keine Beschränkung ihrer Tätigkeit dulden, sondern im Gegenteil sehr oft an der Krankenversicherung noch mehr verdienen wollen.
Kurz zusammengefasst kann man feststellen, dass die Krankenversicherung ausgebaut werden soll. Alle Beteiligten sollen wie bisher auf Kosten der Sozialversicherung ihr Schäfchen ins Trockene bringen, zusätzliche Berufe wollen ebenfalls auf Kosten der Sozialversicherung eine garantierte Stelle und Einkommen, aber es darf weder für den Bund noch für die Krankenkassen bzw. den Versicherten mehr kosten, sondern sollte billiger werden. In Kenntnis dieser schwierigen Aufgabe ging die Kommission an die Arbeit.
Infolge eines zweitägigen Hearings mit den Organisationen, Sanitätsdirektorenkonferenz, Krankenkassenkonkordat, Federatio Medicorum Helveticorum (FMH), Privatassekuranz, VESKA, Arbeitgeberorganisationen, Gewerbeverband, Bauernverband, Verband Schweizerischer Angestellter (VSA), Christlichnationaler Gewerkschaftsbund (CNG), Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) zeigte es sich erneut, wie weit die Meinungen auseinandergingen. Alle Teilnehmer waren sich indessen darüber einig, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen Kostendämpfungsmassnahmen ungenügend seien, doch fanden Gegenvorschläge keine Gegenliebe bei den anderen Gruppierungen.
In der dreitägigen Eintretensdebatte zeigte es sich dann nochmals, wie weit die Meinungen auseinandergingen. Man war sich zwar einig, dass das zurzeit gültige Gesetz zu revidieren sei. Zahlreiche Anträge wurden angekündigt, die sich aber auch wieder widersprachen. Trotzdem, und das erstaunt noch im Rückblick, wurde einstimmig und ohne Enthaltung Eintreten auf die Vorlage beschlossen. Dieser einstimmige Beschluss musste bereits damals relativiert werden, denn fast jedermann macht Vorbehalte und erklärte, an diesem Gesetz zwar zu arbeiten, aber wenn notwendig am Schluss doch noch frei in der Entscheidung sein zu wollen. Gleichzeitig wurde beschlossen, die Vorlage in drei Teilen, nämlich erstens die obligatorische Taggeldversicherung, zweitens die Mutterschaftsversicherung und drittens die Krankenpflegeversicherung zu behandeln.
Diese Reihenfolge wurde nicht willkürlich gewählt, sondern ganz bewusst, denn im November 1981 war durch den Bundesrat die Sparkonferenz einberufen worden. Wir wollten für die Krankenpflegeversicherung die Sparvorschläge abwarten und nach Möglichkeit in die Gesetzesvor age einbauen. Weiter lagen neue Finanzierungsmodelle vor, so unter anderem eines von der Privatassekuranz. Auch beauftragten wir den Bundesrat, die Stellungnahme der Finanzdirektoren einzuholen und anderes mehr.
Zur Behandlung der Taggeldversicherung wurde eine Subkommission, die eine Verständigungslösung mit den Sozialpartnern erarbeitete, eingesetzt. Die ganze Teilrevision wurde in insgesamt 36 Sitzungstagen in erster Lesung behandelt. Dabei darf ganz klar festgestellt werden, dass sehr oft um Entscheide gerungen wurde. Innerhalb der Kommission fanden harte Auseinandersetzungen statt, und die Interessengegensätze prallen hart aufeinander. Das führte auch dazu, dass viele Entscheide durch den Stichentscheid des Präsidenten erfolgten. So konnte endlich im Herbst 1983 die erste Lesung der Teilrevision abgeschlossen werden. Das Ergebnis der ersten Lesung kann wie folgt zusammengefasst werden:
1. Die Leistungen: Die erste Lesung führte zu keinen grundlegenden Änderungen im Leistungskatalog, mit Ausnahme betreffend Klimakuren und einer Ausdehnung des «Zahnbehandlungsbegriffes», wobei dem Bundesrat aber die Verordnungskompetenz zugewiesen wurde.
Entscheidend ist, dass der Leistungskatalog an sich nicht viel über die Kosten aussagt. Den Ausschlag gibt die Inanspruchnahme der gesetzlichen Leistungspflichten wie die von den Kassen freiwillig aufgrund ihrer Statuten erweiterten Leistungen. Dass dies nicht blosse Theorie ist, lehrt die Erfahrung der letzten 20 Jahre, welche eine massgebliche Erweiterung des Leistungsspektrums der Kassen zeigt, ohne dass der Gesetzgeber vermehrte Pflichten vorgeschrieben hätte!

2. Die Kosteneindämmung: Diese wurde von der Kommission auf der Grundlage der Arbeiten der Sparkonferenz in wesentlichen Punkten verstärkt. Kritik der Krankenkassen «am fehlenden politischen Willen» muss man zurückweisen! Eine Ausnahme ist allerdings zu erwähnen: Verzicht auf die Preisbindung bei pharmazeutischen Spezialitäten. Dieser Beschluss geht hinter den Status quo zurück. Der Bundesrat will am ursprünglichen Entwurf festhalten.
Die wichtigsten Verstärkungen im Sinne einer Kosteneindämmung sind
die Höchstsätze (Spitäler, Art. 22septies Abs. 2),
die Grundsätze für Tarifanpassungen (Art. 22septies Abs. 4),
die Behandlungspauschale, höchstens 60 Prozent der Betriebskosten der Spitäler (Art. 22quinquies Abs. 1),
die Betriebsvergleiche und eventuell Sanktionen (Art. 22septies Abs. 3).
Mit diesen Massnahmen sollte es gelingen – wie die gute Erfahrung bei den Medikamentenpreisen zeigt –, von der Tarifseite her dem Kostenauftrieb zu wehren.
3. Die Finanzierung: Wie erwähnt, hält die nationalrätliche Kommission am geltenden Finanzierungsmodus über Mitgliederbeiträge, Kostenbeteiligung und Subventionen fest. Immerhin sei nochmals betont, dass die Subventionierung im Vergleich zur geltenden Regelung sozial gezielter und familienfreundlicher erfolgt, wie die Tabellen 9 und 10 der Botschaft belegen.
Mit der wichtigen Ausnahme der Kostenbeteiligung sind daher keine wesentlichen Änderungen gegenüber dem Entwurf beschlossen worden.
Die Einführung einer Jahresfranchise und die Ausdehnung der Kostenbeteiligung auf die stationäre Behandlung führt zu einer stärkeren Belastung der Versicherten. Der Umfang ist noch offen, weil die Jahresfranchise und der Höchstbetrag der Kostenbeteiligung durch Verordnung festzulegen sein werden, nach ursprünglicher Fassung des Entwurfes eine Mehrbelastung gegenüber der geltenden Ordnung von rund 15 Prozent, nach Beschluss der Kommission und entsprechender Variante (Franchise 100 Franken, Höchstbetrag 400 Franken) rund 55 Prozent mehr.
Diese markante Selbstbeteiligung führt zu einer Entlastung der Kassen und zu entsprechender Prämienreduktion und stärkt das Kosten- und Verantwortungsbewusstsein der Versicherten.
Relativ knapp abgelehnt wurde das Privatassekuranz-Modell einer schematischen Berücksichtigung der Belastung der Versicherten gemessen am steuerbaren Einkommen. Es ist dies ein Zeichen für die Vorbehalte der vorgeschlagenen Subventionierungsordnung. Man möchte vermehrt Subventionen zur Prämienverbilligung für wirtschaftlich Schwache. Diese Absicht ist zwar richtig. Man muss aber folgendes beachten: Die heutigen Subventionen sind sachlich begründet und verlangen die Abgeltung von gesetzlichen Auflagen in einer freiwilligen Versicherung, die von privatrechtlich organisierten Institutionen durchgeführt wird. Eine Aufhebung dieses Subventionssystems bedingt deshalb auch Änderungen in anderen Bereichen: Entweder die Aufhebung bestimmter gesetzlicher Auflagen, zum Beispiel «Freigabe» der Frauenprämie, was zu einer Prämiendifferenz zwischen Männern und Frauen von rund 60 Prozent führen würde!
Oder dann die Einführung des allgemeinen Versicherungsobligatoriums. In diesem Fall müssten die gesetzlichen Auflagen nicht unbedingt durch Subventionen abgegolten werden, wenn gleichzeitig noch sichergestellt würde, dass es innerhalb und zwischen den Kassen nicht zu extremen Aufspaltungen in gute und schlechte Risiken kommt (z. B. Aufnahmepflicht für Familienangehörige).
Oder die Erschliessung neuer Finanzierungsquellen, um eine gezielte Prämienverbilligung für wirtschaftlich Schwache durchzuführen, ohne die bestehenden Subventionen aufzuheben.
Solange zwischen den wichtigsten politischen Gruppierungen keine Einigung auf der Basis einer der drei erwähnten Möglichkeiten stattfindet, erachtet die Mehrheit der Kommission ein Abgehen von der heutigen, im Entwurf immerhin modifizierten Subventionsordnung nicht für realisierbar. Zum Privatassekuranz-Modell wurde ein besonderer Bericht verfasst. Der Haupteinwand lautet, dass das Modell auf die Dauer finanziell nicht tragbar sei. Bei gleichbleibendem Verbilligungssatz, d. h. Übernahme der Prämien, die einen bestimmten Anteil des Einkommens überschreiten, und einer Teuerung in der Krankenversicherung, die über der Lohnsteigerung liegt – was in der Vergangenheit regelmässig der Fall war –, steigen die Subventionen wesentlich stärker als die Kosten! Eine spätere Erhöhung des Verbilligungssatzes dürfte politisch schwer realisierbar sein. Das Privatassekuranz-Modell wäre daher wahrscheinlich der Einstieg zu einer allgemeinen lohnprozentualen Finanzierung der Krankenversicherung, was von seinen Urhebern sicher nicht gewollt ist.
Bei der Krankengeldversicherung ist eine Erweiterung gegenüber dem Entwurf des Bundesrates erfolgt:

- Beginn ab dem dritten Tag,
- Höhere Leistungsdauer (720 Tage volles Taggeld; Entwurf 540 Tage volles Taggeld, 180 Tage vermindertes Taggeld),
- Einbezug von erwerbstätigen AHV-Rentnern.

Diese Lösung beruht auf dem Konsens der Sozialpartner. Aber der Beginn ab dem dritten Tag ist etwas problematisch, da höhere Prämien erforderlich und höhere Kosten zu erwarten sind, weil bei kurzen Krankheiten der Arbeitgeber auch nicht mehr unbedingt an einer strengen Kontrolle der krankheitsbedingten Absenzen interessiert ist.
Bei der Mutterschaftsversicherung wurden die Vorschläge des Entwurfes unverändert übernommen. Dies ist besonders wichtig, da es sich um den materiellen Gegenentwurf zur Volksinitiative «für einen wirksamen Schutz der Mutterschaft» handelt.
Nachdem das Resultat der ersten Lesung bekannt war, kamen von verschiedenen Seiten Stellungnahmen, die einer allgemeinen Unzufriedenheit Ausdruck gaben. Ich erinnere mich an folgende Bemerkung von Herrn Dr. Kocher, den die Kommission als wissenschaftlichen Experten angehört hatte:
«Vorbemerkend möchte ich festhalten, dass im schweizerischen Gesundheitswesen bekanntlich ein gravierender Mangel an wissenschaftlichen Studien und an aussagekräftigen Statistiken besteht. Es herrschen ‹meinen› und ‹glauben› statt ‹wissen›. Es gibt kaum einen anderen Politikbereich, in dem dermassen oberflächlich und ohne wirklich fundiertes Wissen diskutiert und entschieden wird. Entsprechend mangelhaft ist auch die Vorbereitung dieser Teilrevision. Dabei geht es hier um die Verwendung von Dutzenden von Milliarden Franken, von den humanitären Aspekten ganz zu schweigen. Zur gründlichen Vorbereitung einer solchen Gesetzesrevision, die ja Jahre, wahrscheinlich sogar Jahrzehnte gelten wird, sollte man einige Millionen Franken investieren (das schweizerische Gesundheitswesen kostet ja auch 1.6 Millionen Franken pro Stunde). Diese Kritik richtet sich nicht nur an das Departement oder das Bundesamt, die ja unter dem Personalstopp leiden, sondern auch an Sie (die Kommissionsmitglieder) als Parlamentarier. Für die Qualität unserer Gesetzgebung sind ja weitgehend Sie verantwortlich.» Soweit Dr. Kocher.
In diese Bemerkung einschliessen möchte ich aber auch alle am Gesundheitswesen Beteiligten. Allerdings ist es dort etwas anders, geht es doch in vielen Fällen um reine Interessenvertretung. Dabei sieht man nur seine Position und nicht das Ganze. Man vergisst, dass in das Gesundheitswesen und insbesondere in die Kostenentwicklung Momente hineinspielen, die auch in ganz anderen Bereichen der Politik mitspielen. Ich verweise als Beispiel auf die Bildungspolitik. Hier ist der Einfluss auf die Kostenentwicklung enorm.
Denken wir nur an die Ausbildung der Ärzte. Noch 1966 erklärte die Kommission Gsell, dass die Schweiz zuwenig Ärzte habe und für die Zukunft zuwenig ausbilde. Zwischen 1960 und 1981 aber ist die totale Ärztezahl von 7708 auf über 17 000, d. h. um 122 Prozent, gestiegen, während die Bevölkerung nur um 18 Prozent zugenommen hat. 1981 hatten wir somit einen Arzt auf 401 Einwohner. Die prospektive Studie

von Gilliand und Eichenberger sieht vor, dass bei konstanter Studentenzahl die Dichte im Jahr 1990 bei 320 Einwohnern liegt und im Jahr 2000 sogar bei 280 Einwohnern pro Arzt. Diese Ärzte haben wir im Jahre 1990 oder 2000, selbst dann, wenn wir ab sofort das Arztstudium verbieten würden. Aber wir werden auch dann die entsprechende Kostenentwicklung nicht verhindern können.

Wenn man in einer ruhigen Stunde vor der zweiten Lesung die Situation überdachte, so machte man sich folgende Überlegungen:

Wir wurden im Zusammenhang mit dieser Vorlage von den verschiedensten Kreisen mit Unterlagen und Anträgen überschwemmt. Danach hat man nicht mehr den Eindruck, dass nach der ersten Lesung ein breiter Konsens hinter der Vorlage steht. Insbesondere die Direktinteressierten stehen nicht unbedingt hinter dem Gesamtkonzept. Dieses verdient aber nach Ansicht der Kommission volle Unterstützung gegenüber den Partikularinteressen, denn wir sind überzeugt, dass es *per saldo* doch das trifft, was wir tun sollen.

Wenn wir auf das abstellen wollen, was die Mehrheit des Volkes will, so ist dies leicht zusammengefasst, nämlich die maximale ärztliche Versorgung, die Kosteneindämmung, neue Leistungen, weniger Subventionen, kurz alles, was bereits zur Diskussion gestellt wurde. Aber das wäre die Quadratur des Zirkels. Deshalb müssen wir uns, wohl oder übel, zu einem Kompromiss zusammenraufen.

Dafür dürfte die Vorlage aber die nunmehr beste Basis sein. Das soll nicht heissen, dass sie nicht noch geändert oder im Sinne eines guteidgenössischen Kompromisses verbessert werden könnte.

Diese Überlegungen führten zu Beginn der zweiten Lesung zum Antrag, eine Subkommission einzusetzen, die ein Sofortprogramm auszuarbeiten habe, das die wichtigsten Revisionsbestimmungen aufnehme, aber alle Punkte, die zu keiner Verständigung führen würden, weglassen sollte.

In der Sitzung vom 5. April 1984 beschloss die Gesamtkommission, dem Ordnungsantrag zuzustimmen, um die Arbeiten für die Teilrevision der Krankenversicherung möglichst wirksam zu straffen. Sie setzte zu diesem Zwecke eine wie folgt zusammengesetzte Subkommission «Sofortprogramm» ein: Allenspach, Basler, Dupont, Eggli (Vorsitz), Gautier, Segmüller, Zehnder. Diese hatten den Auftrag, bis zur nächsten Sitzung der Gesamtkommission vom 4. bis 6. (evtl. 7.) Juli 1984 für die dringendsten Revisionspostulate, insbesondere Kostendämpfung, Selbstbeteiligung der Versicherten, Finanzierung der Krankenpflegeversicherung, Definition der unerlässlichen Leistungsverbesserungen in der Krankenpflegeversicherung, Mutterschaftsversicherung, Krankengeldobligatorium für Arbeitnehmer, Lösungsvorschläge zu unterbreiten. Diese sollten einer gewissen «Opfersymmetrie» gerecht werden, dadurch die Chance des politischen Konsens auf sich vereinigen und eine möglichst speditive Verabschiedung durch die eidgenössischen Räte und somit eine rasche Verwirklichung ermöglichen.

Die Subkommission «Sofortprogramm» tagte an zwei zweitägigen (5./6. April 1984 und 12./13. April 1984) und drei eintägigen Sitzungen (30. April 1984, 18. Mai und 1. Juni 1984) in Bern. Sie konzentrierte sich bei ihrer Arbeit auf die erwähnten sechs hauptsächlichen Revisionsanliegen, suchte nach einvernehmlichen, politisch tragfähigen und praktisch rasch zu verwirklichenden Regelungen, klammerte ganz bewusst Bestimmungen aus, die sich nach eingehender Aussprache als politisch nicht konsensfähig erwiesen und verzichtete ebenso bewusst darauf, Bestimmungen aufzunehmen, deren sofortige Einführung sich als nicht unbedingt notwendig erwies. Derartige Bestimmungen sollen zusammen mit anderen Revisionspunkten in einer zweiten Etappe unter weniger grossem Zeitdruck durchberaten werden können.

Ich werde später bei der Detailberatung der Vorlage anlässlich der Behandlung der einzelnen Subkommissionsanträge jeweils nochmals eingehend darlegen, warum die betreffenden Bestimmungen entweder aus dem Sofortprogramm herausgehalten wurden oder – in der Fassung der Nationalratskommission erster Lesung, eventuell in der wiederaufgenommenen Version des Bundesrates oder auch in einer Neufassung der Subkommission – in das Sofortprogramm Eingang fanden. Dort, wo Bestimmungen nicht ins Sofortprogramm aufgenommen wurden, soll das bisherige Recht nach KUVG samt der dazugehörigen Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts fortbestehen. Diesen Weg hat die Subkommission insbesondere bei Artikel 1 Absatz 3 (subsidiäre Unfallversicherung), Artikel 5 (Aufnahmebedingungen für die Pflegeversicherung), Artikel 6bis (Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung), Artikel 11 (Ausschluss aus der Pflegeversicherung), Artikel 22quater Abschnitt 1 (Vergütungen für Arzneimittel), Artikel 30ter (Rechtspflege) sowie bei den Artikeln 12 und 31 Absatz 1 IVG (Übernahme von Leistungen der IV durch die Krankenversicherung) eingeschlagen.

Als erster Gesamteindruck darf festgehalten werden, dass das Sofortprogramm im Vergleich zum Teilrevisionskonzept von Bundesrat und Nationalratskommission (erste Lesung) zwar rein äusserlich keine sensationelle umfangmässige Verminderung erfahren hat. Das war allein schon deshalb nicht möglich, weil die bundesrätliche Teilrevisionsvorlage nach der 1974 erfolgten Ablehnung einer Volksinitiative und eines Gegenvorschlages für eine Neuordnung der Krankenversicherung im Grunde genommen selber ein Sofortprogramm darstellte. Daraus mussten gemäss Ihrem Beschluss immerhin die sechs allerdringendsten Revisionspostulate übernommen werden. Die Vorlage wurde aber durch die Arbeit der Subkommission ganz eindeutig verwesentlicht und konnte auf einen, so will mir scheinen, solideren politischen Konsens abgestützt werden.

Nun zu den wichtigsten Anträgen: Ohne hier die Detailberatung vorwegnehmen zu wollen, sei es mir gestattet, kurz auf einige zentrale Beschlüsse einzugehen.

Revisionsanliegen, auf die in einem Sofortprogramm verzichtet werden könnte:

Artikel 1 Absatz 3: Hier geht es um die subsidiäre Pflicht der Krankenkassen, Pflegeleistungen auch bei Unfällen zu erbringen, soweit hierfür keine andere Versicherung aufkommt; trotz der in Artikel 6bis (Absatz 2 zweiter Satz) vorgesehenen Möglichkeit, von den Betroffenen Prämienzuschläge zu erheben, fand sich für diese sozial eigentlich wünschenswerte Lückenschliessung kein Konsens, weshalb die Subkommission auf diesen Revisionspunkt verzichtet hat. Es bleibt somit bei der heutigen Ordnung (Verordnung III über die Krankenversicherung Art. 14 Abs. 2), d. h. die Kassen bestimmen selber, in welchem Umfang sie die Unfallkosten decken. Immerhin gewähren heute bereits etwa 90 Prozent der Kassen Leistungen auch bei Unfall.

Artikel 3 Absatz 4bis (neu): Mit dieser Bestimmung sollte den Kassen im Bereich der Zusatzversicherungen etwas mehr Spielraum verschafft werden, als unter der heutigen, durch die Rechtsprechung geprägten Ordnung besteht. Dies stellt jedoch kein vordringliches Revisionsanliegen dar, weshalb im Sofortprogramm darauf verzichtet werden kann.

Artikel 5 und Artikel 11: Bei Aufnahme in die und im Gegenzug auch bei Ausschluss aus der Krankenkasse sollte im Vergleich zu heute eine etwas sozialere und fortschrittlichere Regelung eingeführt werden. Ich erwähne nur Aufnahmepflicht bis zum Erreichen des Rentenalters, erleichterte Aufnahmebedingungen für Kinder, Wegfall von Diskriminierungen bei Freiheitsentzug, Kontaktnahme mit der Fürsorgebehörde vor dem Ausschluss eines mit der Prämienzahlung säumigen Mitgliedes. Auch hier wird auf sozial durchaus Wünschbares verzichtet, weil die Kassen unter dem heutigen Recht von sich aus die nötigen Verbesserungen einführen können und dies zu einem grossen Teil auch schon getan haben.

Artikel 6bis: Bei den gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Bemessung der Mitgliederbeiträge waren in der bundesrätlichen Vorlage kleinere Retuschen und Verbesserungen vorgesehen: die von den Sozialpartnern begrüsste Möglichkeit, die Prämien nach dem Lohn abzustufen, wenn die Versicherung, wie in den Betriebskassen, mit einem Arbeitsverhältnis in Verbindung steht. Da die vorgeschlagenen Ver-

besserungen aber nicht Dringlichkeitscharakter haben, wurde darauf verzichtet. Was in Absatz 4 der bundesrätlichen Vorlage als Korrelat zu Artikel 37 Absatz 1 vorgesehen ist – Nettoprämien für Kinder wegen des speziellen Bundesbeitrages –, kann auch auf dem Verordnungswege aufgrund des heutigen Artikels 6bis Absatz 3 KUVG vorgesehen werden.

Artikel 12quater (Artikel 12ter in der Bundesratsvorlage): Auf den Einbezug einer freiwilligen Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen wird verzichtet, weil dieser Punkt gegenwärtig politisch zu stark umstritten ist. Gleichzeitig hat die Subkommission in Artikel 12 Absatz 2 durch einen neuen Formulierungsvorschlag dafür Sorge getragen, dass bereits im Gesetz eine klare Grenze gezogen wird für die in der Verordnung konkret aufzuzählenden zahnärztlichen Behandlungen, die zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen gehören. Die im Bereich Zahnpflege von der Subkommission eingeschlagene Richtung wird nunmehr auch von den Vertretern der Zahnärzte als sachgemäss anerkannt, schliesst sie doch einerseits im gesetzlich bisher ungenügend geregelten Bereich der Pflichtleistungen Lükken, welche auch die Rechtsprechung nicht in befriedigender Weise zu überbrücken vermochte. Sie lässt sie andererseits bei den freiwilligen Leistungen den Kassen und Zahnärzten vollen Spielraum.

Artikel 14 Absatz 5 Satz 1: Hier soll auf das zu den Pflegeleistungen zählende bescheidene Mutterschaftstaggeld für Mütter, die nicht dem Krankengeldobligatorium unterstehen, verzichtet werden. Eine substantielle Leistungsverbesserung wäre damit nicht erreicht worden (die bundesrätliche Botschaft geht von einem Taggeld von 5 Franken aus), die Kosten wären dagegen wegen der vom Bedürfnis unabhängigen, breiten Ausschüttung relativ hoch gewesen, nämlich nach Schätzung in der Botschaft 23 Millionen Franken, und hätten zu Minimalleistungen auch an durchaus begüterte Frauen geführt. Der Verzicht auf diesen Revisionspunkt dürfte sich, trotz der Mutterschaftsinitiative, im Rahmen eines Sofortprogramms rechtfertigen lassen.

Artikel 22quinquies Absatz 5: Aus Gründen der Kosteneindämmung wollte man ursprünglich auch für die Tarifierung der Spitalbehandlungskosten in privaten Abteilungen und Kliniken gewisse Höchstgrenzen vorsehen. Dieser Punkt hat sich jedoch als politisch sehr heikel und damit momentan nicht konsensfähig erwiesen. Auch kommt ihm nicht eigentlich vorrangige Bedeutung zu, so dass er vom Dringlichkeitsgrad her nicht ins Sofortprogramm aufgenommen wurde. Er kann auf eine spätere Revisionsetappe verschoben werden.

Bei Artikel 22septies Absatz 2bis und Artikel 22quater Absatz 2 Satz 3 wollte man ganz speziell den übersetzten Tarifen für medizinisch-technische Untersuchungen und Behandlungen im ambulanten Sektor beikommen. Von seiten der Spitäler wurde darauf hingewiesen, dass die praktische Durchführung vor allem unter dem zeitlichen Gesichtspunkt (rechtzeitige Untersuchung und Behandlung durch den richtigen Anbieter) Probleme stellen dürfte. Die auch von den Spitälern begrüssten Kostendämpfungsziele lassen sich aber auch durch strenge Tarifierungsgrundsätze von Artikel 22quinquies Absatz 1 einerseits und Artikel 22quater Absatz 2 andererseits erreichen. Aus diesem Grund kann man der durch den Fortfall von Artikel 22septies Absatz 2bis und Artikel 22quater Absatz 2 Satz 3 erreichten Vereinfachung der Vorlage ohne weiteres zustimmen.

Bei Artikel 25 Absatz 4bis (neu) und Artikel 30ter geht es um eher marginale Verbesserungen und vor allem redaktionelle Anpassungen an die modernere Terminologie im Prozessrecht des Bundes. Diesen Bestimmungen kommt kein dringlicher Charakter zu; sie müssen folglich im Sofortprogramm nicht enthalten sein.

Artikel 12, 31 Absatz 1 und 44bis (neu) IVG: Die bundesrätliche Vorlage bezweckt mit diesen Bestimmungen eine Überführung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen von der IV zur Krankenversicherung. Auch für dieses Anliegen besteht keine absolute Dringlichkeit im Sinne einer Aufnahme in das Sofortprogramm; wir beantragen daher, diesen Punkt in einer späteren Revisionsetappe zu überprüfen.

Die im Sofortprogramm übernommenen Revisionsanliegen: Hier möchte ich mich ganz bewusst nur auf die stichwortartige Hervorhebung einiger Bestimmungen beschränken, werden wir doch bei der Detailberatung noch zur Genüge darauf eingehen. Die Hauptanliegen, welche unter allen Umständen auch in einem Sofortprogramm nicht fehlen dürfen, waren der Subkommission in ihrem Auftrag von seiten der Gesamtkommission sozusagen bereits ins Stammbuch geschrieben worden: Es galt, konsensfähige Lösungen zu erarbeiten für die Bereiche Kostendämpfung, Selbstbeteiligung der Versicherten, Finanzierung der Krankenpflegeversicherung, wichtigste Leistungsverbesserungen, Mutterschaftsversicherung und Krankengeldobligatorium.

Lassen Sie mich zu diesen Punkten, zur Vervollständigung meines einleitenden Überblicks, zusammenfassend noch folgendes festhalten:

Die Subkommission ist dem von der nationalen Sparkonferenz mit zahlreichen Einzelvorschlägen eingebrachten Konzept nicht nur treu geblieben, sondern hat es im Vergleich zu den Beschlüssen der Gesamtkommission (erste Lesung) teilweise sogar noch genauer beherzigt. Als Beispiel hierfür sei Artikel 14bis genannt: Selbstbeteiligung auch für Kinder, wobei die Beträge der Jahresfranchise und der jährlichen Gesamtgrenze für Franchise und Selbstbehalt im Vergleich zu den Erwachsenen halbiert werden. Einige weitere Beispiele für Verschärfungen im Bereich der Kostendämpfungsbemühungen:

Artikel 12 Absatz 4: Verzicht auf Beiträge an Klimakuren.

Artikel 12 Absatz 5 zweiter und dritter Satz: Die Subkommission macht aus der Kann- eine Muss-Vorschrift.

Unwirtschaftliche, unzweckmässige, unwissenschaftliche oder nicht mehr auf eine Krankheit gerichtete Untersuchungen oder Behandlungen sind durch Verordnung von den Leistungen der Krankenkassen auszuschliessen.

Artikel 12 Absatz 6 und Artikel 22quater Absatz 1: Die Subkommission legt grossen Wert darauf, dass im Bereich der Arzneimittel und ihrer Tarife nicht hinter den heutigen auch vom Bundesgericht geschützten Rechtszustand zurückgegangen wird. Angesichts der Vorbehalte, die in den Beratungen der Gesamtkommission zum Ausdruck gekommen waren, und der unglücklichen Formulierung, die im Laufe der ersten Lesung für Artikel 22quater Absatz 1 gefunden wurde, beantragt Ihnen die Subkommission, es für die genannte Bestimmung beim heutigen Text des KUVG bewenden zu lassen, redaktionell lediglich ergänzt um die in Artikel 12 Absatz 1 Ziffer 1 Buchstabe d erstmals erwähnten «Mittel und Gegenstände». Auf diese Weise wird bei den Heilmitteln der heutige Zustand gewahrt, mit welchem Anliegen sich schliesslich sogar die chemische Industrie einverstanden erklärt hat.

Bei Artikel 15 Absatz 3 (neu) besteht die Möglichkeit einer Schaffung von Gesundheitskassen (sogenannten HMO). Von solchen Kassen erhofft man sich Signalwirkung im Sinne der Kosteneindämmung.

Auch bei Artikel 18 Absatz 1 und 3 konnte in Übernahme der Formulierungsvorschläge der speziellen Subkommission, die im Januar dieses Jahres tagte, die Stellung der Vertrauensärzte geklärt werden, so dass sowohl den Anliegen des Persönlichkeitsschutzes des Patienten als auch der Kostenkontrolle Rechnung getragen wird.

Artikel 19bis in Verbindung mit Artikel 22octies: Bei der Definition der Heilanstalt, bei der Einteilung der Heilanstalten in Kategorien und bei der Vergütung für teilweisen Spitalaufenthalt und für Aufenthalt in Anstalten und Heimen mit medizinischer Betreuung, aber ohne Heilanstaltscharakter, schlägt die Subkommission klarere und besser praktikable Lösungen vor.

Artikel 22sexies: Die Subkommission beantragt eine die

heute weit verbreitete Praxis berücksichtigende Klärung dahingehend, dass die Aufenthaltspauschale rechnungsmässig einen Bestandteil der Behandlungspauschale bildet. Ansonsten ändert sie am Grundkonzept nichts, wonach die Aufenthaltspauschale vom Bundesrat betragsmässig festgesetzt wird und der Versicherte für ihre Deckung eine Zusatzversicherung abschliessen kann.

In Artikel 22septies Absatz 3 wird der Kostenvergleich zwischen Heilanstalten und die Möglichkeit zur Reduzierung übersetzter oder ungenügender Behandlungspauschalen besser ausgestaltet. Es sollen betriebswirtschaftliche Überprüfungen der Heilanstalten angeordnet werden.

Finanzierung der Krankenpflegeversicherung: Hier sei auf die Änderung von Artikel 38bis und Artikel e Absatz 2 der Übergangsbestimmungen verwiesen. Wesentlich für die vorgeschlagene Änderung ist folgendes: Der Gesamtbetrag der Bundessubvention soll für jeweils drei Jahre durch einfachen Bundesbeschluss festgelegt werden (in der Übergangsbestimmung e Absatz 2 direkt im Gesetz für die ersten zwei Jahre nach Inkrafttreten des KMVG 923 Millionen). Davon kommen zunächst die direkt ausgaben- bzw. beitragsabhängigen Subventionen nach den Artikeln 36, 37 Absatz 2 und 37bis (Mutterschaftsleistungen, Prämien ab dem dritten Kind; hälftiger Beitrag an die Wartgelder für Ärzte in Berggebieten) in Abzug und anschliessend die betragsmässig zu beziffernden Subventionen nach Artikel 35, 37 Absatz 1 und 38 Absatz 3. (Lastenausgleich zugunsten der Betagten und Invaliden; Prämienermässigungen für die ersten beiden Kinder; Zuschuss an die Beiträge, welche finanzschwache Kantone zur Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen aufbringen). Der verbleibende Rest wird als Beitrag gemäss Artikel 36bis zum teilweisen Ausgleich der höheren Krankenpflegekosten der Frauen eingesetzt.

Nun zu den Leistungsverbesserungen der Mutterschaftsversicherung und dem Krankengeldobligatorium: Hier kann festgehalten werden, dass die Hauptziele der Vorlage, die weitherum als dringend und unabdingbar anerkannt werden – nämlich zeitlich unbegrenzter Leistungsanspruch bei Spitalpflege, ausreichender Mutterschaftsschutz –, als materieller Gegenvorschlag zur Volksinitiative, und Obligatorium der Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer – in das Sofortprogramm übernommen worden sind. Dies entspricht, wie bereits mehrfach erwähnt, dem Auftrag, der von der Gesamtkommission der Subkommission erteilt wurde.

Die Gesamtkommission hat an ihrer Sitzung vom 4. bis 6. Juli 1984 die Vorschläge ihrer Subkommission geprüft und ihnen mit wenigen Ausnahmen zugestimmt. Zudem beantragte sie dem Rat zusätzlich in Artikel 19 einen neuen Absatz 6 aufzunehmen, nachdem die Kantone für ihr Gebiet verbindliche Spitalplanungen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung sowie für die Versorgung von kostspieligen medizinisch-technischen Einrichtungen im stationären und ambulanten Bereich festlegen können. Die Kassen sind nur leistungspflichtig, sofern die Leistungserbringer diesen Planungen entsprechen. Mit dieser Bestimmung sollen Privatspitäler weiterhin Platz in unserem Spitalwesen haben, sie müssen jedoch den Planungen entsprechen.

Weiter beschloss die Kommission, die Vorlage aufzuteilen und Krankenpflege und Taggeldversicherung in separaten Beschlüssen vorzulegen. Sie tat dies im Wissen, dass damit die Mutterschaftsversicherung auf zwei Beschlüsse verteilt ist, die Pflegeversicherung im Beschluss A und die Taggeldversicherung im Beschluss B.

Zum Schluss gestatte ich mir noch folgende Bemerkung: Die Gesamtkommission hatte 31 Mitglieder und führte Sitzungen mit insgesamt 36 Sitzungstagen durch. Dazu kamen 7 Sitzungstage der Subkommission Sofortprogramm und je ein Sitzungstag der Subkommission Taggeldversicherung und der Subkommission Vertrauensärzte. Im Grunde genommen ist eine Kommission von 31 Mitgliedern schon schwer zu führen, damit eine einigermassen speditive Arbeit geleistet werden kann. Erschwert wird dies noch durch den Umstand, dass laufend Mitglieder ersetzt wurden. So waren total über 50 Ratsmitglieder in der Kommission tätig. Dabei war auch festzustellen, dass Mitglieder einzelner Fraktionen zum Teil das Gegenteil ihrer Vorgänger vertraten, was ebenfalls die Arbeit in die Länge zog. Hier könnte man sich überlegen, ob im Sinne einer speditiven Geschäftabwicklung kleinere Kommissionen zweckmässiger wären.

Im Namen der Mehrheit der Kommission beantrage ich Ihnen, auf die Vorlage einzutreten, dürfte sie doch im jetzigen Zeitpunkt das Maximum dessen sein, was zu verwirklichen überhaupt möglich ist.

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

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

Elfte Sitzung – Onzième séance

Dienstag, 2. Oktober 1984, Vormittag
Mardi 2 octobre 1984, matin
10.00 h

Vorsitz – Présidence: M. Gautier

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision
Assurance-maladie. Révision partielle

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 1303 hiervor – Voir page 1303 ci-devant

M. **Dupont**, rapporteur: S'occuper de la maladie ne peut se concevoir sans une définition claire de la santé. Cette définition peut être extensive comme celle de l'OMS qui englobe le bien-être physique, moral et social.
Sans aller aussi loin, la révision urgente de la loi sur l'assurance-maladie et la maternité implique de définir ce que doit être la santé physique en liaison avec la qualité de la vie. De cette définition dépend toute l'organisation nécessaire à offrir une assurance qui couvre les réelles aspirations des assurés.
La croissance de la durée de la vie est souvent évoquée comme cause de l'explosion du coût de la santé, qui est, en fait, celle du coût de la maladie. On peut considérer que la maladie a toujours pour effet une diminution des activités, une augmentation du coût social et économique, tant pour le malade que pour la société. En 1980, l'espérance de vie ordinaire dans les pays industrialisés était, à la naissance, de 70,3 ans pour les hommes et de 78,2 ans pour les femmes. Mais les hommes passent 16 pour cent de leur vie en moyenne, soit un peu plus de 11 ans, avec une restriction de leur activité transitoire ou permanente, ce qui réduit leur espérance de vie en bonne santé à 59 ans environ. Chez les femmes, cette espérance de vie en bonne santé est de 60 ans, en dépit de leur plus grande longévité. Elles perdent ainsi, pourrait-on dire, la quasi-totalité de l'avance prise sur les hommes en terme de mortalité. Le poids des années vécues, avec une activité restreinte en raison de maladie, s'accroît rapidement avec l'âge. A 60 ans, les femmes doivent envisager de passer près de la moitié du temps qu'il leur reste à vivre, soit 11 ans sur 22, avec une forme ou une autre de restriction de leurs activités. Au même âge qu'elles, les hommes ont encore 17 ans à vivre, dont 6,4 seulement avec une activité restreinte. C'est la preuve de l'équivalence entre hommes et femmes sur le plan de la santé, et donc de la simple équité de traiter, dans le cadre de la solidarité, sur un plan d'égalité, l'homme et la femme en matière d'assurance-maladie. Cela justifie, si ce n'est l'égalité, du moins un rapprochement tarifaire.
La révision totale de la loi sur l'assurance-maladie doit aborder tant d'aspects différents qu'il a fallu, dans un premier temps, se contenter d'un programme d'urgence qui vous est proposé aujourd'hui. C'est, bien sûr, un compromis entre toutes les exigences exprimées. Il prévoit d'augmenter la participation des assurés aux frais, de promouvoir la responsabilité de l'individu dans le recours aux soins médicaux.
Les subventions aux caisses-maladie doivent être plus judicieusement affectées; le projet n'étend pas les prestations des caisses, à l'exception de la suppression de la limite de durée des prestations hospitalières, l'augmentation légère des prestations de maternité et la prise en charge des soins à domicile. Le programme d'urgence garantit aux caisses une hausse des subventions de manière à compenser les obligations sociales qui leur sont imposées et dont nous venons de situer les grandes lignes. La majoration de la participation individuelle aux frais constitue, pour les caisses, un allégement notable. La liberté d'action du médecin n'est pour ainsi dire pas restreinte, si ce n'est un contrôle légitime et renforcé de ses prestations. Le droit médical n'est pas touché, lui non plus.
Notre système d'assurance-maladie est largement caractérisé par la liberté contractuelle, il fournit de grandes prestations, mais il est surtout placé sous la responsabilité cantonale. Il s'appuie donc sur notre système fédéraliste, et la Confédération doit se limiter, dans sa législation, à fixer les critères minima de garantie de soins et de solidarité entre les individus.
Pour atteindre ce but, nous devons donc en priorité et en urgence fixer comme objectif la réduction des coûts de la santé en gardant à l'esprit la charge limite imposée à l'assuré. Dans un très proche avenir, il faudra impérativement mettre en place un cadre législatif obligeant les cantons à avoir, non seulement, comme nous le prévoyons dans cette révision, une planification hospitalière, mais également une politique soutenue de prévention contre la maladie, seul moyen réel de réduire à terme l'explosion des coûts.
Autre risque grave et prévisible, celui de l'évolution démographique des médecins, avec le danger de prolétarisation d'une profession dont la qualité ne se mesure pas exclusivement en actes techniques. L'explosion du nombre des étudiants en médecine aura pour conséquence probable une baisse de la qualité de la formation post-graduée, à cause du manque de places de stagiaires. Sur le plan médico-économique, l'accroissement du nombre de médecins influencera directement le montant global des dépenses de la santé, notamment par l'augmentation des actes médicaux.
Héritage des années d'abondance, les hôpitaux sont devenus très confortables, voire luxueux. Si la collaboration entre les établissements hospitaliers est absolument de mise, elle ne doit pas être le prétexte à faire aujourd'hui des économies excessives sur leur équipement. En théorie, comme l'a souligné en séance de commission notre président, le Dr Gautier, il est certes possible de limiter à trois unités pour l'ensemble de la Suisse les appareils servant à détruire les calculs rénaux. Mais cela aurait pour conséquence une baisse de la qualité du confort de traitement des malades; cela se répercuterait également sur le soutien moral de la famille du patient qui ne pourra pas faire chaque jour le déplacement de 200 ou 300 kilomètres pour une visite. Or, il ne faut pas sous-estimer l'importance de ce soutien non médical dans le processus de guérison ou, au pire, de non-aggravation de l'état du patient.
C'est le 19 août 1981 que le Conseil fédéral publia son message concernant la révision partielle de l'assurance-maladie. Le projet touche certes à la santé publique, mais aussi à la politique sociale, à la politique générale et à l'évolution de la société.
Je voudrais faire ici une remarque sur un point essentiel apparu lors du résultat de la première lecture. Nous ne disposons guère, en Suisse, d'études scientifiques et de statistiques sérieuses dans le domaine de la santé publique. Cela est fort grave, comme l'a souligné notre président. On a des opinions, on croit, alors qu'il faudrait savoir. Il n'y a guère d'autre domaine en politique dans lequel les discussions sont fondées sur des connaissances aussi imprécises. Il n'est donc pas étonnant que cette révision ait été insuffisamment préparée. Il s'agit pourtant de déterminer l'usage qu'on fera de dizaines de milliards de francs, sans parler de l'aspect humain de la question. Une préparation soignée de cette révision de lois exigerait des années, voire des décennies, et mériterait qu'on lui consacre plusieurs millions de francs. Après tout, ne dépense-t-on pas en Suisse 1,6 million de francs chaque heure pour la santé. Cette critique ne s'adresse pas seulement au Département de l'intérieur ou à l'Office de la santé publique qui souffrent, entre parenthèses, du blocage de l'effectif du personnel, mais aussi aux

députés car c'est le Parlement, en fin de compte, qui doit répondre de la valeur de nos lois.
Je voudrais également critiquer l'attitude de ceux – de certains du moins – qui travaillent dans le domaine de la santé publique et qui, dans bien des cas, visent leur propre intérêt sans tenir compte de l'ensemble du problème et des facteurs qui le déterminent. On en revient, encore une fois, à l'énorme augmentation du nombre des médecins. Ils étaient, en chiffre absolu, plus de 17 000 en 1981, ce qui représente une augmentation de 122 pour cent en vingt ans contre 18 pour cent de progression démographique.
Les propositions qui sont faites dans le cadre de cette révision urgente ne répondent pas à toutes ces préoccupations, mais elles répondent aux plus fondamentales à l'heure actuelle. C'est le ballon d'oxygène indispensable à ce grand malade nommé «explosion du coût de la santé». Il est important de ne pas remettre à demain ces simples mesures de survie sous prétexte qu'une chirurgie magistrale puisse restituer un équilibre satisfaisant du coût de la santé. Accepter ces propositions, c'est se donner les moyens d'entreprendre la thérapie miracle dans quelque temps. Le président de la commission ayant largement expliqué les travaux de la commission, il me paraît inutile à ce stade de répéter toutes les questions qui pourront être abordées dans l'examen de détail.
Aussi, je vous invite à voter l'entrée en matière.

Le président: La parole est à M. Seiler qui développera sa proposition de renvoi.

Seiler: Vor allem zwei Gründe haben mich bewogen, diesen Rückweisungsantrag zu formulieren. Zum ersten ist dieser Antrag aus der tiefen Sorge um die Zukunft unserer sozialen Krankenversicherung entsprungen. Allerdings weiss ich auch, dass ich mit dieser Sorge nicht allein bin. Zweitens resultiert dieser Antrag aus der Erkenntnis, dass mit dem Sofortprogramm in der Fassung der Mehrheit der Kommission die wichtigsten und dringendsten Probleme nicht gelöst werden. Wie der Kommissionspräsident ausführte, hat es in bezug auf die Kosteneindämmung zu mehr nicht gereicht, weil der Konsens und die Kompromissbereitschaft dazu fehlten; und er hat recht. Ich habe dies ebenfalls an der letzten Kommissionssitzung gespürt.
Je intensiver ich mich in den letzten Tagen mit dieser Vorlage beschäftigt habe, um so mehr wurde mir bewusst, wie relativ klein ihr Beitrag für die Lösung der dringendsten Probleme ist. Ich kam zur Überzeugung, dass es besser wäre, neu zu beginnen. Wir müssen gezielt dort ansetzen, wo der Schuh am meisten drückt, nämlich bei der Kostenentwicklung.
Eines der vordringlichsten Ziele der Teilrevision sei – aufgrund der stetigen und aussergewöhnlichen Kostensteigerungen in der Krankenpflegeversicherung – die Kosteneindämmung, so nachzulesen in der Botschaft, Seite 27; das war 1981. In diesen drei Jahren haben die Kosten weiterhin explosionsartig zugenommen.
Was bringt nun dieses Sofortprogramm hinsichtlich dieses als vordringlich bezeichneten Zieles? Es ist durchaus anzuerkennen, dass positive Ansätze vorhanden sind, vor allem im Spitalbereich. Aber der Erfolg dieser Massnahme ist sehr unbestimmt. Mit dem höheren Selbstbehalt der Patienten verlagert man eher Kosten als dass man sie einspart. Wenn man diesen Selbstbehalt erhöht, ist die kostendämpfende Wirkung sehr schwer abzuschätzen.
Daneben enthält die Vorlage einige durchaus wünschbare Leistungsverbesserungen. Ich meine aber: Nicht der Ausbau der Leistungen, sondern die Kosteneindämmung ist heute das zentrale Problem unserer Krankenversicherung.
Was die Bevölkerung und vor allem die Arbeitnehmer zurzeit am meisten beunruhigt, ist die Explosion der Krankenkassenprämien. Die Arbeitnehmer beklagen sich, dass die ganze Teuerungszulage – oder gar noch mehr – für die erhöhten Krankenversicherungsprämien ausgegeben werden müsse. Krankenkassenprämien betragen heute zum Teil mehr als einen vollen Monatslohn. Es sind bereits weitere Erhöhungen zwischen 15 und 30 Prozent auf den 1. Januar 1985 angekündigt. Die Gefahr besteht, dass der wirtschaftlich Schwächere oder selbst der Normalverdiener sich eine Krankenversicherung nicht mehr leisten kann.
Dazu kommt ein weiteres: Verschiedene Krankenkassen sind in grossen finanziellen Schwierigkeiten, und dies trotz den laufenden massiven Prämienerhöhungen. So kann und darf es dort nicht weitergehen.
Ich stelle nun die Frage nach der gegenwärtigen und nächsten Zukunft: Ist das Sofortprogramm, welches nach Inkrafttreten einige Jahre gelten soll, der sich rasch zuspitzenden Situation angemessen? Kann es diese gefährliche Entwicklung bremsen? Ich komme zur Feststellung, dass es dieser Situation nicht oder zu wenig angemessen ist. Es vermag diese Entwicklung nicht aufzuhalten, denn es beinhaltet zu wenig griffige Massnahmen zur Kostendämpfung. Der Hauptaufgabe, die unaufhaltsam steigenden Kosten in den Griff zu bekommen, ist man eher ausgewichen. Es ist zu befürchten, dass die für die Krankenversicherung selbstzerstörerische Kostendynamik statt verlangsamt eher beschleunigt wird.
Wir müssen die Prioritäten anders ordnen, will man nicht das System einer sozialen Krankenversicherung an finanziellem Kollaps zugrunde gehen lassen. Diese andere Prioritätenordnung wäre mit meinem Rückweisungsantrag möglich.
Der Bundesrat soll drei neue Vorlagen unterbreiten: Zum ersten einen allgemein verbindlichen Bundesbeschluss, vor allem mit folgendem Inhalt:

a. ein Paket von wirkungsvollen Massnahmen zur Eindämmung der Kosten, und zwar in allen Bereichen der Krankenversicherung;

b. eine Regelung der Beiträge der öffentlichen Hand mit dem Ziel, diese durch den sozialen Ausgleich besser zu berücksichtigen und vor allem die Prämien für alle Bevölkerungsschichten tragbar zu halten.

Ein solcher Bundesbeschluss wäre nach meiner Meinung dringlich zu erklären, in jedem Fall aber zu befristen.
Zum zweiten soll der Bundesrat einen ebenfalls allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss unterbreiten, der die Mutterschaftsversicherung regelt.
Drittens ist eine Totalrevision unserer Krankenversicherung notwendig, das heisst, ein neues Gesetz auf neuen Grundlagen und mit neuen Strukturen.
Erste Priorität – und zwar vor einem kostenfördernden Leistungsausbau – haben wirksame Kostendämpfungsmassnahmen. Hierzu haben alle Beteiligten ihren Beitrag zu leisten, angefangen bei den Spitälern und ihren Trägern über die Ärzte (auch dort darf man nicht vorbeigehen), über die Laboratorien und die Pharmaindustrie usw. bis hin zum schwächsten Glied in dieser Reihe, dem Versicherten. Ich glaube aber, dazu ist ein Umdenken bei allen nötig. An brauchbaren Vorschlägen, wie die Kosten besser in den Griff zu bekommen wären, fehlt es ja nicht. Man kann hinweisen auf die Vorschläge der Sanitätsdirektoren, des Konkordates der Krankenkassen, der Sparkonferenz usw. Aber es braucht Mut, und ich glaube, es braucht auch ein wenig politischen Willen, solche Vorschläge zu verwirklichen.
Ebenfalls dringlich zu behandeln wäre die Frage der Verwendung der Beiträge der öffentlichen Hand. Es sind dringend Vorkehren zu treffen, um die wirtschaftlich schwächeren Versicherten spürbar zu entlasten bzw. zu verhindern, dass die Prämien eine zum Lohn überproportionale Belastung darstellen. Die Kommission hat hierzu eine Motion verabschiedet, aber wir dürfen nicht bis Ende dieses Jahrzehnts warten, um diese Postulate zu verwirklichen.
Zum zweiten Bundesbeschluss mit der Regelung der Mutterschaftsversicherung: Hier könnte der Einwand geltend gemacht werden, dass wir in bezug auf die Abstimmung vom Dezember über die Mutterschaftsversicherung keinen indirekten Gegenvorschlag vorzuweisen hätten. So oder anders, bis im Dezember 1984 haben wir ohnehin keinen gültigen Beschluss dieses Parlamentes. Diese beiden

Beschlüsse könnten relativ rasch vorgelegt werden, wenn man sich sofort an die Arbeit machte. Ein Inkrafttreten dieser Beschlüsse wäre bei speditiver Arbeit früher möglich als eine Realisierung dieses Sofortprogramms.
Als dritter Punkt wäre dann die Totalrevision der Krankenversicherung vorzunehmen. Mit dieser Konzeption wären die dringenden Probleme schneller, konsequenter und vor allem wirkungsvoller anzugehen und auch zu lösen. Denn was passiert mit diesem Sofortprogramm? In dieser Session werden wir dieses Programm wohl kaum zu Ende beraten, d. h., es geht im Dezember an den Ständerat, und dort ist wieder alles offen. Was macht er damit? Wieviel Zeit beansprucht er? Wenn er nur die Hälfte der Zeit für sich in Anspruch nimmt, die unser Rat beansprucht, sind das anderthalb Jahre, d. h., dass etwa in der Herbstsession 1986 könnte der Ständerat im Plenum beschliessen. Anschliessend kommt das Differenzbereinigungsverfahren, so dass der Beschluss wohl kaum vor 1988 in Kraft treten könnte.
Aber etwas weiteres kommt hinzu: die angedrohten Referenden. Das Konkordat der Krankenkassen hat bereits beschlossen, wenn diese Vorlage in der Version der Kommissionsmehrheit verabschiedet wird, das Referendum zu ergreifen. Das Resultat einer solchen Abstimmung ist nicht schwer vorauszusehen, vor allem wenn man sich die in der Zwischenzeit laufenden Prämienerhöhungen vor Augen hält. Das heisst, dass auch dieses Sofortprogramm politisch nicht sehr tragfähig ist. Es besteht die Gefahr, dass wir 1988 mit nichts dastehen oder nur mit zwei neuen Initiativen.
Ich frage daher, ob es nicht besser wäre, bereits heute neu zu beginnen und sich vorerst auf das Wichtigste, nämlich die Kosten in den Griff zu bekommen, zu beschränken. Denn was passiert in der Zwischenzeit in bezug auf die Kostendämpfung, während der wir auf das Inkrafttreten dieses Sofortprogramms warten? Vermutlich nichts. Die Kostendynamik – es ist hier nur an die Entwicklung der Ärztezahlen zu erinnern, wie das der Kommissionspräsident dargelegt hat – wird sich ungebremst fortsetzen, was zum Kollaps unserer sozialen Krankenversicherung führt, bevor dieses Sofortprogramm in Kraft treten wird. Das will doch niemand. Ich bin überzeugt, mit oder ohne dieses Sofortprogramm kommen wir um dringliche Massnahmen auf dem Sektor der Kostenentwicklung nicht herum.
Ich habe zum Schluss dem Bundesrat vier Fragen zu stellen:

1. Wie beurteilt er die Lage in bezug auf diese Kostenentwicklung und in bezug auf dringliche Massnahmen?

2. Wie soll es weitergehen nach Verabschiedung beziehungsweise nach Inkraftsetzung dieses Sofortprogramms?

3. Wie will der Bundesrat der medizinischen Überversorgung, vor allem im ambulanten Bereich (Stichwort: Ärztezahl), begegnen?

4. Was gedenkt der Bundesrat zu unternehmen, um in den nächsten Jahren die Prämien für die wirtschaftlich Schwächeren auf einem tragbaren Niveau zu halten?

Ich wäre dem Herrn Bundesrat sehr dankbar für die Beantwortung dieser Fragen, und ich werde anschliessend entscheiden, ob über diesen Antrag abgestimmt wird oder eben nicht.

Le président: La parole est à M. Günter qui s'exprimera à la fois sur sa proposition de motion d'ordre, sur la proposition de la minorité II et au nom de son groupe. Pour cette raison, je lui ai accordé un temps de parole de 20 minutes.

Günter: Seit vielen Jahren diskutieren wir über die Krankenversicherung. Vielleicht hat am Anfang mancher von uns gedacht, wenn es lange währt, wird es dafür am Ende gut. Wenn wir jetzt allerdings das Ergebnis unserer Beratungen betrachten, können wir nur sagen, dass es zumindest aus unserer Sicht etwas armselig, mager ausgefallen ist. Nicht bei allen innenpolitischen Problemen ist es schlecht, wenn man zögernd handelt. Wir haben andere brennende Probleme, wo es, wenn man etwas langsamer vorgehen würde – sie erinnern sich an das vorletzte Wochenende mit der Energieabstimmung –, vermutlich eine geschickte Politik wäre.
Bei der Krankenversicherung, glaube ich, ist das nicht der Fall, und zwar weil sich unsere Krankenversicherung in einer zunehmenden Talfahrt befindet. Sie spüren es sicher alle auch, dass wir vor rasch zunehmenden Problemen stehen. Der kritische Punkt dürfte bald erreicht sein, nicht nur weil ständig steigenden Aufwendungen kein Nutzen mehr entgegensteht: wir fühlen uns nicht gesünder, wie fühlen uns nicht wohler, nicht einmal die Lebenserwartung nimmt weiter zu. Es ist sogar so, dass die zunehmende Umweltvergiftung – wenn das so weitergeht – mit aller Wahrscheinlichkeit in den nächsten Jahren zu neuartigen, schleichenden Krankheitsbildern führen wird, welche die Volkswirtschaft ganz enorm belasten könnten. Dieses Problem steht vor der Türe, und wir müssten uns vorausschauend damit befassen.
Auf der anderen Seite haben wir immer höhere Krankenkassenprämien – Herr Seiler hat davon gesprochen –, die dazu führen, dass uns in den nächsten Jahren genau diejenigen aus der Krankenversicherung aussteigen, die auf keinen Fall aussteigen dürften: nämlich diejenigen, die sich die finanziellen Folgen einer Krankheit nicht leisten können. Es steigen aber auch die guten Risiken aus, sie verbünden sich untereinander und bilden eigene Gruppen, wodurch die Solidarität, die heute noch einigermassen vorhanden ist, vollkommen auseinanderbricht.
Ein Grund, warum die Krankenversicherung so teuer geworden ist und von dem man nicht viel spricht, besteht darin, dass wir alle möglichen Aufgaben im Bereiche der Sozialversicherungen den Krankenkassen angehängt haben, die eigentlich der Staat erfüllen sollte. Diese Entwicklung ist an vielen Fronten im Gang: bei der Mutterschaftsversicherung, bei der Altersversorgung, bei der Gesundheitserziehung, bei der Suchtprophylaxe, bei der spitalexternen Krankenpflege usw. Hier gälte es aus unserer Sicht, wieder mehr Ordnung zu schaffen und zu sehen, dass der Staat diejenigen Aufgaben, die er für richtig erachtet, auch selbst erfüllt, und zwar aus Staatsmitteln, die nicht über Prämien, sondern über die Steuern bezahlt werden. So würden die Lasten gerechter verteilt.
Unsere Kommission hat sich zwei Jahre mit diesem Problem herumgeschlagen und Ende 1983 die erste Lesung abgeschlossen. Natürlich hat es harte Auseinandersetzungen gegeben in der Kommission. Das war und ist aus der Sicht unserer Fraktion durchaus natürlich, denn es geht um sehr heisse innenpolitische Probleme, die dringend gelöst werden müssen – nicht nur finanziell, sondern auch inhaltlich. Ich erinnere nur daran, dass die Möglichkeit, einen Schwerkranken mit langandauernder Krankheit aussteuern zu können, einfach nicht tragbar ist. Aus unserer Sicht ist aber vor allem die Suche nach neuen, kostendämmenden und sozialen Versicherungssystemen dringend. Es geht nicht an, dass diejenigen, die sich richtig verhalten, ständig finanziell die Dummen sind, wie das heute überall und fast als Prinzip im Gesundheitswesen der Fall ist.
Ich erwähne nur ein Beispiel: In Staatsspitälern ist es heute so, dass derjenige, der seine Patienten lange behält und eine schleppende Behandlung anwendet, am Schluss des Jahres eine wunderbare Jahresabrechnung hat, zur Freude seiner vorgesetzten Stellen, da die Bezahlung pauschal erfolgt. Wer also wenig tut, hat volle Betten und kleinere Auslagen. Wer hingegen seine Patienten rasch, zügig und richtig behandelt, hat leere Betten, hohe Kosten und erst noch niedrige Einnahmen.
Ein derartiges System, in dem derjenige, der das Falsche tut, finanziell besser steht als der, der das Richtige tut, kann nur zu ständig steigenden Kosten führen. Und hier sollten wir grundsätzliche Änderungen in Erwägung ziehen. Die Kommission hat nun plötzlich Angst vor dem eigenen Mut bekommen, angesichts des zunehmenden Druckes der Öffentlichkeit. Man wollte plötzlich Taten vorweisen können, konkrete Taten, und hat prompt den falschen Schluss gezogen. Eine eilends eingesetzte Subkommission sollte dieses Frühjahr rasch Retouchen vorschlagen, damit die Allge-

meinheit endlich etwas Konkretes von ihren Politikern präsentiert erhalten bekäme. Retouchen sollten es sein, hat man uns gesagt, bei denen der allgemeine Konsens zu erhalten war.
Im Klartext: Es war eine Kommission zur Wiederherstellung eines minimalen Konsens unter den Regierungsparteien. Es war, wie Kommissionspräsident Eggli in einem sehr sympathischen Freudschen Versprecher erklärte, «eine Kommission zur Suche nach dem kleinsten gemeinsamen Nenner». Wie wahr! Eigentlich hätte es ja eine Kommission zur Suche nach dem grössten gemeinsamen Nenner sein müssen oder allenfalls nach dem kleinsten gemeinschaftlichen Vielfachen. Der Zusammenzug beider Ausdrücke zum kleinsten gemeinsamen Nenner deutet aber doch wohl darauf hin, dass der Präsident in seinem Innersten, genau wie wir alle, wusste, wie wenig bei dieser Kommission herauskommen werde.
Wir glauben auch, dass die Vorlage nicht nur wenig bringt, sondern dass sie uns sogar teuer zu stehen kommt. Erstens als Patienten: man merkt ihr nämlich an, dass die Patienten in der Subkommission nicht sehr gut vertreten waren. Anders als die gewichtig auftretenden Krankenkassen, die jetzt einen Haken, aber wenigstens einen goldenen, offeriert bekommen: Man will ihnen zwar die Schulden bezahlen, aber in Zukunft die Referendumsmöglichkeit wegnehmen. Ob die Kassen diesen Haken schlucken, werden wir noch sehen. Was schlimmer ist: Die verlorene Zeit wird uns sehr viel kosten, weil wir die Zeit für Revisionen verpassten. Wir haben herumlaboriert, jahrzehntelang, und nichts erreicht oder jedenfalls sehr wenig. Eine klare Chance wurde vertan. Die Subkommission hat, obwohl sie sich bemühte, nicht einmal das Minimalziel erreicht. Sie wollte einen Konsens unter den Regierungsparteien. Wir haben heute am Votum von Kollege Seiler plastisch dargestellt bekommen, dass nicht einmal das erreicht wurde. Man hat die Vorlage jetzt aufgeteilt. Gegen die erste Hälfte opponiert ein eher linkes Drittel der Kommission, gegen die zweite Hälfte ein eher bürgerliches Drittel der Kommission.
Mit einer Wurstelei kommen wir nicht weiter! Wir kommen nicht weiter beim Tempo 100 und erst recht nicht bei diesem Geschäft, das nun wirklich ans Lebendige geht. Wir segeln mit vollem Wind in eine Krise! Wir haben Sachverwalter am Steuer, statt Steuermänner mit Voraussicht, die uns zu zukunftsgerichteten neuen Zielen führen könnten.
Vielleicht denken Sie, dass ein derartiger Frontalangriff auf unsere Regierung bei diesem Thema nicht am Platz sei. Ich glaube aber, dass es sich hier zeigt, dass wir eine Regierung haben, die handlungsunfähig ist, eine Regierungkoalition, der es an Voraussicht mangelt, und die unfähig ist, neue Wege aufzuzeigen, und die uns in die totale Unbeweglichkeit steuert. Es ist Pflicht einer oppositionellen Gruppierung, derartig katastrophale strukturelle Schwächen einer Regierung aufzuzeigen. Wir von der LdU/EVP-Fraktion sind aber dabei nicht stehengeblieben, sondern haben ein umfassendes Gesundheitskonzept vorgelegt, das vor zwei Wochen öffentlich vorgestellt wurde. Wir werden versuchen, es in Form von Minderheitsanträgen direkt in die Debatte einzubringen. Unser Ziel ist, nicht nur zu kritisieren, sondern auch mitzuhelfen, um mit positiven Vorschlägen einen Weg aus der jetzt bestehenden Sackgasse zu zeigen.
Erstens: Die generelle Linie besteht darin, dass wir helfen, neue Versicherungssysteme zu suchen, die kosteneindämmend und sozial sind, mit Schwergewicht auf «Vorbeugen statt heilen», nach dem Motto «Gesund leben in einer gesunden Umwelt».
Zweitens sollte die Krankenversicherung von sachfremden Belastungen befreit werden, die immer mehr zunehmen, weil wir uns als Politiker sozial geben wollen, aber nicht zahlen wollen. Deshalb verpflichten die Politiker die Kassen zu Leistungen, für welche der Staat dann die Verantwortung nicht voll übernimmt.
Drittens schlagen wir Kosteneinsparungen durch Schaffen von Fakten, harten Fakten vor, die eine Kontrolle der erbrachten Leistung ohne Gefährdung des Patientengeheimnisses erlauben. Wir denken zum Beispiel an die Bezahlung der Ärzte und ihrer Helfer nach Zeit «fee for time»: überall dort, wo es nicht möglich ist – und das ist in weiten Bereichen der Medizin der Fall –, mit einfachen Mitteln eine gute Qualitätskontrolle zu erreichen.
Viertens muss die Krankheitsvorbeugung viel weiter gefasst werden. Dazu gehört ganz zentral ein verbessertes Wissen um die Zusammenhänge zwischen den Umweltbelastungen und Erkrankungen der Menschen. Heute sind die Daten überaus dürftig. Vielleicht haben die einen oder anderen von Ihnen die Krebskarte der Bundesrepublik Deutschland gesehen. Jedem, der die Waldschadenkarte noch etwas im Kopf hat, ist eine erschreckende Übereinstimmung der beiden Karten sofort aufgefallen. Wir sind heute wegen der Umweltprobleme mit ganz neuartigen Krankheiten konfrontiert. Wenn wir nicht aufpassen, könnte das bald einer der ganz grossen Kostenfaktoren der nächsten Jahre werden. Gerade aus diesem Beispiel sehen Sie, dass wir in unserer Fraktion den Bogen viel weiter spannen – im Hinblick auf ein zukunftsgerichtetes Gesamtkonzept, das die kommende Krise zumindest zu meistern versucht und nicht von vorneherein aufgibt.
Wir möchten auf diese Vorlage trotz unserer grundsätzlichen Bedenken eintreten, weil wir mithelfen wollen, einen Weg aus der Sackgasse zu finden. Sollte aber am Schluss der Debatte dieser in eine Sackgasse führende prämientreibende Vorschlag der Subkommission unverändert obsiegen, dann wird unsere Fraktion diese patientenunfreundliche Vorlage ablehnen, und wir werden uns für eine wirkliche Neuordnung einsetzen. Aber zuerst wollen wir noch den Versuch starten, etwas zu retten.
Jetzt zu meinem Ordnungsantrag noch kurz einige Worte. Sie haben einen Vorschlag vorliegen, man solle sofort über die Aufteilung der Vorlage in eine Vorlage A und B beschliessen. Ich halte dafür, dass das falsch ist. Die Aufteilung kann nur so begründet werden, dass sie referendumstechnisch nötig ist. Sie will vom kleinen Revisionsrest, den wir in dieser Krankenversicherung noch haben, einen noch kleineren Rest retten. Aber um zu beurteilen, ob die Teilung nötig ist oder nicht, müssten wir doch zuerst wissen, was in dieser Vorlage steht. Wir haben Minderheitsanträge, die sehr weit gehen, und die dem ganzen Gesetz ein neues Gesicht geben könnten. Ich glaube, dass es uns völlig unmöglich ist, jetzt zu entscheiden, ob wir das Ganze in einem Paket verabschieden wollen oder in zwei Paketen. Ich schlage Ihnen daher vor, gleich wie die Kommission vorzugehen: Wir treten auf die Gesamtvorlage ein, die der Bundesrat vorgelegt hat. Wenn die Vorlage durchberaten ist, werden wir beschliessen, ob es sinnvoll und referendumstechnisch richtig ist, diese Vorlage aufzuteilen, um noch etwas zu retten. Beim vom Präsidenten vorgesehenen Vorgehen riskieren wir am Schluss einen Rückkommensantrag, der das gleiche Problem noch einmal aufwirft.
Ich möchte Ihnen also beantragen, die Aufteilung der Vorlage erst am Schluss zu diskutieren und jetzt Eintreten auf die gesamte Vorlage zu beschliessen.

Begrüssung – Bienvenue

Le président: Ho il piacere di salutare, sulle tribune diplomatiche, una delegazione parlamentare italiana. Due senatori e quattro membri della Camera dei deputati onorano, in questi giorni, il nostro parlamento e la Svizzera con la loro presenza. A nome del Consiglio porgo ai nostri ospiti i nostri migliori saluti e auguro loro un buon soggiorno nel nostro paese. Li prego di gradire l'espressione della stima ed affezione che abbiamo per il Paese che rappresentano. *(Applaudissements)*

Le président: La parole est à M. Zehnder qui développera la proposition de la minorité I et en même temps s'exprimera au nom du groupe socialiste.
Il a aussi droit, dans ces conditions, à 20 minutes de parole.

Zehnder, Sprecher der Minderheit I: Der sozialdemokratischen Fraktion und dem Sprechenden liegt viel daran, am Anfang dieser Auseinandersetzung einige grundsätzliche Aspekte aufzuzeigen. Die Aufgabe, die zu lösen wir uns unter erschwerten Bedingungen bemühen müssen, ist zusätzlich heikel, komplex und daher wenig verständlich. Das Gesundheitswesen und damit die Krankenversicherung umfasst heute ein sehr breites Spektrum und entsprechend viele unterschiedliche Interessenlager. Übereinstimmung hier zu finden ist fast ausweglos, und auf den Konsens zu warten, wäre unverantwortlich. Darum muss das Parlament mit entsprechend grosser Verantwortung klare Entscheide auch dort treffen, wo es politisch brisant ist und Farbe zu bekennen gilt.
Mit der KMVG-Vorlage – Sofortprogramm – haben wir einen politischen Auftrag zu erfüllen, dem seit 1962 über 60 parlamentarische Vorstösse und die Standesinitiative vom Kanton Waadt zugrunde liegen. Es geht nicht nur darum, die Wohlfahrt und insbesondere die soziale Sicherheit für alle Bevölkerungskreise auszubauen und zu verstärken, sondern in erster Linie die unkontrollierte, beängstigende und nicht mehr verkraftbare Kostenentwicklung im Gesundheitswesen abzubremsen, in den Griff zu bekommen, um die soziale Krankenversicherung zu konsolidieren. Es geht auch darum, dieses zweitgrösste Versicherungswerk nach dem Prinzip der Solidarität zu erhalten und die auffälligsten, nicht mehr tragbaren Lücken zu schliessen. Ich erwähne die unabdingbaren Punkte: Mutterschaftsversicherung, zeitlich unbegrenzte Kostendeckung bei Spitalaufenthalt, Hauskrankenpflege und für alle Arbeitnehmer die Sicherheit von 80 Prozent Lohnausfalldeckung bei Krankheit.
Die von vielen Seiten und aus allen politischen Richtungen anbegehrten Gesetzesrevisionspunkte haben zusätzlichen Druck erfahren durch die Beitragskürzung des Bundes an die Krankenkassen – Sparbeschlüsse –, durch die Aufgabenneuverteilung Bund/Kantone, durch die Mutterschaftsinitiative und nicht zuletzt auch durch die Fortschritte und gewaltigen Entwicklungen im gesamten Bereich der Diagnostik, der Medizintechnik und in der Chirurgie.
Zum letzteren muss festgehalten werden, dass leider nicht nur patientenfreundliche Leistungen aus dieser rasanten Entwicklung hervorgegangen sind, sondern dass diese auch zu Angeboten geführt hat, die nicht allein unheimlich Geld verschlingen, sondern auch teilweise die Frage nach dem Sinn und dem effektiven Erfolg aufwerfen. Ich bedaure auch, dass vielerorts Ideale und der humanitäre Geist von materiellem Denken und egoistischem Handeln verdrängt worden sind. Durch die kolossalen Veränderungen in der Arbeits- und Umwelt ist unser gesamtes Gesundheitswesen zusätzlich belastet. Stress, Eintönigkeit sowie gesundheitsbeeinträchtigende neue Werkstoffe und Technologien kennzeichnen mehr und mehr unsere Arbeitsplätze. Unsere lebenswichtigen Elemente Wasser, Luft und Boden sind weitherum überbelastet und der Erholungsraum ist gestört.
Aber auch unsere Lebensweise hat sich stark gewandelt, beeinflusst durch die wirtschaftlich verbesserte Lage der Arbeitnehmer und ein hemmungsloses Konsumangebot sowie unerschöpfliche Freizeitmöglichkeiten. Die durchschnittliche Lebenserwartung ist in diesem Jahrhundert von 52 auf 80 Jahre bei den Frauen und von 48 auf 73 Jahre bei den Männern gestiegen. Höhere Lebenserwartung ist aber bedauerlicherweise nicht durchwegs mit besserer Gesundheit gleichzusetzen. Wirklichkeit ist auch, dass das Anspruchsdenken zugenommen hat, dass weitherum Masslosigkeit verbreitet ist und dass die Unersättlichkeit im Geschäftemachen mit der Gesundheit keine Grenzen mehr kennt.
In diesem von der Entwicklung der Gesellschaft geprägten Umfeld sind jene Bestrebungen äusserst bedenklich, die gerade im Krankenversicherungswesen eine harte, unsoziale Umverteilung mittels noch stärkerer Belastung der Betroffenen das Wort reden: Verdoppelung der Franchise und Selbstbehaltregelung. (Die Selbstverantwortung wird hier in überrissener Form in den Vordergrund gestellt.) Die Solidarität soll weitgehend abgebaut werden: Beitragskürzung des Bundes, risikogerechte Prämien. Diese spürbare Bewegung darf nicht Wirklichkeit werden, sonst stirbt tatsächlich die freiwillige soziale Krankenversicherung.
Gut 97 Prozent unserer gesamten Bevölkerung gehören der Krankenversicherung an. Unser Parlament – Sie alle – entscheiden daher mit dieser Vorlage über etwas sehr Hautnahes; denn früher oder später werden alle einmal mit diesem Sozialwerk in direkte Berührung kommen. Gerade dieses Wissen verlangt, fordert dringend, dass politisch gefärbte Schatten übersprungen werden und das Sofortprogramm in einem Wurf mit greifenden Bestimmungen verabschiedet wird.
In der Botschaft des Bundesrates wird eindrücklich erklärt, dass diese Teilrevision nur die dringendsten Probleme lösen sowie Bedürfnisse erfüllen soll und kann. Mit der neuen Überschrift «Sofortprogramm» wird dieser Wille noch unterstrichen, und die Verhältnisse werden dadurch realistisch beurteilt. Den Volkswillen beachtend könnte diese Vorlage auch als Notprogramm deklariert werden.
Für den einfachen Menschen in diesem Land gibt es nämlich nicht nur das Militär, die Landwirtschaft, die Energie- und Bankenwelt, das Ausländerproblem und anderes mehr. Für die Bürgerinnen und Bürger oder Steuerzahler gibt es auch noch die persönliche Sicherheit zu verkraftbaren Bedingungen und die Erwartung, nicht übervorteilt zu werden. Es ist daher jetzt staats- und gesellschaftspolitisch höchste Zeit, in diesem Sozialbereich einen Schritt in die richtige Richtung zu tun, die Geduld nicht zu überstrapazieren.
Die Teilung der Vorlage würde nicht verstanden. Dieser Antrag entspricht auch keineswegs dem in der Kommission oft gehörten, gepriesenen Wort «Opfersymmetrie». Die nicht wegdiskutierbaren Lücken und Härten in der Krankenversicherung lassen sich nur mit den gleichzeitigen Änderungen im Pflege- und Taggeldbereich beseitigen. Die Teilung ist daher abzulehnen, ebenso der Rückweisungsantrag Seiler, der überhaupt nichts bringt. Gerade die drängenden Probleme können nicht nur nicht gelöst, sie würden auf den Nimmerleinstag verschoben. Auch wenn wir eine neue Lösung suchten, wäre inzwischen Zeit nutzlos verstrichen. Die Begründungen des Kollegen Seiler vermögen mich – und ich nehme an, auch viele Ratskollegen – nicht zu überzeugen. Der Antrag ist daher abzulehnen. Aufgrund der Botschaft des Bundesrates hoffen und warten wir, dass die Probleme jetzt, ohne Verzögerung, gelöst werden.
Zum Antrag Günter «Loslösen der Mutterschaftsversicherung und Regelung in einem selbständigen Gesetz» kann ebenfalls bemerkt werden, dass das nur Zeitverlust ist und auch wesentliche Komplikationen im Vollzug schaffen würde, wird doch bei der Mutterschaft das Taggeld und die Grundversicherung (also die medizinische Vorsorge) angesprochen. Wir können und wollen vor allem im Bereich Mutterschaft nicht noch länger warten. Darum ist auch dieser Antrag abzuweisen.
Ich bezeichne es bewusst als unverantwortlich, wenn in diesem Versicherungsbereich – wie ich es oft in der Kommission hören musste – erneut der Teufel an die Wand gemalt wird mit dem Hinweis, die Revisionsbegehren seien für die Wirtschaft nicht verkraftbar, die Finanzlage der öffentlichen Hand werde über Gebühr strapaziert, es gehe den Ärzten an den Kragen und andere Schauermärchen mehr.
Wer auch in diesem Sektor anständig bleibt und den Rahmen der Vernunft nicht überschreitet, hat nach dieser Revision nichts zu befürchten. Die Menschen in diesem Land erwarten, dass nun endlich alles, was möglich ist, vorgekehrt wird, um die unglaubliche Kostenentwicklung abzublocken. Die Tatsache, dass von 1966 bis 1982 die Krankenkassenleistungen von 1 Milliarde 45 Millionen auf 5 Milliarden 887 Millionen geklettert sind, d. h. eine Steigerung von

463,1 Prozent erfahren haben, und im Vergleich dazu die Lebenskostenteuerung mit 106,8 Prozent ausgewiesen wird, lässt sich nicht wegreden, sie ist brutale Wahrheit.
Hier ist es zweifellos der Staat, der wirkungsvoll eingreifen muss. Der Patient selbst steht in einem derart starken Abhängigkeitsverhältnis den Medizinalpersonen und -institutionen gegenüber, von denen er ja Hilfe, Befreiung von Leiden erwartet, dass in der Regel eine verständliche Angst ihm verbietet, sich gegen unwirtschaftliche oder übertrieben kostspielige Behandlungen zu wehren. Den Krankenkassen als Vertretern der Versicherten sind endlich die geeigneten Möglichkeiten und Instrumentarien zu geben, damit sie ihrer gesetzlichen Pflicht nachkommen können, die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung wo notwendig zu prüfen und zu ahnden. Jede Bestimmung, die in dieser Vorlage der Kosteneindämmung dienlich ist, sollte daher ohne Wenn und Aber von allen Ratsmitgliedern tatkräftig unterstützt werden.
Die sozialdemokratische Fraktion ist mit verschiedenen Punkten in dieser Vorlage nicht einverstanden. Sie wird sich aber in der Detailberatung dazu aussprechen. Fest steht, dass mit dieser Teilrevision die Grundprobleme nicht gelöst werden können. Die Kommissionsmotionen reden dazu eine deutliche Sprache. Das neue Gesetz wird leider ein Flickwerk bleiben. Aber das Wenige, das aus mühsamer Arbeit hervorgegangen ist, sollte wenigstens verbessert und durchgesetzt werden. Hier kann man mit Galgenhumor sagen: Besser mit geflickten als ohne Hosen dastehen!
Namens der sozialdemokratischen Fraktion ersuche ich Sie dringend, auf das Sofortprogramm ohne Zweiteilung einzutreten.

Basler: Sie hören nun einen etwas anderen Standpunkt, als die drei Vorredner ihn vertreten haben. Die Grundhaltung unserer Fraktion zu diesem Sofortprogramm ist positiv, mit Vorbehalten und einer Ausnahme. Positiv deshalb, weil wir das Konzept der schweizerischen Krankenkassen erhalten möchten. Es beinhaltet nach wie vor eine bundesrechtlich freiwillige Einzelversicherung für Pflege- und Geldleistungen. Die Freiwilligkeit und die Kassenvielfalt sind Ausdruck der Eigenverantwortung und der regionalen Unterschiede. Wir möchten das Gesundheitswesen weiterhin den Kantonen vorbehalten.
Auch die Vertragsfreiheit zwischen Krankenkassen und Heilanstalten, Ärzteschaft und Versicherten möchten wir soweit wie möglich erhalten, denn das schweizerische Gesundheitswesen hat weltweit einen guten Ruf, und kantonale Eigenständigkeit und Vertragsfreiheit waren zum Gedeihen die wesentlichen Voraussetzungen.
Aus dieser klaren Haltung der SVP lassen sich aber auch die Vorbehalte erkennen. Im Teil A unseres Sofortprogramms, der die bisherigen Pflege- und Geldleistungen neu regelt, stecken noch Minderheitsanträge, welche das Konzept unserer Krankenversicherung ändern würden. Zu dieser Veränderung gehören jene Anträge, welche obligatorische Versicherungen verlangen, die Handels- und Gewerbefreiheit einschränken oder den Bund finanziell überfordern. Von der zustimmenden Haltung unserer Fraktion nehmen wir das obligatorische Taggeld aus. Es ist dies Teil B der Vorlage. Man darf dieses Sofortprogramm, das ja der Kosteneindämmung im Gesundheitswesen dienen muss, nicht mit der Hypothek neuer obligatorischer Lohnprozente belasten. Wir würden darin auch einen ersten Schritt zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens sehen.
Sie fragen sich vielleicht, warum wir denn für eine Revision der Krankenversicherung seien. Nun, der Grund liegt auch für uns in den hohen Kosten. Noch 1960 hat das Gesundheitswesen in der Schweiz 4 Prozent des Bruttosozialproduktes beansprucht, und heute sind es deren 8 Prozent. Ohne kostendämpfende Massnahmen ist die Steigerung dieses Anteils nicht aufzuhalten. Und weil wir jede Person einzeln versichern, addieren sich die Kostenbeiträge je nach Grösse des Haushaltes zu erklecklichen Summen. Diese Teilrevision sieht nun zum Beispiel eine Prämienbefreiung ab dem dritten Kind vor. Bundessubventionen ermässigen zudem die Beiträge des ersten und zweiten Kindes, wodurch der durchschnittliche Jahresbeitrag für die Grundversicherung einer Familie bei etwa 2000 Franken begrenzt wird. Nach bisherigem Recht wären es aber 2500 Franken für eine Familie mit drei Kindern.
Als einzigen Leistungsausbau befürwortet die SVP die zeitlich unbeschränkte Pflegeleistung bei Spitalaufenthalten. Das sind die grossen Risiken, welche die Kraft des einzelnen übersteigen.
Gut gelöst im vorliegenden Beschluss A erscheinen uns auch die echten Kostendämpfungsmassnahmen. Es sind jene, welche, Kollege Zehnder, ein kostenbewusstes Verhalten fördern, und dazu gehört eben die nach oben begrenzte Kostenbeteiligung des Versicherten. Dadurch entsteht etwas Eigenverantwortung. Wir finden, die Tarifsysteme hätten Steuerwirkung und helfen, Missbräuche zu bekämpfen.
Schliesslich anerkennt die SVP die sinnvollere Verteilung der Bundesbeiträge. Sie geschieht nicht mehr nach den alten Prinzipien der Kopfbeiträge. Das Schwergewicht liegt auf einem familienfreundlichen Beitragssystem, indem die Mutterschaft – eben Prämienermässigung für Kinder und Prämienbefreiung ab drittem Kind – in den Vordergrund gestellt wird. Die Sozialhypotheken werden den Kassen plafoniert vergütet, und was übrigbleibt wird noch zur Prämienannäherung Mann und Frau verwendet. Für Mutterschaft werden sämtliche Kassenleistungen voll vom Bund vergütet. Man schätzt dafür etwa 200 Millionen Franken jährlich.
Andererseits kritisiert die Fraktion der SVP verschiedene Punkte auch dieses Entwurfes A, ohne dass wir ihn als Ganzes in Frage stellen. So möchten wir eben, dass dem Versicherungsgedanken wieder mehr Nachachtung verschafft werde. Der Grundgedanke ist doch, dass Hilfe in zweckmässigen Gemeinschaften organisiert werde. Man verspricht sich für den Fall eines Missgeschickes gegenseitige Unterstützung. Solange gleichartig Bedrohte zusammenwirken, ist das Risiko abschätzbar und dann eben auch versicherbar. Dann sind Wahlfreiheiten in Art und Höhe möglich; ein Spielraum für unterschiedliche Risikobereitschaft ist nur so vorhanden.
Wir finden es daher nicht richtig, wenn gemäss bundesrätlichem Vorschlag oder bisheriger Praxis in Artikel 1 Absatz 2 die Krankenkassen überall dort zu Pflege- und Geldleistungen gezwungen werden, wo der Versicherungsnehmer keine Unfallversicherung abgeschlossen hat. Auf diese Weise sind die Krankenkassen gezwungen, die aus Unfall entstehenden Aufwendungen auf alle ihre Kassenmitglieder zu verlegen. Sie müssten also ihren Mitgliedern, die sich nur wegen Krankenpflege- und Krankengeldleistungen versichern lassen, auch eine Unfallversicherungsprämie belasten, auch wenn diese gegen Unfall anderweitig und neuerdings eben zwangsversichert sind. Das ist ja heute der Fall für alle Arbeitnehmer, und zwar für Betriebs- wie Nichtbetriebsunfallversicherung.
Ferner sind wir der Ansicht, dass für Unfallversicherungen der Kassen keine staatlichen Leistungen erbracht werden müssen. Bei der heutigen Durchmischung von Kranken- mit Unfallprämien und Leistungen wird es aber schwierig, rechnungsmässige Transparenz zu erhalten. Eine Ausscheidung der Unfallversicherung würde auch eine Verbilligung der Krankenkassengrundprämien bedeuten.
Mit Rücksicht auf einen Konsens haben wir unseren Antrag nicht wieder als Minderheitsantrag auf die Fahne schreiben lassen, wie das bei anderen Parteien nun doch wieder der Fall ist. In diesem Sinne gibt es auch andere versicherungstechnische Ungereimtheiten, die wir dem Konsens zuliebe nicht bekämpfen. Ich erinnere an Artikel 14 Absatz 7, wo auch nicht für Krankenpflege versicherte Frauen die Leistungen bei Mutterschaft erhalten.
Ein weiterer unseres Erachtens ungelöster Grundsatzentscheid im Versicherungswesen betrifft Artikel 2 Absatz 1a, wo der Bund den Kantonen die Ermächtigung gibt, die Krankenpflegeversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch zu erklären. Unseres Erachtens müsste hier «unter Berücksichtigung aller Krankenversicherungsträger» in den Gesetzestext eingeschlos-

sen werden. Es geht nämlich unter Aufrechterhaltung der Handels- und Gewerbefreiheit nicht an, dass kantonale Regelungen privatwirtschaftliche Lösungen ausschliessen. Das ist dann auch ein Gedanke, den wir noch einmal bei Artikel 19bis in den Absätzen 5 und 6 darstellen wollen.
Ein weiterer Grund des Missbehagens gegenüber der Vorlage A ist die Abänderung des Obligationenrechts hinsichtlich Kündigungsschutz im Falle einer Mutterschaft. Dann kann während mehr als einem Jahr keine Kündigung mehr ausgesprochen werden. Wir finden, dies liege nicht im Interesse der Gesamtheit aller Frauen. Je schwieriger nämlich die Diskussion um die Auflösung eines Arbeitsverhältnisses wird, um so vorsichtiger wird man beim Einstellen solcher Arbeitskräfte. Die Erfahrung lehrt uns, dass wir bisher mit einvernehmlichen Lösungen besser gefahren sind. Ein Ausbau beschäftigungshemmender Regelungen führt nur dazu, dass eben Stellen um so schwieriger erhältlich werden. Dennoch werden wir auch diesen Punkt nicht bekämpfen, weil wir den ausgewogenen Kompromiss der Vorlage A anerkennen und unseren Beitrag dazu leisten wollen.
Aus einem letzten Wunsch lässt sich auch – gleichsam zusammenfassend – nochmals die Haltung der Schweizerischen Volkspartei erkennen: Die hohen, aber doch begrenzten Bundesmittel sollten sozial noch wirksamer eingesetzt werden. Sie sollten den wirklich Hilfsbedürftigen zukommen und nicht unterschiedslos ganzen Teilen der Bevölkerung. Wir sehen aber, dass dies eine Totalrevision des Versicherungsgesetzes bedingen würde. Wir unterstützen daher dieses Sofortprogramm, in dem die allerdringendsten Massnahmen zur Verbesserung des bisherigen Systems enthalten sind. Sein Zweck ist ja die Eindämmung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen. Um so unangebrachter ist es, diese Sofortmassnahme mit obligatorischen Lohnprozenten für eine Taggeldversicherung zu belasten. Damit würde ein neuer Leistungsausbau gesetzlich geregelt. Wir werden daher diesen Teil B ablehnen, und wir sähen uns auch gezwungen, die Gesamtvorlage zu verwerfen, wenn der konsensfähige, kompromissfähige Teil A mit Teil B wieder zum «Multipack» vereint würde.
Unter diesen Vorbehalten aber sind wir bereit, die Revision der Kranken- und Mutterschaftsversicherung zu unterstützen.

Frau **Segmüller:** Es kommt einer Quadratur des Zirkels gleich, zu versuchen, die gegensätzlichen Interessen im Gesundheitswesen unter einen Hut zu bringen. Die Schweiz kennt ein gut ausgebautes Gesundheitswesen, abgestützt auf die fast vollständige Hoheit der Kantone. Freie Arztwahl, freie Spitalwahl, freie Studienwahl sind einige seiner Kennzeichen. Daran will und darf man grundsätzlich nichts in Frage stellen, wenn man das System selber nicht angreifen will; denn niemand bekommt den Fünfer und das Weggli. Aber die galoppierende Kostenentwicklung, die munter weiter fliessenden Subventionen – ungezielt auf alle Häupter von Männern, Frauen und Kindern – und fast unaufhaltsam steigende Prämien auch für jene, die es wirtschaftlich nicht mehr verkraften können, verlangen Eingriffe.
Genau hier setzte die Vorlage des Bundesrates 1981 an. Nur war sie etwas zu optimistisch bezüglich Leistungsausbau und zu wenig rigoros bezüglich Kostenbremsung. Dann aber erkannte noch Bundesrat Hürlimann den Ernst der Stunde und setzte die nationale Sparkonferenz ein. Mit diesen Vorgaben ist das Sofortprogramm entstanden. Mit seinen Elementen Kostendämpfung, Kostenbeteiligung, familienpolitisch gezielterer Einsatz der Subventionen, Ausbau der Leistungen bei Mutterschaft und Krankengeldobligatorium für Arbeitnehmer ist es ein guter Kompromiss. Er sollte sich als mehrheitsfähige Lösung auch gegen die unnötigen Volksinitiativen der Linken und gegen die unüberhörbar ausgestossenen Referendumsdrohungen durchsetzen können. Genauso wie gegen den ebenso unnötigen Rückweisungsantrag Seiler.
Die CVP begrüsst das etwas unorthodoxe, aber dem Problem angepasste Vorgehen der Kommission, eine Subkommission einzusetzen und auf der Basis der bundesrätlichen Vorlage und der Vorschläge der Sparkonferenz ein Sofortprogramm zu erarbeiten, damit rasch wirklich etwas geschieht. Das vorliegende Sofortprogramm ist gewissermassen eine Teilrevision einer Teilrevision, eben ein helvetischer Kompromiss. Für die einen hat der Berg eine Maus geboren, und für die anderen ist das Ganze schon wieder referendumswürdig.
Die CVP stimmt den Vorschlägen der Mehrheit zu. Im besonderen begrüssen wir alle Massnahmen, die auf die Entlastung der Familie ausgerichtet sind. In der Detailberatung werden wir uns zu einzelnen Punkten noch äussern.
Die Massnahmengruppen des Sofortprogramms enthalten die Kostendämpfung: Die Spitäler als grösste Kostenverursacher sind im Schussfeld der Kritik. Wir begrüssen die hauptsächlich die Spitäler und den medizinisch-technischen Bereich betreffenden Massnahmen. Die Minderheitsanträge lehnen wir als zu weitgehende Eingriffe in die Hoheit der Kantone ab. Wir bejahen die Kostenbeteiligung. Sie bringt eine zumutbare Verstärkung der Eigenverantwortung bei Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern und sie hilft, Prämien niedriger zu halten.
Wir sagen auch ja zum kleinen geplanten Leistungsausbau, der bloss stossende Lücken schliesst: Einführung der unbegrenzten Leistungspflicht im Spital und begrenzter Ausbau der Heimpflege. Wir sind froh über die Zurückhaltung der Kommission beim Einbezug von Zahnarztleistungen. Im Verhältnis Arzt/Krankenkasse bleibt der Spielraum des Arztes weitgehend erhalten. Wir sagen aber ja zur Verschärfung der Vorschriften über die Rechnungstellung zum Zweck von mehr Transparenz auch für den Patienten. Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit zur verstärkten Leistungskontrolle des Arztes und zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Behandlung. Auch die Stärkung der Stellung des Vertrauensarztes ist gut.
Den Kantonen ist die Höchstgrenze beim Deckungsgrad der Pauschale für die allgemeine Abteilung der Spitäler zuzumuten. Es ist ein verhältnismässig kleiner Eingriff in die Tarifhoheit.
Wir sagen vor allem auch ja zur Verpflichtung der Kantone zur Prämienverbilligung für wirtschaftlich Schwache. Das ist ein gezielter familienpolitischer Beitrag. Genauso begrüssen wir die gezieltere Verwendung der Subventionen an die Kassen in familienpolitischer Richtung, wiederum bei den Kindern, Frauenprämien und AHV/IV-Rentnern. Wir sind in diesem Zusammenhang auch einverstanden mit der vorgesehenen kleinen Erhöhung der Subventionen an die Kassen.
Zu den Leistungen bei Mutterschaft: Seit 1945 besteht in der Bundesverfassung der Auftrag zur Schaffung einer Mutterschaftsversicherung. Das KUVG hat immer Leistungen für Mutterschaft umfasst; eine Lücke aber blieb vorhanden, denn wir haben ja kein Versicherungsobligatorium. Heute steht auch hier das Sofortprogramm als Gegenvorschlag zur Mutterschaftsinitiative.
Im Bereich Krankenpflegeversicherung ist es nötig, eine Lücke im Netz der sozialen Sicherheit zu schliessen, indem Leistungen beschränkt auch an nichtversicherte Frauen in bescheidenen Verhältnissen vorgesehen werden. Der Kostenpunkt ist bescheiden, geschätzt 3 Millionen pro Jahr. Der ordnungspolitische Sündenfall dabei ist wirklich unbedeutend. Die Vorlage ist die einfachste und billigste Art, die Lücke zu schliessen, sie ist viel besser als eine separate Mutterschaftsversicherung.
Für die berufstätigen Mütter ist als zentrale Schutzbestimmung der Ausfall des Kündigungsschutzes vorgesehen, und das Taggeldobligatorium ermöglicht ein solidarisches Mittragen der Belastung durch die Mutterschaft für Frauen, welche sich nicht nur als Arbeitskraft der Wirtschaft zur Verfügung stellen, sondern auch bereit sind, den Fortbestand der kommenden Generation zu gewährleisten. Wir betrachten die im Sofortprogramm enthaltenen Vorschläge als die sach- und zeitgerechten und möglichen Lösungen zur Verbesserung des Mutterschutzes, und wir lehnen die Volksinitiative als unrealistisch und finanziell untragbar ab.
Das wirklich Neue an der ganzen Vorlage ist das Taggeldobligatorium. Der Arbeitnehmer ist heute obligatorisch versi-

chert gegen Lohnausfall bei Unfall, Militärdienst, Arbeitslosigkeit. Bloss für den häufigsten Fall der Krankheit ist er es nicht! Es ist nicht einzusehen, wieso jemand bei Krankheit schlechter gestellt sein soll als bei Unfall. Auch hier besteht eine Lücke im System der sozialen Sicherheit. Nur mit diesem Obligatorium für alle Arbeitnehmer ist es auch möglich, das Problem der Lohnfortzahlung während des Mutterschaftsurlaubes zu lösen. Die CVP begrüsst daher die Einführung des Taggeldobligatoriums.
Es ist erfreulich – und ich sage dies angesichts der Anträge Seiler und Günter –, dass die Subkommission in wesentlichen Punkten eine Übereinstimmung erzielen konnte, welche von der Gesamtkommission übernommen wurde. Das Sofortprogramm bringt nicht die Beseitigung aller Übel. Das ist deshalb nicht möglich, weil es darüber eben keinen Konsens gibt. Beste Illustration dafür sind die angekündigten Initiativen. Das Sofortprogramm bringt die hier und jetzt möglichen Schritte in die richtige Richtung. Zustimmung liegt daher im Interesse der Aufrechterhaltung unseres freiheitlichen Systems. Aus den dargelegten Gründen ist es klar, dass die CVP das ganze Massnahmenpaket des Sofortprogramms befürwortet. Eine künstliche Zweiteilung lehnen wir ab. Für uns bildet dieses Sofortprogramm ein Ganzes. Wir werden daher den Minderheitsantrag I unterstützen. Den Minderheitsantrag II Günter zur Schaffung eines separaten Mutterschaftsgesetzes lehnen wir ab. Er bringt punkto Leistungsausbau nichts Neues, hingegen bedeutet er eine unnötige administrative Verkomplizierung, und darüber hinaus brächte er eine Verzögerung der Vorlage. Wir danken dem Bundesrat und der Verwaltung für die ausserordentlich konstruktive Mitarbeit und die Unterstützung bei der Ausarbeitung des Sofortprogrammes. Das Vorgehen der Kommission war nicht selbstverständlich, sondern diktiert von den ungewöhnlichen Schwierigkeiten, alles auf einen Nenner zu bringen.
Noch ein Wort zum Antrag Seiler: Es ist klar, dass wir ihn ebenso klar ablehnen. Er handelt nach dem Motto: «Wer das Mögliche nicht will, braucht bloss das Unmögliche zu fordern.» Konsens, und den braucht es zum Glück in unserem demokratischen Land, ist für weitergehende einschneidendere Massnahmen schlicht und einfach nicht vorhanden. Das Sofortprogramm bringt, was heute politisch möglich ist. Eines jedenfalls steht mit Sicherheit fest: Ohne Sofortprogramm verläuft die Kostenentwicklung ungebremst weiter. Die Subventionen laufen via Giesskanne weiter, und der Ausbau des Mutterschutzes unterbleibt wenigstens vorläufig. Was würde in der Zwischenzeit sonst noch geschehen? Wenn wir nichts tun, geschieht eben nicht nichts: die Kostenentwicklung, die ungebremst weiter ansteigen würde, macht mir und unserer Fraktion Sorgen.
Gesundheitspolitische Verantwortung wahrnehmen gebietet, angesichts solcher Aussichten mindestens Hand zum Versuch zu bieten, innerhalb des geltenden Systems die Entwicklung wenigstens etwas zu bremsen, ohne eine spätere grosse Revision zu präjudizieren. Es erschiene unverantwortlich, tatenlos zusehen und einfach auf eine Revision in weiter Ferne warten zu wollen. Wer das Sofortprogramm ablehnt, aus welchen Gründen auch immer, handelt aber genauso. Ein Konsens für mehr ist nicht in Sicht. Weder Initiativen noch Rückweisungsanträge, noch Schwarzpeterspiele helfen, rascher Kosten zu sparen.
Noch ein Wort zu Herrn Günter. Er hat harsche Kritik am Sofortprogramm ausgesprochen. Ich werde bei der Detailberatung noch Gelegenheit haben, einzelne seiner Vorwürfe zu widerlegen. Wir haben nicht Zeit verloren, Herr Günter, und keine Chance vertan. Im Gegenteil: Wir haben Ihnen heute eine Chance vorgelegt. Das Minimalziel ist erreicht; wir können Ihnen einen Konsens vorlegen, wie er weitergehend nicht in Sicht ist. Ich bitte Sie auch, den Ordnungsantrag Günter abzulehnen. Es ist für die Behandlung der ganzen Vorlage besser, sofort zu entscheiden, ob Teilung der Vorlage oder nicht.
Das Sofortprogramm ist eine Chance: die politische Chance, den erreichten politischen Konsens zur mindestens teilweisen Verbesserung zu verwirklichen, hier und jetzt. Und dieser Konsens ist grösser als Herr Günter meint. Es ist richtig, diesem Konsens jetzt zuzustimmen.
Namens der CVP ersuche ich Sie um Eintreten auf das Sofortprogramm in einem Paket. Helfen Sie mit, die Gunst der Stunde, den erreichten Konsens im Sofortprogramm auszunützen. Diese Chance kommt ganz bestimmt nicht so schnell wieder.

Frau **Mascarin**: 1974 haben 59 Prozent der Stimmenden für eine Revision der sozialen Krankenversicherung gestimmt, allerdings ohne Effekt, weil das doppelte Ja nicht möglich ist. Es kamen dann die heftigen Auseinandersetzungen um das Flimser Modell, und endlich, 1981, eine Vorlage des Bundesrates zur Revision. Diese Vorlage ist nun noch zurechtgestutzt worden auf dieses Sofortprogramm. Zurechtgestutzt so, dass ja niemand – ausser den Versicherten – Haare lassen muss.
Das Wort «Kostenexplosion» wurde schon in der Diskussion um das Flimser Modell kreiert, wie wenn es sich bei der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen um eine naturwüchsige Katastrophe handeln würde, die niemand politisch zu verantworten braucht und an der niemand dick und fett geworden wäre.
Da aber die Kosten real zu berappen waren, wurde schon damals auf die Sozialversicherten gegriffen, die in der Auseinandersetzung um die Krankenversicherung eindeutig die schwächste Lobby hinter sich haben. Dem Versicherten und potentiell Kranken wurde eine Begehrlichkeitsneurose attestiert – ebenfalls eine neue Wortschöpfung in dieser Auseinandersetzung. Diese Begehrlichkeitsneurose sei verantwortlich für den Kostenanstieg, ihr sei mit massiven Prämienaufschlägen, mit erhöhter direkter Kostenbeteiligung im Krankheitsfall, allenfalls mit einer Grossrisikoversicherung à la Flimser Modell – eine Neuauflage ist auch in der heutigen Vorlage enthalten – zu begegnen. Tatsache ist jedenfalls, dass die potentiellen Patienten zahlen, zahlen, immer noch mehr zahlen; der Prämienanstieg war bedeutend höher als der Kostenanstieg, ein Leistungsausbau ist deswegen nicht erfolgt.
Ich werde im folgenden zu vier Punkten sprechen: erstens zur Kostenentwicklung in der Krankenpflegeversicherung, zweitens zur Prämienentwicklung, drittens zur Taggeldversicherung, und viertens zur Mutterschaftsversicherung.
Zur Kostenentwicklung: Der Gesamtaufwand für das Gesundheitswesen in der Schweiz ist beachtlich, vergleichbar etwa mit Schweden und Holland. Gemessen am Lebensstandard der Schweiz bleibt er im Rahmen. Wir sind allerdings davon überzeugt, dass etliche Kostenfaktoren im Gesundheitswesen auch ohne Leistungsabbau eliminiert werden können. Dies geht jedoch nicht ohne entscheidende strukturelle Veränderungen auf seiten der Kassen und der Organisation der medizinischen Dienste. Ausserdem muss die Monopolstellung bei der Herstellung von Heilmitteln auch in der Preisbildung angegangen werden. Der Hauptteil der Kosten entfällt mit 46,6 Prozent auf die Spitalkosten. Die stark steigenden Spitalkosten waren in den letzten Jahren mit Sicherheit der Hauptmotor der überdurchschnittlichen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. In der Wachstumseuphorie der sechziger Jahre wurden Akutspitäler noch und noch gebaut, basierend auf absurden Prognosen bezüglich Bevölkerungswachstum.
Die Region, aus der ich komme, ist ein Musterbeispiel für solche Fehlplanung. Politische Opposition kam damals schon nicht nur von uns, sondern auch von bürgerliche Seite. Professor Gillard, Professor für Sozialpolitik an der Universität Lausanne, berechnete 1975 schon eine Überdotierung von etwa 12 500 Akutbetten. Er forderte bis zum Jahre 2000 einen massiven Abbau um etwa 14 500 Akutbetten. Dafür forderte er auch eine Versechsfachung der Ausgaben für Hauspflege und Haushalthilfe. Jedes leerstehende Akutbett wird heute via belegte Betten amortisiert. Das bezahlt der Versicherte einmal via Prämien als Aufschlag an die Krankenkassen oder dann direkt via Steuern und Übernahme der Spitaldefizite durch die Kantone. Leistungen erhält der Versicherte für diese Zahlungen keine.

Die Kosten für die ambulante Behandlung haben ebenfalls zugenommen, waren jedoch nicht der Hauptgrund für die Kostensteigerung. Die Tatsache, dass die prozentualen Aufwendungen der Krankenpflegeversicherung für ambulante ärztliche Leistungen und Arzneimittel prozentual abgenommen haben, beweist noch lange nicht, dass diese Kosten nicht doch noch ohne Leistungsabbau für den Patienten gesenkt werden könnten, ohne drastische Senkung des normalen ärztlichen Einkommens und selbstverständlich ohne Ruin der pharmazeutischen Industrie der Schweiz.
Abgesehen davon, dass es noch immer einzelne Chefärzte und praktizierende Ärzte gibt, die auf Kosten der Sozialversicherung übersetzte Einkommen erzielen, ist allein die Struktur der ärztlichen Praxis, die zu amortisieren ist, kostenfördernd, ohne die Qualität der medizinischen Leistung zu fördern. Das Durchbrechen der Monopolstellung der pharmazeutischen Industrie beim Festsetzen der Medikamentenpreise wird in der Schweiz noch lange ein politisches Tabu bleiben. Andere europäische Länder beweisen allerdings, dass es möglich ist, solche Tabus anzugehen. Der Kommission schien offenbar eine Motion zur kalten Einführung des Numerus clausus im Medizinstudium politisch bedeutend weniger bedenklich als eine Motion, die etwa das Angehen der Preise der Pharmazeutika und anderer ärztlicher Hilfsmittel gefordert hat.
Ich komme nun zur Prämienentwicklung. Die Prämien sind wesentlich höher und schneller gestiegen als die Kosten selbst. Wenn schon, wäre also von einer Prämienexplosion zu sprechen. Als europäisches Unikum kennt die Schweiz das einkommensunabhängige Kopfprämiensystem, die denkbar unsozialste Form, eine Sozialversicherung zu finanzieren. Allein die Krankenpflegeprämien ohne Taggeldversicherung beanspruchen heute schon ohne weiteres ein durchschnittliches Monatseinkommen, in der Westschweiz sogar das anderthalbfache eines Monatseinkommens, bei einem Jahreseinkommen von etwa 20 000 Franken netto und zwei Kindern.
Die Durchschnittsprämien, die in der Kommission als Unterlagen zur Diskussion dienten, sind praktisch ohne Aussagewert. Sie sind lediglich irreführend, da weder die bedeutenden lokalen und regionalen Unterschiede noch die äusserst kostenwirksame Zusammensetzung des Mitgliederbestandes einer Kasse, noch die Wirkung der Regelung der Eintrittsalterprämie berücksichtigt sind. Diese Durchschnittsprämien dienen also lediglich dazu, dem Versicherten vorzugaukeln, dass die Prämienbeträge viel niedriger sind, als er real zu zahlen hat. Sie sagen etwa soviel aus wie die Zahlen über das durchschnittliche Renteneinkommen in der Schweiz. Man sollte solche Durchschnittszahlen lieber gar nicht zur Diskussion stellen.
Hauptverantwortlich für die Prämienexplosion, nicht für die Kostenentwicklung, ist die Mehrheit in den eidgenössischen Räten. Diese Mehrheit hat der sozialen Krankenversicherung seit 1975 2 Milliarden Franken wegorganisiert, ein Zehntel des Bundesjahresbudgets. Und Sie haben diese 2 Milliarden Franken auf die unsozialen Kopfprämien überwälzt. Auf kantonaler Ebene hat die gleiche politische Koalition nicht nur die Überkapazität der Spitalbetten zu verantworten, sondern auch die Tatsache, dass seit 1975 den Kassen immer höhere Spitaltaxen verrechnet wurden. Das bedeutet, dass Kantone ihre Spitaldefizite – finanziert via Steuergelder – auf die Krankenkassen – finanziert via Kopfprämien – überwälzen konnten.
Der Gesamtindex der Krankenpflegekosten stieg von 1976 bis 1982 von 100 auf 542, die Spitaltarife, im Vergleich dazu, von 100 auf 799. Also sie stiegen beträchtlich höher als die Gesamtkostenentwicklung in der Krankenpflegeversicherung. Die ohnehin in der Krankenversicherung äusserst mangelhaft funktionierende Solidarität zwischen hohen und tieferen Einkommen spielt seit 1975 mit den Sparbeschlüssen, mit den Plafonierungsbeschlüssen praktisch überhaupt nicht mehr. Für diese Entwicklung haben Sie die Verantwortung zu tragen.
Der enorme Prämienanstieg bringt nicht nur, dass Bezüger von niederen Einkommen sich nicht mehr versichern können und im Krankheitsfall auf die Fürsorge angewiesen sind, sondern er bringt auch, dass der gut Verdienende mit gutem Krankheitsrisiko dank der Freiwilligkeit der Krankenpflegeversicherung aus der sozialen Krankenversicherung aussteigen und zu privaten Versicherungen gehen kann.
Dank der Möglichkeit, Kollektivverträge abschliessen zu können, wird die Solidarität zwischen guten und schlechten Krankheitsrisiken ohnehin schon abgebaut, also wird ebenfalls der sozialen Krankenversicherung für alle das Wasser abgegraben. Nur ein Obligatorium der Krankenversicherung und strukturelle Anpassungen auf Seiten der Kassen würden hier Änderungen bringen.
Das Sofortprogramm bringt mit Sicherheit nochmals eine höhere Kopfbelastung der Versicherten. Die nächste Prämienerhöhungsrunde auf den 1. Januar 1985 ist von den Kassen schon abgekündigt. Selbstbehalt und Franchise sollen gemäss Sofortprogramm massiv steigen; neu soll auch allgemein für Kinder ein Selbstbehalt und eine Franchise gelten. Die Prämienbefreiung vom dritten Kind an wiegt dies überhaupt nicht auf, sintemalen heute bereits sehr viele Kassen diese Prämienbefreiung ab drittem Kind kennen. Auch die Übernahme bestimmter präventivmedizinischer Massnahmen wiegt diese massive Mehrbeteiligung der Versicherten an den Kosten nicht auf. Krebsabstriche bei den Frauen – es geht konkret hier um diese präventivmedizinische Massnahme – werden auch heute schon von den meisten Kassen übernommen.
Dass die Aussteuerung bei Spitalbedürftigkeit aufgehoben wird, ist ein absolutes Muss angesichts der Zunahme des Anteils betagter Bürger in unserem Lande. Es handelt sich hier gar nicht um einen echten Leistungsabbau der sozialen Krankenversicherung, es handelt sich um eine Verlagerung der Zahlung von der Fürsorge zur sozialen Krankenversicherung. Bezahlt werden muss in diesen Fällen auf jeden Fall. Die Aussteuerung wegen Spitalbedürftigkeit ist heute die häufigste Ursache für die Armengenössigkeit in der Schweiz.
Das Sofortprogramm bringt also eine massive unsoziale Mehrbelastung des Versicherten via Kostenbeteiligung im Krankheitsfall und eine Prämienerhöhung. Es ist für unsere Fraktion in der Konzeption der Mehrheit der Kommission unakzeptabel. Wir bekämpfen auch jeden Versuch, das Solidaritätsprinzip noch weiter auszuhöhlen mit einem Bonus-Malus-System oder einem Grossrisikoversicherungssystem, wie es in Artikel 14 angelegt ist. Ich kann mich in der Detailberatung noch dazu äussern.
Zur Taggeldversicherung: Grundsätzlich sind wir für eine obligatorische Taggeldversicherung. Gemäss alt Bundesrat Hürlimann sind etwa 50 bis 55 Prozent der Arbeitnehmer angemessen taggeldversichert, die übrigen gar nicht oder nur zu einem symbolischen Taggeld. Die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers genügt ebenfalls nicht, da diese von der Dauer des Arbeitsverhältnisses abhängt und für Aushilfen nicht gilt. Die Vorlage lässt allerdings auch offen, wie das Taggeld bei Aushilfen geregelt ist. Grundsätzliche Kritik müssen wir allerdings am Finanzierungsmodus der Taggeldversicherung anmelden. Zwar ist die Finanzierung über Lohnprozente sozialer als über Kopfprämien. Schlecht ist jedoch der vorgesehene betriebsmässige Abschluss der Versicherung bei einer der 500 möglichen Krankenkassen oder einem Privatversicherer. Arbeiter oder Angestellte von Betrieben mit schlechten Gesundheitsrisiken, beispielsweise mit vielen Frauen, mit vielen älteren Personen, mit gesundheitsschädlichen Arbeitsgängen, werden wesentlich mehr zahlen müssen als zum Beispiel Beschäftigte in einem Dienstleistungsbetrieb mit vor allem jungen männlichen Angestellten.
Völlig unsozial wird dieses System, da es auch für die Finanzierung des Taggeldes bei Mutterschaft angewendet werden soll und so Betriebe mit vielen Frauen, die sowieso schlecht verdienen, am meisten Lohnprozente zahlen müssen.
Damit komme ich zum letzten Punkt, zur Mutterschaftsversicherung. Wir plädieren dafür, dass die Krankenpflegeversicherung und die Krankengeldversicherung als ein Paket

behandelt werden, falls keine Rückweisung des gesamten Paketes erfolgt, weil diese beiden Versicherungen inhaltlich zusammengehören, dass aber die Mutterschaftsversicherung gemäss Minderheit Günter davon abgetrennt wird. Dies aus drei Gründen:

1. Es geht nicht an, drei Monate vor der Abstimmung über die Initiative für die Einführung eines wirksamen Mutterschutzes in der ersten Kammer einen sogenannten Gegenvorschlag zu diskutieren, in den dann alles mögliche völlig unverbindlich hineingenommen werden kann, damit gegen die Initiative Propaganda gemacht werden kann; unverbindlich deshalb, weil der Ständerat mit Sicherheit hier Abstriche machen wird und der Nationalrat ebenfalls mit Sicherheit dem Ständerat folgen wird. Ich begreife eigentlich nicht, wie die sozialdemokratischen Mitglieder der Kommission zu diesem Spiel Hand bieten konnten.

2. Die von der Kommissionsmehrheit vorgeschlagene Regelung des Mutterschutzes ist ungenügend und fällt sogar hinter das zurück, was der Bundesrat in seiner Botschaft zur Volksinitiative versprochen hat. Die anvisierte Finanzierung lehnen wir ab, das habe ich bereits ausgeführt, weil damit in erster Linie berufstätige Frauen belastet werden. Sie haben dann noch mehr als die Männer für die Kosten der Mutterschaft aufzukommen.

3. Die Mutterschaftsversicherung wäre gemäss dieser Vorlage auf zwei Beschlüsse verteilt. Es ist wohl anzunehmen, dass dann die Taggeldversicherung ganz bachab geht, und wir hätten überhaupt nichts mehr in der Hand; trotzdem kann mit diesem Beschluss gegen die Initiative Propaganda gemacht werden.

Abschliessend will ich sagen, dass das sogenannte Sofortprogramm mit Sicherheit Mehrkosten für den Versicherten bringen wird, ohne dass entscheidende Mehrleistungen geleistet werden, dass das Sofortprogramm sogenannte Kostendämpfungsmassnahmen bringt, die mit allergrösster Wahrscheinlichkeit bereits mit dem heute geltenden Gesetz auf dem Verordnungswege angestrebt werden könnten. Ich denke vor allem an die Kostendämpfung in der Spitalversorgung. Mehrere Kantone haben bereits heute notgedrungen zum Mittel der Spitalplanung gegriffen, ohne dass das KUVG revidiert ist.

Das Sofortprogramm ist neutral zwischen den verschiedenen Lobbies; Leidtragender ist der Sozialversicherte. In der Fassung der Mehrheit der Kommission ist es deshalb für uns unannehmbar ist.

Zum Rückweisungsantrag Seiler möchte ich sagen, dass wir diesen unterstützen. Es ist immer noch besser, einen neuen Versuch zu machen, als dieses Sofortprogramm in der vorliegenden Fassung zu verabschieden.

Hegg: Die Behandlung der Gesetzesrevision, wie sie zur Debatte steht, ist kein Ruhmesblatt der Regierungskoalition. Fast wäre man zum Spruch geneigt, der Berg habe eine Maus geboren. Wir sind denn von der Vorlage alles andere als begeistert.

Wenn wir trotzdem dem sogenannten Sofortprogramm zustimmen und daher für Eintreten sind, dann unter dem Eindruck, dass es aus sozialpolitischen Gründen dringlich ist, die Dinge nicht weiter so treiben zu lassen. Durch die andauernden Erhöhungen der Kassenprämien, die durch das Fortlaufen der Kosten im Gesundheitsbereich nötig werden, ist die Prämienlast, die zum Beispiel ein Familienvater zu tragen hat, beinahe unerträglich geworden. Er braucht nicht einmal besonders viele Kinder zu haben. Die Entlastung solcher Versicherter ist absolut vordringlich und darf auf keinen Fall wegen eines politischen Pokerspiels weiter hinausgeschoben werden.

Gestatten Sie mir zu Beginn ein Wort über diese sogenannte Kostenexplosion. Ich gebe zu, dass die Steilheit und das Ausmass intolerabel sind. Es ist aber zu unterscheiden: Ein Teil ist Folge von politischen Fehlern, zum Beispiel der Weigerung der Einführung eines Numerus clausus für Medizinstudenten. Soweit das noch möglich ist, sind wir für eine Korrektur dieser Fehler, obschon im Falle des Numerus clausus der Zug zu einem grossen Teil bereits abgefahren ist. Wir werden deshalb zum Beispiel der Motion I zustimmen. Medizinisches Angebot und Nachfrage sind eben elastisch. Bei entsprechender Interessenlage lassen sie sich einschränken oder ausweiten. Mehr Ärzte bedeuten mehr Angebot. Selbst chirurgische Eingriffe können nur sehr relativ dringlich sein. Unter dem Gesichtspunkt der Krebsvorbeugung kann man zum Beispiel fast den ganzen Organismus ausweiden. Ein Teil der Kostenentwicklung ist jedoch schicksalhaft. Lassen Sie mich einige Beispiele geben.

Die Veränderung des Altersaufbaus der Bevölkerung hat notwendigerweise höhere Gesundheitskosten zur Folge. Dies ist unausweichlich.

Ein anderer Altersaufbau wäre nur um den Preis eines weiteren Bevölkerungswachstums zu haben, sei es über hohe Geburtenziffern oder Einwanderungsüberschüsse, was aus ökologischen Gründen aber höchst unerwünscht wäre. Ausser der Verkleinerung der Familien führt zum Beispiel auch die häufigere Berufstätigkeit der Ehefrauen schicksalhaft zu höheren Pflegekosten, denn die Familien sind pflegerisch weniger leistungsfähig geworden, was zu häufigeren Spitaleinweisungen führt. Es ist das alte Lied: Gewisse soziologische Veränderungen führen zwar zu einem grösseren Bruttosozialprodukt, haben aber auch soziale Kosten zur Folge. Das Bruttosozialprodukt ist kein Massstab für echte Lebensqualität.

Die kulturelle Entwurzelung vieler Menschen durch mehr sogenannte Mobilität, auch die Siedlungsverdichtung wegen des Bevölkerungswachstums und die dadurch verursachte Verschlechterung der Umweltbedingungen sind heute kostensteigernde Faktoren. Die technisch-industrielle und bevölkerungsmässige Entwicklung in unserem Land hat einfach das Optium für die menschliche Gesundheit überschritten; sie schadet nicht nur der natürlichen Umwelt. Wir befinden uns in einem Zustand der Überentwicklung, die für das Leben allgemein schädlich geworden ist. Auch die Zunahme der Suchtkrankheiten und des Arzneimittelmissbrauchs sind teilweise die Folgen. Zu erwähnen wäre auch eine wachsende Abtreibungsmentalität.

Ein anderer Kostensteigerungsfaktor ist schicksalhaft, aber in einem erfreulicheren Sinne zu werten: die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft. In manchen Fällen können wir heute handeln, in denen man früher nur noch die Hände in den Schoss legen konnte.

Ich bin Arzt und habe nicht die Absicht, einen Bogen um die Frage der Arzthonorare zu machen. Ich gebe zu, dass es auch in meinem Berufsstand einige wenige schwarze Schafe geben mag, und ich nehme sie gewiss nicht in Schutz; Ärzte sind auch nur Menschen. Die Steigerung der ärztlichen Honorare fällt als Teilursache der Kostenentwicklung jedoch nur wenig ins Gewicht. Hingegen etwas anderes: Junge Ärzte, die eine Praxis eröffnen, werden von Verkäufern medizinischer Apparate oft zu einer übertriebenen technischen Ausstattung ihrer Praxen gedrängt. Amortisationssachzwänge zwingen die Ärzte in der Folge, sich wie Geschäftsleute zu verhalten. Auch die Tarifstruktur der Kassenleistungen gibt dem Vorschub: Zu grosse Entschädigungen für technisch-apparative Leistungen, zu wenig etwa für das ärztliche Gespräch. Zudem möchte ich Ihnen noch eines zu bedenken geben: Wenn man ständig von übertriebenen Verdienstmöglichkeiten im Arztberuf spricht, so zieht das vielleicht zum Teil falsche Leute in diesen Beruf.

Meine Fraktion tritt für eine sanfte Medizin ein, die folgende Grundsätze beachtet: möglichst viel Vorbeugung, möglichst wenig Chemie und Messer, dafür möglichst andere Methoden wie Gespräch, physikalische Therapien, auch aktive sportliche Übungstherapien und weitere nichtmedikamentöse und nichtchirurgische Behandlungsweisen.

Ein Wort zur Vorbeugung: Obschon wir sie befürworten – zum Beispiel hat die NA sich in ihrer Vernehmlassung für den Erlass eines Präventivgesetzes eingesetzt –, möchte ich trotzdem vor übertriebenen Hoffnungen warnen. Dem modernen Menschen ist etwas abhanden gekommen, das Friedrich Nietzsche *amor fati* (Liebe zum Schicksal) genannt hat. Zum Leben gehören Geburt und Tod, aber auch Krank-

heit. Wir glauben jedoch, alle zusammen manipulieren zu können. Es gibt auch einen modernen Krankheitsvorbeugefimmel, den ich als krankhaft, also neurotisch bezeichnen möchte.
Unbedingt erwähnt werden müssen noch die verfehlten Investitionen im Spitalbereich in Anbetracht von falschen Wachstumsprognosen. Zu viele Akutbetten, auch zu grosse Frauenspitäler in einer Zeit fallender Geburtenziffern, der forcierte Bau von Privatkliniken – zudem noch aus dem Ausland «gemanagt» (entschuldigen Sie das Fremdwort!) – machen uns Sorgen wegen der Auswirkung auf die Kostenentwicklung. Wir befürworten deshalb die vorgeschlagenen Massnahmen in Sachen Bedarfsplanung.
In der Frage des Obligatoriums befürwortet die Mehrheit unserer Fraktion eine mittlere Lösung entsprechend dem Minderheitsantrag II (Borel). Im übrigen sind wir gegen eine Teilung der Vorlage, auch nicht im Sinne des Antrags Günter für eine gesonderte Mutterschaftsversicherung. Seit 1945 steht die Forderung einer Mutterschaftsversicherung in unserer Bundesverfassung. Das Abschieben dieses Anliegens auf die lange Bank, die bei Zustimmung zum Antrag Günter droht, ist auch aus staatspolitischen Gründen nicht zu verantworten, zumal wenn wir die Geburtenziffer der Schweizer betrachten, die nur etwa 75 Prozent des eigenen Nachwuchses gewährleistet.
In der Detailberatung werde ich noch weitere Punkte aufgreifen. Vorläufig danke ich Ihnen für die Aufmerksamkeit.

M. **Massy:** Le projet qui nous est soumis provoque dans notre groupe des sentiments mélangés. Les deux rapporteurs de la commission ont rappelé la longue et pénible histoire des avatars de l'assurance-maladie depuis la fin du siècle dernier. Certains dans cette salle se souviennent encore des débats de notre conseil sur la dernière tentative de révision de 1974, hélas! refusée par le peuple et les cantons. A cette occasion, le représentant de notre groupe avait déjà fait remarquer que de toutes les assurances sociales, l'assurance-maladie était la plus difficile à régler. D'une part, parce que son tour venait toujours le dernier dans la remise en ordre de la législation sociale, alors que les moyens financiers étaient épuisés et, d'autre part, parce que la maladie est un risque extrêmement difficile à cerner. Il est facile de savoir qui a droit à l'AVS, à l'assurance-militaire, à l'assurance-accidents ou à l'assurance-chômage, il est bien plus difficile de déterminer qui est réellement malade.
En outre, le projet qui nous est soumis semble avoir assez peu de chances politiques, même sous la forme réduite que la commission nous propose. Jamais, je crois, on a aussi souvent et aussi tôt entendu parler de référendum lors des séances d'une commission et cela dès sa première réunion. C'était peut-être le seul point de convergence entre les divers intéressés: partis politiques, groupements économiques ou spécialistes de la santé et de l'assurance sociale sont tous prêts à lancer le référendum. Et cela sans parler des autres menaces que constituent les deux initiatives que viennent de lancer le concordat des caisses-maladie, d'une part, le Parti socialiste suisse de l'autre. Leur probable aboutissement ne facilitera pas l'acceptation de la LAMM, si le peuple est appelé à se prononcer.
Le présent projet a pour but principal de rééquilibrer les finances de l'assurance-maladie, principalement en tentant d'en freiner les coûts. D'autre part, le projet veut introduire l'assurance-maternité en allant à la rencontre des auteurs de l'initiative qui va être soumise au peuple et aux cantons en décembre. Enfin, il veut introduire l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière; j'envisagerai successivement ces trois points.
Premier point, mesures d'économie: l'intention du Conseil fédéral et de la commission de freiner les coûts de la santé est évidemment louable. Reste à savoir si les propositions qui nous sont faites dans ce but ont une chance d'être efficaces. Est-ce que le fait de répéter, à divers articles, que les traitements doivent être économiques produira un quelconque effet? Nous en doutons sérieusement. Est-ce que le fait de charger les gouvernements cantonaux, voire le Conseil fédéral, de vérifier cette économie citée sera plus efficace? Ici, la réponse doit être plus nuancée. Nous pensons que les gouvernements cantonaux et le Conseil fédéral peuvent réellement agir dans ce domaine. Ce qui par contre nous inquiète, notamment de la part du Conseil fédéral, c'est que les mesures qu'il peut prendre ne soient disproportionnées par rapport au but à atteindre. Je précise que pour contrôler l'économie citée des traitements, le Conseil fédéral va devoir se lancer dans une série de contrôles, d'enquêtes, de statistiques qui soumettront l'exercice de la médecine à toutes sortes de chicanes administratives et paperassières, pour ne pas dire un contrôle quasi policier totalement en contradiction avec l'existence d'une médecine libérale qui a fait le renom de la médecine suisse depuis plus d'un siècle. D'autre part, alors que les gouvernements cantonaux sont le plus souvent proches des problèmes, le Conseil fédéral, lui, ne peut pas connaître aussi exactement les conditions de travail du médecin, qui sont différentes à Lausanne ou à Appenzell, à Zurich ou à Airolo.
La récente décision du Conseil fédéral de casser une décision du Conseil d'Etat genevois de 1981, sans tenir compte d'aucuns des arguments présentés par ce canton, nous laisse une certaine inquiétude devant le futur contrôle fédéral des décisions cantonales en matière d'assurance-maladie. De même, le projet semble oublier que plus de 50 pour cent des frais proviennent des hôpitaux, et cependant le Conseil fédéral veut intervenir dans la politique hospitalière, ce qui nous paraît mettre sérieusement en question le fédéralisme. A la limite, on peut se demander si l'intervention de la Confédération, dans la politique hospitalière des cantons, a la moindre base constitutionnelle; nous pensons en particulier aux articles 19bis et surtout 22^{quinquies} du projet.
En résumé, les libéraux sont inquiets du manque de proportionnalité entre les mesures envisagées et le résultat qu'on peut en espérer. Par contre, nous saluons et soutenons l'augmentation de la participation des assurés aux frais, ainsi que la franchise, à condition que le Conseil fédéral fixe un maximum suffisamment élevé au sens de l'article 14bis, 1er alinéa.
Assurance-maternité. Bien sûr, cette assurance, telle que prévue dans le projet, ne va pas aussi loin que l'initiative populaire. Il me semble cependant que c'est déjà un progrès évident qui nous est proposé par rapport à la situation actuelle. Pour ce qui concerne le remboursement des frais aux femmes non assurées, notre groupe soutiendra la proposition de minorité à l'article 14, 7^{e} alinéa; nous reviendrons dans le débat sur cet article.
Assurance obligatoire d'une indemnité journalière. Ici nos opinions sont partagées. Il nous semble en effet que les avantages et les inconvénients de cette obligation s'équilibrent. L'avantage évident est qu'il est indispensable qu'en cas de maladie d'un chef de famille, cette famille puisse vivre. Ceux qui ont pratiqué la médecine ou le travail social savent dans quelles difficultés, parfois insurmontables, se trouvent les familles dont le chef tombe malade sans être assuré. Non seulement il n'y a plus de salaire, mais les frais causés par la maladie peuvent être considérables et ne sont pas remboursés. Il est évident que dans de tels cas et si le salaire au moins était assuré, le problème deviendrait moins dramatique. Les inconvénients existent bien sûr aussi. D'une part, ici comme ailleurs, l'obligation de responsabilité de l'individu le pousse à vouloir profiter de l'assurance. D'autre part, le financement en pour-cent de salaire va encore augmenter les charges des entreprises au moment où elles doivent faire face à l'augmentation des charges de l'assurance-chômage et, surtout, l'introduction du deuxième pilier. Il n'est pas évident que cette perpétuelle augmentation des charges sociales soit une bonne évolution en période de stagnation de l'économie, de concurrence internationale très vive et ne finisse pas par menacer l'existence même de certaines entreprises, surtout petites et moyennes, et par là les places de travail.
En terminant, je voudrais faire encore deux remarques pour éviter de reprendre la parole à propos des deux motions que

nous propose la commission. La première, c'est que notre groupe regrette vivement que le Conseil fédéral et la commission n'aient pas voulu revoir dès maintenant le mode de subventionnement des assurés-maladie. Il nous paraît urgent que le Conseil fédéral étudie au plus vite un projet du type de celui proposé par l'Association des assurances privées pour que les subventions fédérales viennent au secours de ceux qui en ont besoin et ne soient plus dispersées sur l'ensemble des assurés dont un grand nombre pourraient payer des primes conformes au coût de l'assurance-maladie. C'est pourquoi notre groupe votera la motion II.
Notre deuxième remarque concerne le nombre des médecins. Il est évident – tout le monde finit par l'admettre – que l'augmentation inconsidérée du corps médical pousse à la consommation de services dans le domaine de la santé. Il y a dix ans déjà, le groupe libéral avait interpellé le Conseil fédéral sur ce sujet sans obtenir une réponse satisfaisante mais même s'il est déjà tard et qu'une bonne partie des dommages sont irréversiblement causés, il est indispensable là aussi de freiner. Dans ce but, nous soutiendrons la motion I.
Le dernier point concerne la scission du projet. Notre groupe votera cette division avec la majorité de la commission. L'assurance obligatoire d'une indemnité journalière est un sujet à part et il nous paraît légitime qu'en cas de référendum, le peuple suisse ait la possibilité de dire oui à l'une des parties de la loi et non à l'autre. Cela nous paraît conforme à l'esprit des règles régissant l'unité de la matière. En conclusion, le groupe libéral votera l'entrée en matière malgré les réserves qu'il fait sur l'efficacité de cette loi, il soutiendra la proposition de la commission de scinder en deux le projet mais réserve son attitude pour le vote sur l'ensemble selon le sort qu'il sera fait aux diverses propositions de minorité.

Allenspach: Die Vorlage des Bundesrates zu einer Teilrevision der Kranken- und Mutterschaftsversicherung ist noch in jener Zeit der sozialen Euphorie vorbereitet worden, in der unter dem Generalnenner, es müssten Lücken im System der Krankenversicherung geschlossen werden, ein erheblicher Leistungsausbau zugunsten der Versicherten in Aussicht genommen worden ist. Es ist bezeichnend, dass der bundesrätliche Antrag praktisch keine Massnahmen zur Einschränkung der Kostenexplosion im Gesundheitswesen enthält. Er enthält jedoch viele Vorschläge, die zwar an sich nicht unvernünftig sind, die aber doch zu einer Fortdauer und Beschleunigung der Kostenexplosion führen müssten. Inzwischen hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass das Haupterfordernis nicht in einer Leistungsvermehrung, sondern in einer Kostendämpfung liegt. Kostendämpfung ist dabei umfassend zu verstehen. Die Gesamtkosten dürfen nicht in den gleichen Proportionen wachsen wie bis anhin. Es ist ein Fehlschluss, wenn vorgegaukelt wird, mit erhöhten Bundessubventionen oder mit erhöhten Spitaldefiziten zu Lasten der Kantone würden Kosten eingespart.
Auch andere Finanzierungsarten, beispielsweise lohnprozentuale Beiträge der Erwerbstätigen und ihrer Arbeitgeber, haben absolut keine Kostendämpfung zur Folge. Im Gegenteil, wenn den Direktbeteiligten die Kosten nicht mehr sichtbar und fühlbar werden, fallen auch noch die letzten Schranken. Eine echte Kostendämpfung ist nicht möglich ohne effizientere Leistungserbringung und ohne Leistungseinschränkung. Die Kosten des Gesundheitswesens betragen heute über 8 Prozent des Volkseinkommens. Steigen diese Kosten in den gleichen Proportionen weiter wie in den letzten Jahrzehnten, dann werden sie im Jahre 2000 – also in etwa 15 Jahren – rund 12 bis 15 Prozent des Volkseinkommens beanspruchen. Wenn heute über unerschwingliche Krankenkassenprämien geklagt wird, wird vergessen, dass diese Prämien oft nicht einmal die Hälfte der effektiven Kosten decken.
Weil die ursprünglichen bundesrätlichen Anträge Leistungsvermehrungen anvisierten, die niemand zu zahlen bereit ist, weder der Bund noch die Kantone, weder die Krankenkassen noch die Patienten, können sie nicht akzeptiert werden. Es ist, wenn wir uns ehrlich Rechenschaft geben, in der Kommission eindeutig festgestellt worden, dass die bundesrätlichen Anträge in dieser Form nicht akzeptiert werden. Sie sind gescheitert. Davon zeugt nicht nur das weitverbreitete Missbehagen, davon zeugen auch die beiden Volksinitiativen, die eine Totalrevision des Krankenversicherungswesens anvisieren.
Wir haben uns verschiedentlich die Frage gestellt, ob es nicht besser wäre, die Vorlage an den Bundesrat zurückzuweisen mit dem Auftrag, neue, vornehmlich auf Kosteneindämmung ausgerichtete Anträge einzubringen. Die Kommission hat dies nicht getan, wie uns scheint mit guten Gründen. Dann würden nämlich erneut Jahre verstreichen, bis irgend etwas geändert wird. Aus diesen Überlegungen werden wir auch den Antrag Seiler ablehnen, der zum genau gleichen Resultat führen müsste.
Die Kommission hat anstelle der bundesrätlichen Anträge ein Sofortprogramm zusammengestellt. Entsprechend dem Titel «Sofortprogramm» soll dieses Programm im Nationalrat und vor allem auch im Ständerat rasch und zügig behandelt werden. Wir sind in unserer Fraktion der Auffassung, dass dieses Programm so zu konzipieren sei, dass es auf den 1. Januar 1986 in Kraft treten kann.
Wir streben diese rasche Verschiebung aus drei Gründen an: Erstens möchten wir das so rasch als möglich verwirklichen, was aufgrund der Arbeiten der Sparkonferenz als Sparmassnahme sofort realisierbar ist. Zweitens müssen wir die gegenwärtig zwielichtige Subventionsbasis klarer fassen. Drittens müssen wir möglichst bald Kräfte und Köpfe für die Inangriffnahme der Totalrevision der Krankenversicherung freimachen.
Eine rasche und zügige Verabschiedung des Sofortprogramms ist aber nur dann zu erwarten, wenn es ausschliesslich konsensfähige Elemente umfasst und an der gegenwärtigen Grundstruktur der Krankenversicherung nichts Grundsätzliches ändert. Alles andere zwingt den Ständerat zu eingehenderen Erörterungen und zur Behandlung von Grundsatzfragen und führt zu Differenzen zwischen den Räten und schliesslich zu einem Referendum. Damit wird nichts gewonnen, es geht lediglich Zeit verloren.
Die freisinnig-demokratische Fraktion tritt für ein echtes Sofortprogramm ein. Im Interesse einer raschen Verabschiedung wird sie für die Zweiteilung der Vorlage votieren. Die Vorlage A enthält die strukturneutralen Vorkehren im Bereiche der Krankenversicherung. Die Vorlage B verfügt ein Obligatorium der Krankengeldversicherung und die Finanzierung dieser Versicherung durch Lohnprozente. Wir lehnen es ab, derartig grundsätzliche Neuerungen auf dem Wege eines Sofortprogramms einzuführen. Wir werden die Frage von Obligatorien in der Krankenversicherung und lohnprozentualen Beiträgen später umfassend im Zusammenhang mit den Volksinitiativen und der Totalrevision des Gesetzes zu erörtern haben. Wird heute diese Vorlage nicht geteilt, dann werden die Widerstände gegen Obligatorien und zusätzliche Lohnabzüge zu einer Verzögerung und eventuell sogar zu einem Scheitern des ganzen Sofortprogramms führen.
Die freisinnig-demokratische Fraktion stimmt für Eintreten auf die Vorlage A. Diese Vorlage umfasst im Bereich der Krankenpflegeversicherung *grosso modo* das sofort Realisierbare, insbesondere im Bereiche der Kostendämpfung. Die freisinnig-demokratische Fraktion bekämpft – das sei vorweggenommen – in diesem Sofortprogramm alle Minderheitsanträge, die zu einer grundsätzlichen Änderung der gegenwärtigen Strukturen führen. Sollten solche Anträge in diesem Sofortprogramm von der Mehrheit des Rates angenommen werden, müssten wir uns für die Schlussabstimmung völlige Handlungsfreiheit vorbehalten.
Die freisinnig-demokratische Fraktion lehnt den Antrag, eine eigenständige Mutterschaftsversicherung ausserhalb der Krankenversicherung zu schaffen, einhellig ab. Wir haben uns in diesem Rate gegen die Mutterschaftsinitiative ausgesprochen. Wir sind nicht bereit, das, was wir im Rahmen dieser Initiative ablehnen, nämlich die eigenständige Mutter-

schaftsversicherung, über mehr oder weniger improvisierte Gesetzesanträge zu verwirklichen.
Die freisinnig-demokratische Fraktion kann im Rahmen eines Sofortprogramms die Vorlage B nicht akzeptieren, denn dieses Obligatorium der Krankengeldversicherung mit der vorgesehenen Finanzierung könnte eine Entwicklung einleiten, die den pluralistischen, unabhängigen und autonomen Krankenkassen den Todesstoss versetzen würde. Es sollte auch in diesem Rate beachtet werden, dass das Konkordat der Krankenkassen ausdrücklich und nachdrücklich Nichteintreten auf Teil B empfiehlt.
Die freisinnig-demokratische Fraktion verlangt schliesslich, dass nach der Verabschiedung des Sofortprogramms unverzüglich eine umfassendere Revision des Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetzes an die Hand genommen wird. Dabei muss in erster Linie eine wirksame Dämpfung der Kostensteigerung angestrebt werden, auch eine Abkehr von den nach wie vor ausgerichteten Giesskannensubventionen. Wir sind überzeugt, dass die gegenwärtigen Probleme des Gesundheitswesens nur mit neuen Überlegungen einer Lösung entgegengeführt werden können.

Eisenring: Die Kommission ging in Kenntnis eines gemeinsamen Briefes der beiden Finanzkommissionen davon aus, dass gegenüber der bisherigen Ordnung 100 Millionen Franken an Zuwendung an die Krankenkassen einzusparen sind. Dieser Zielsetzung hat man nicht Folge geleistet. Wir stehen heute vor Kosten in der Höhe von etwa 1 Milliarde Franken. Was ist nun von dieser Vorlage im Gesamtzusammenhang zu halten? Wir haben in der Kommission zwei Dinge festgestellt. Wir stehen auf der einen Seite vor einer Leistungsexplosion. Ich erwähne stichwortartig: neue Techniken, viele Ärzte, viel Urlaub, viel Erholung, viel Bäderbenutzung usw. Wir stehen aber auch vor einer Anspruchsexplosion; jeder spricht zwar vom Sparen im Gesundheitswesen, erwartet aber für sich alle Leistungen seitens der öffentlichen Hand und der Medizin. Früher waren für Spitäler Sechsbettzimmer üblich. Vierbettzimmer sind heute schon nicht mehr erwünscht, man will Zweibett- und Einbettzimmer; jedes Spital ist innert 25 Jahren zu einer Totalrevision gezwungen. Die bisherigen Sparvorschläge, soweit sie überhaupt sichtbar geworden sind, sind im Grunde genommen lediglich Umverteilungsvorschläge. Man vergrössert Selbstbehalt und Franchise, und das ist meiner Auffassung nach nun das Positive an dieser Vorlage, die man sonst auf hundert Arten kritisieren kann. Jeden Ansatz, vom Giesskannensystem auch nur punktuell etwas wegzukommen, unterstützen wir in aller Form.
Ich möchte nun aber darauf hinweisen, dass die Kostenexplosion im Gesundheitswesen, so arg sie ist, von der Kostenexplosion im Bildungswesen im Vergleich, noch weit übertroffen wird. Wenn wir die Kostenexplosion im Gesundheitswesen in den Griff bekommen wollen, müssen wir endlich einmal beim Bildungswesen eingreifen und den Mut aufbringen, gewisse Tatsachen festzuhalten und Folgerungen zu ziehen.
Ich gehe hier auf das Arztstudium ein. 1975 hatten wir etwa 12 000 Ärzte, 1982 16 000. Im Jahre 1995 werden wir 32 000 haben, im Jahr 2000 sogar 48 000, dies bei einer ungefähr konstanten Bevölkerung. Ich mache Sie darauf aufmerksam, dass der Ärzteberuf der einzige Beruf in der ganzen Welt ist, der die Nachfrage selbst bestimmen kann.
Es ist das Phänomen des Arztstudiums und -berufes, dass bei ihm sowohl die Angst und als auch der Wille zum Älterwerden in Umsatz umgesetzt werden können. Von einer Marktwirtschaft im Gesundheitsbereich ist keine Rede. Man ist nun auch auf die tolle Idee der sogenannten Umschulung gekommen. Umbildung und Umschulung ist heute im Ärztebereich in der Schweiz an der Tagesordnung. Der Kanton Zürich ist bereits soweit; er hat zwei Umbildungen im akademischen Bereich bewilligt und finanziert. Hinterher muss nun festgehalten werden, dass nicht noch mehr Umschulungen bewilligt werden, sofern es Personen über 45 Jahre betrifft. Wir wären sonst auf dem besten Weg, dass aus dem Dr. med. FMH in direktem Gang ein «Dr. med. AHV» würde.
Auf diese Verhältnisse haben wir einzutreten und die nötigen Korrekturen zu veranlassen. Die Marktwirtschaft spielt in diesem Bereich nicht, und sie kann nicht spielen. Die Ärzteüberproduktion steht drohend im Hintergrund, obwohl man jetzt schon umschult. Die Natur lässt sich nicht überlisten, insbesondere nicht im Gesundheitswesen. Sie werden mir vielleicht beistimmen, wenn ich Ihnen sage, dass man, wenn man länger leben will, zwangsläufig auch älter wird. Aber mit dem Älterwerden wächst die Selbstverantwortung in unserem Lande leider nicht. Daher kommen wir nicht um vermehrte Eingriffe im gesundheitspolitischen Bereich herum. Wir müssen dem Gesundheitswesen viel engere Zügel anlegen und Massnahmen ergreifen, die weit über das, was nun die Kommission vorschlägt, hinausgehen. Die Eigenverantwortung ist in den Mittelpunkt zu stellen.
Ich bin an und für sich über den Verlauf unserer Kommissionsberatungen enttäuscht. Ich habe nur die Hoffnung, dass der Ständerat noch mit dem scharfen Messer hinter die Dinge geht. Ich beantrage Ihnen Eintreten, aber nur aus dem einen Grund, weil wir in einigen punktuellen Belangen wenigstens kleine Schritte von dem Giesskannensystem wegzukommen hoffen. Das Grundziel, nämlich eine neue Konzeption, haben wir mit dieser Revision nicht erreicht und werden es auch nicht erreichen.

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

Schluss der Sitzung um 12.25 Uhr
La séance est levée à 12 h 25

Zwölfte Sitzung – Douzième séance

Mittwoch, 3. Oktober 1984, Vormittag
Mercredi 3 octobre 1984, matin
8.00 h

Vorsitz – Présidence: M. Gautier

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision
Assurance-maladie. Révision partielle

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 1310 hiervor – Voir page 1310 ci-devant

Mme **Christinat:** Dans le cadre de ce vaste débat et après les émotions de la journée d'hier, j'interviens pour vous demander de soutenir la proposition de M. Günter, qui demande très judicieusement de sortir de l'assurance-maladie tous les articles concernant la maternité. Pour certains, cette requête est inutile, inopportune et inadéquate; pour d'autres, et je partage cette opinion, cette demande est parfaitement justifiée, car elle a le mérite de la logique puisque la maternité n'est pas une maladie. M. Günter ne vous propose même pas de légiférer à nouveau, ni de modifier certaines dispositions critiquables contenues dans cette loi, mais tout simplement d'enlever de la loi actuelle les articles qui concernent la maternité et de les réunir dans une loi distincte. Du point de vue de la technique législative, il est tout à fait possible de procéder de la sorte et de donner suite à ce vœu dans un laps de temps relativement court. Pour des raisons qui m'échappent, cette idée n'a pas trouvé grâce aux yeux de la Commission dont la majorité a préféré continuer d'assimiler la maternité à une maladie. Avec ce système, les femmes sont perdantes une fois de plus, car en considérant la maternité comme une maladie, on justifie du même coup sournoisement leurs cotisations plus élevées aux caisses-maladie. C'est pourquoi je ne vois aucun inconvénient à ce que l'on accepte la proposition de M. Günter; au contraire, j'y vois de nombreux avantages pour les femmes. Rien, sinon peut-être la peur habituelle d'un référendum, ne peut expliquer l'amalgame de deux choses complètement différentes. Du haut de cette tribune, d'autres voix que la mienne se sont souvent élevées pour dénoncer le manque de sérieux et de rigueur du législateur suisse qui, en quarante ans, n'a pas été capable de donner suite à un article constitutionnel qui demande de légiférer dans le domaine de l'assurance-maternité. Il est vrai que ce long retard ne prétéritait que les femmes, ce qui explique bien des choses.
Si pareil retard avait concerné d'autres domaines, tels l'économie ou l'état des finances fédérales, que de protestations n'aurions-nous pas entendues! Notre regretté Conseiller fédéral Willy Ritschard, les a du reste entendues. Rappelez-vous le débat sur la progression à froid. Mais, pour en revenir à l'assurance maternité, une loi séparée – comme le demande la minorité – serait préférable au «fourre-tout» que nous sommes en train de préparer. Vouloir s'obstiner à tout mélanger est à mes yeux incompréhensible. En effet, une grande partie des revendications féminines est comprise dans les articles que nous allons discuter. Ces derniers valent la peine qu'on les défende même si, pour moi, ils sont insuffisants par rapport à l'initiative populaire pour une protection efficace de la maternité. Du reste, si cette dernière devait recevoir l'approbation du peuple, comme je le souhaite, il faudra bien légiférer et faire une loi séparée. Donner suite à la proposition de M. Günter est aussi du même coup répondre aux vœux du Grand Conseil genevois unanime, qui a chargé le Conseil d'Etat d'user de son droit d'initiative pour demander la création d'une assurance-maternité avec la couverture des frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers, une indemité journalière pendant la durée du congé-maternité ainsi que l'interdiction du licenciement des femmes enceintes durant la grossesse et le congé-maternité. La Commission propose de ne pas donner suite à cette initiative et de la classer. Vous me permettrez, qu'en tant qu'élue de Genève, d'être d'un autre avis. Je reviendrai d'ailleurs à cette tribune le moment venu pour solliciter votre appui à l'initiative de mon canton qui ne demande en tout cas pas un replâtrage de l'assurance maternité. Dans l'immédiat, je vous invite à accepter la proposition de M. Günter.

Spälti: Das Sofortprogramm zur Krankenpflege-Grundversicherung, über welches wir sprechen, will mit rasch realisierbaren Massnahmen einen ersten Schritt zur Lösung der dringendsten Probleme vornehmen. Wir wissen es alle: Dies ist politisch kein leichtes Unterfangen, denn die Interessengegensätze sind offensichtlich gross. Gemeinsam aber sollte uns die Sorge um die Aufrechterhaltung einer finanziell tragbaren sozialen Krankenversicherung sein, d. h. der Krankenpflege-Grundversicherung.
Leider müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass die Mitgliedschaft bei Krankenkassen insbesondere für jene allzu teuer geworden ist, die sie am ehesten brauchen. Deshalb muss hier Abhilfe geschaffen werden mit rasch wirksamen Massnahmen. So ist es bedauerlich, dass man sich nicht zu einer wirklich sozialen Finanzierung der Krankenpflege-Grundversicherung hat durchringen können und weiterhin Bundessubventionen nach dem Giesskannenprinzip ausrichtet, ohne diese Mittel jenen Versicherten zukommen zu lassen, die sie auch wirklich nötig haben. Tiefergreifende grundlegende Reformen – auch die wirklich soziale Finanzierung – müssen deshalb in einem zweiten Schritt rasch folgen.
Vordringlich ist gegenwärtig die Bremsung der Ausgaben der Krankenversicherung. Wenn das gelingt, haben wir Gewähr, dass die Prämien nicht von Jahr zu Jahr in bekanntem Ausmass steigen werden. Vielleicht haben wir auch Gewähr, dass der Bund nicht ständig mit weiteren Subventionsbegehren konfrontiert wird. Im vorliegenden Sofortprogramm sind dazu zwar keine umwerfenden, aber doch einige wirksame, rasch realisierbare Massnahmen enthalten.
Es scheint mir wichtig, die Sparbemühungen in den richtigen Relationen zu sehen. Es kann ja nicht darum gehen, die Entwicklung im Gesundheitswesen schlechthin zum Stehen zu bringen. Wir wollen weiterhin ein freiheitliches Gesundheitssystem, das auch Gestaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten offen lässt. Indessen muss die Kostenentwicklung vor allem in jenen Bereichen des Gesundheitswesens gebremst werden, die von der Krankenpflege-Grundversicherung abgedeckt werden, weil sonst ihr sozialer Charakter verlorengeht. Weitergehende individuelle Bedürfnisse und Ansprüche an die medizinische Versorgung können aber nicht Gegenstand der Sozialversicherung sein.
Entscheidend für den Erfolg von Sparmassnahmen ist das Mitmachen aller Beteiligten. Die Sparaufträge im Sofortprogramm richten sich an alle. Sie betreffen die Ärzte und Spitäler als Anbietende von Gesundheitsleistungen ebenso wie die Versicherten als Nachfragende. Auch die Krankenkassen werden mithelfen müssen, dass sich die Direktbeteiligten kostenbewusster und damit sparsamer verhalten. Hier sind vor allem zwei Kategorien von Massnahmen hervorzuheben: Zum einen sind es jene Massnahmen, die unmittelbar Anreize zu kostenbewussterem Verhalten schaffen und somit der Förderung der Eigenverantwortung dienen; zum anderen sind es Massnahmen, die auf eine Verbesserung der Transparenz unserer Krankenversicherung ausgerichtet sind.
Zur gezielten Förderung der Eigenverantwortung sind im Sofortprogramm eine ganze Reihe tauglicher Schritte enthalten, zum Beispiel die höhere Kostenbeteiligung im

Krankheitsfall. Um wirksam zu sein, muss sie subjektiv spürbar für den einzelnen, aber auch finanziell tragbar sein. Die vorgesehene Lösung bietet hier die nötige Flexibilität. Ferner ist die Detaillierung der Rechnungen vorgesehen, damit sich die Versicherten überhaupt ein Bild von den Kostenfolgen im Krankheitsfall machen können. Als wichtige Neuerung sollen die Krankenkassen auch Versicherungen mit wählbaren höheren Jahresfranchisen anbieten können. Zur Verbesserung der Transparenz sind Vorschriften enthalten, unter anderem zur Gestaltung der Medizinaltarife, zur Rechnungstellung im Krankheitsfall sowie zur Rechnunglegung der Krankenkassen.
Das Sofortprogramm zur Krankenpflege-Grundversicherung ist ein erster Schritt, um überhaupt etwas vorwärts zu kommen. Es ist aber weitgehend ein Kompromiss. In manchen Punkten wurde – auch wenn das jetzt aus dem Vorschlag der Kommission nicht hervorgeht, weil keine Minderheitsanträge gestellt wurden – Entgegenkommen gezeigt.
Wenn es um die Behandlung der vielen Minderheitsanträge geht, sollten Sie die Notwendigkeit, Kompromisse zu schliessen, bedenken. Systemverändernde Anträge würden wohl bei ihrer Annahme zu einer Gefährdung des Sofortprogramms führen. Einige Beispiele: zum Beispiel der Verzicht auf die Freiwilligkeit der Krankenpflege-Grundversicherung oder die Ausweitung von Pflichtleistungen der Krankenkassen oder als weiteres Beispiel die Verwässerung der vorgesehenen Kostenbeteiligung. Eine solche Gefährdung sollte vermieden werden. Denn das Sofortprogramm zur Krankenpflege-Grundversicherung bringt uns doch gesamthaft gesehen in einem schwierigen Problem einen ersten Schritt weiter.
Ich bitte Sie, auf diese Vorlage einzutreten. Ich bitte Sie auch, der Zweiteilung in Krankenpflege und Krankengeld zuzustimmen. Wir dürfen die realisierbaren Fortschritte im dringenderen Bereich der Krankenpflege nicht ohne Not gefährden.

M. **Darbellay:** Je plaide ici exactement le contraire de ce que défend M. Spälti. Je suis pour l'unité du projet.
L'objet que nous traitons est intitulé «Assurance-maladie. Révision partielle». C'est dire que le Conseil fédéral déjà a souhaité présenter une modification restreinte, s'attachant seulement aux points qu'il jugeait spécialement importants. Ensuite, après deux ans et demi de délibérations, la commission a confié à un sous-groupe le soin d'élaborer un programme d'urgence. Ce dernier est revenu passablement décharné, mais toutefois reconnaissable, si bien que le Département de l'intérieur, par son chef, M. Egli, conseiller fédéral, a bien voulu continuer à en assumer la paternité.
Tout aussi compréhensive, la commission a repris ce projet presque tel quel. C'est pourquoi je considère qu'il forme un tout. Si nous voulons le mener à bien, il ne faut pas trop le charger, mais il ne faut pas non plus le dépouiller à tel point qu'il ne soit plus reconnaissable et qu'il ne présente plus aucun intérêt.
On nous propose aujourd'hui, d'une part, de séparer la deuxième partie du programme de la première et, d'autre part, de la refuser. L'acceptation de ces propositions rendrait ce projet absolument inintéressant. En effet, c'est cette deuxième partie qui résout deux problèmes importants. Tout d'abord, elle introduit l'assurance-perte de gain pour tous les salariés. De mémoire d'homme, depuis 1911 en tout cas, on traite beaucoup mieux les victimes d'un accident que celles de la maladie. Bienheureux les accidentés, pourrait-on dire, ils seront honorés; malheur, par contre, aux malades, ils seront abandonnés. Je pense qu'il est temps de supprimer cette discrimination et de mettre sur un pied d'égalité les victimes d'accidents et celles de maladies. La deuxième partie du projet nous permettant de le faire, il faut l'adopter.
Cette deuxième partie résoudrait également l'assurance-maternité. Tous ceux qui se sont exprimés ici contre l'initiative sur la protection de la maternité ont reconnu la nécessité de certains postulats, en particulier celui concernant le congé maternité de 16 semaines. Toutefois, que deviendrait ce congé maternité sans l'indemnité journalière?
Nous devons être cohérents et crédibles. Nous avons prétendu, à chaque fois, que le projet de modification de l'assurance-maladie devait être un contre-projet de fait à l'initiative pour la protecition de la maternité. Si nous voulons qu'il joue ce rôle, il doit être intégré au programme d'urgence.
Par conséquent, je vous invite à voter ce programme dans son ensemble et à accepter l'entrée en matière.

Wick: Viele Faktoren haben zur heute unbefriedigenden Situation geführt. Ich will in Stichworten einige dieser Faktoren aufzählen: In erster Linie ist es die gewaltige Entwicklung der Medizin, die zu einer deutlichen Verlängerung der Lebenserwartung geführt hat, wie es bereits Herr Hegg angedeutet hat. Der Bevölkerungsanteil der über 65jährigen nimmt stark zu. Unsere älteren Mitbürger benötigen naturgemäss viel mehr medizinische Versorgung als jüngere Altersgruppen. Dies wird sehr gerne übersehen. Hinzu kommt, dass z. B. die früher unheilbare Krankheit wie Leukämie im Kindesalter heute eine Heilungsaussicht von etwas über 60 Prozent hat. Damit sind die Kosten pro Patient ganz enorm gestiegen. Sie können sich vorstellen: Früher hat ein Kind mit Leukämie durchschnittlich vielleicht vier bis fünf Wochen gelebt. Heute überlebt es, wird aber zwei, drei Jahre behandelt. Oder es stirbt nach längeren Leiden von ein, zwei bis drei Jahren. Das macht eine ganz gewaltige Kostensteigerung, die man nicht übersehen darf und die sachlich wirklich gerechtfertigt ist.
Diese und andere Faktoren – ich erwähne den Ärzteüberfluss – resultieren in einem höheren Anteil der Kosten des Gesundheitswesens am Bruttosozialprodukt. Das Rad dieser Entwicklung lässt sich nicht mehr zurückdrehen. Auch wenn ich die Kostenbremsen im Sofortprogramm begrüsse und deswegen für Eintreten stimmen werde, muss ich doch vor ungerechtfertigtem Optimismus warnen. Wir können nicht mehr lange so tun, als ob ohne mehr Geld oder ohne Verlust der sozialen Komponente unseres Krankenversicherungssystems der Zuwachs an echter Leistung in unserem Gesundheitswesen abgedeckt werden könnte. Mit anderen Worten: Auch wenn wir dem Sofortprogramm als einem ersten Schritt zustimmen, werden wir auf die Dauer doch nicht um die Erschliessung zusätzlicher Finanzquellen herumkommen. Mit einer leeren Staatskasse ist keine Sozialpolitik zu machen; der Souverän lehnt aber höhere Steuern – ich erwähne die Mehrwertsteuer – konsequent ab. Lohnprozente, die heute plötzlich wieder «in» sind, werden auch kaum auf Gnade stossen. Denken Sie zurück an die letzte Revision und an das Flimser Modell. Dann bleibt vielleicht noch der Versuch über das berühmte und nahezu geheiligte Verursacherprinzip.
Gesundheitsschädliche Faktoren müssen also mit einer zusätzlichen Abgabe zugunsten des Gesundheitswesens belastet werden. In Frage kommen eventuell zusätzliche zweckgebundene Abgaben auf Genussgiften wie Alkohol und Tabak; vor allem kommen aber zusätzliche zweckgebundene Abgaben und Belastungen des Treibstoffs in Frage. Wenn Sie den ausgezeichneten Bericht des Departements des Innern über Waldsterben und Luftverschmutzung gelesen habe, so ist Ihnen vielleicht auch aufgefallen, wie häufig die Sequenz «gesundheitsschädliche Konzentrationen» im Zusammenhang mit den Stickoxidkonzentrationen vorkommt. Bei diesen Zunahmen der Stickoxide geht es längst nicht mehr allein um das Waldsterben, es geht ebenso sehr um eine Zeitbombe, die gegen unsere eigene Gesundheit gerichtet ist. Stichwort dazu: chronische Bronchitis, eine schleichende, invalidisierende und potentiell tödliche Krankheit.
Ein anderes Stichwort, dessen man sich schon sehr lange bewusst ist, das man aber sehr gerne verdrängt: Verkehrsunfälle. Als Folge des Individualverkehrs wird ein Mass an menschlichem Leid toleriert, das eigentlich unvorstellbar und geradezu paradox ist. Über 1200 Tote, noch mehr Verletzte, darunter Invalide, Querschnittgelähmte, werden

jährlich dem Götzen Auto und Mobilität geopfert. Auch nur ähnliche Katastrophen in einem andern menschlichen Tätigkeitsgebiet würden ungeahnte Aktivitäten in diesem hohen Hause auslösen. Aber niemand weiss Rat, wie man da wirklich Abhilfe schaffen könnte. Gerade deshalb bin ich der Ansicht, dass hier ein Geldopfer angebracht ist, um dem Gesundheitswesen eine Grundlage zu geben, die Sozialpolitik wieder möglich macht.
Ich weiss, dass solche Überlegungen angesichts der Macht der Automobilverbände geradezu utopisch sind; aber den Mitgliedern dieser Verbände möchte ich zu bedenken geben, dass sie die Gesundheitskosten und die sozialen Kosten des Automobils auf jeden Fall berappen müssen. Soll das mit Steuern, mit Lohnprozenten oder nicht eher doch mit einem zusätzlichen Treibstoffzollzuschlag geschehen? Dies ist die einzige Finanzierungsart, die jeder durch sein persönliches Verhalten beeinflussen kann. Jedenfalls behalte ich mir vor, einen entsprechenden parlamentarischen Vorstoss einzureichen. Ich sage zwar ja zur Pflästerchenpolitik des Sofortprogramms, aber ich stelle fest, dass auch dieser Versuch, einen Pelz zu waschen, ohne ihn nass zu machen, nicht sehr weit führen kann.

M. **Berger**: L'image que l'assuré se fait de l'assurance-maladie peut être fort différente d'un individu à l'autre, qu'il soit riche ou pauvre, qu'il soit jeune ou vieux. C'est en ces termes que le président de notre commission s'est exprimé au début de son rapport.
Après cette constatation, j'ajouterais que ce que l'assuré attend ou devrait attendre d'une couverture en soins médicaux et pharmaceutiques, c'est d'être protégé lorsque la maladie rend sa situation insupportable. Les besoins peuvent être fort divers, qu'il s'agisse d'un salarié soucieux de faire vivre sa famille en cas de sinistre ou d'un indépendant, d'un artisan, d'un représentant des professions libérales pour qui l'absence en cas de maladie de courte durée ne porte pas à conséquence alors que la maladie grave entraîne famille et entreprise dans la difficulté.
La diversité de besoins qui se manifeste entre salariés et indépendants est fort compréhensible et logique. Il est donc important de faire preuve de souplesse tant en matière de prestations qu'en matière de cotisations pour les différentes catégories d'assurés. Le montant annuel de la participation aux frais – montant fixé par le Conseil fédéral, selon la loi – devrait permettre de répondre aux exigences des diverses catégories d'assurés en leur dispensant une couverture conforme à leurs besoins tout en maintenant les cotisations à un niveau acceptable grâce à une franchise suffisamment large.
Cette première condition requise, à notre avis primordiale, il devrait être possible, grâce au programme d'urgence qui nous est proposé, de répondre pour une part non négligeable à la question lancinante de l'augmentation des coûts de l'assurance-maladie.
Nous soutiendrons donc l'entrée en matière de ce programme d'urgence, même si nous eussions préféré, et de loin, que cette réforme de l'assurance se fasse en un seul temps, quitte à la décharger de certaines dispositions complémentaires comme l'assurance d'indemnité journalière.
Nous ne combattrons donc pas l'entrée en matière de ce programme d'urgence mais faisons les remarques et les vœux suivants. Premièrement, nous savons tous que le bateau de l'assurance-maladie est surchargé et que des échéances nous sont imposées. Aussi je vous propose de suivre aux propositions de la majorité de la commission, soit de traiter séparément et dans un deuxième temps seulement l'assurance-indemnité journalière.
Deuxièmement, la mini-réforme qui nous est proposée devrait permettre à tous, aux caisses, aux assurances comme aux usagers d'aller de l'avant en leurs offrant une situation de totale transparence. A ce titre, nous nous permettrons, lors de la lecture des articles, de revenir sur deux points laissés en veilleuse par le programme d'urgence et qui nous paraissent indispensables.
Troisièmement, il nous paraît hautement souhaitable que les nouvelles dispositions ne limitent pas l'initiative et la spécificité des cantons en ce domaine. Le non-respect de l'autonomie cantonale, en matière de gestion hospitalière, se traduirait inévitablement par une augmentation des coûts et un affaiblissement des prestations sans compter les perturbations qu'elle causerait. Nous combattrons donc un tarif hospitalier unique en Suisse, comme toutes dispositions allant dans ce sens, partant du principe que les établissements hospitaliers peuvent se limiter, en matière de planification nationale, à opter pour un plan comptable uniforme, ce qui serait manifestement suffisant.
Avant de terminer, nous attirons votre attention sur le fait que cette réforme de l'assurance-maladie en plusieurs paliers successifs ne va pas simplifier l'administration et la gestion tant de nos caisses-maladie que de nos hôpitaux, voire l'élaboration de nos budgets cantonaux.
Après la récente réforme de la loi sur l'assurance-accidents, présentement de la loi sur la prévoyance professionnelle, suivie de la loi sur l'assurance-maladie et maternité par tranches successives, souhaitons que ce bateau des assurances sociales chargé de réforme, arrive à bon port sans trop de dommages. Je vous propose donc de nous y employer.

Ziegler: Bundesrat, Verwaltung und Kommission haben bei der Ausarbeitung dieser Vorlage zweifellos anerkennenswerte Arbeit geleistet. Die Beratungen haben jedoch die Schwierigkeit der Problemlösung sehr deutlich erkennen lassen. Was am heutigen Zustand grosse Sorgen bereitet, das sind die massiven Prämienerhöhungen infolge der enormen Kostensteigerungen sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Behandlung. Es ist erwiesen, dass die medizinische Überversorgung nicht zu sinkenden Einkommen der Leistungserbringer, sondern zu Mehrkosten führt. Überversorgung verleitet zu Überkonsumation, nicht zuletzt wegen der vermehrten apparativen Behandlungsmethoden. Sowohl im ärztlich-medizinischen Bereich als auch bei den wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen müssen Wege gesucht werden, die echte Kosteneinsparungen bewirken. Das gilt besonders auch für die Behandlung in Heilanstalten und Kliniken, in denen die Tarife weitgehend von den Kantonsregierungen festgesetzt werden.
Kostendeckungsmassnahmen bedingen gesetzlich verbindliche Normen, die einerseits Ärzte, Spitäler und Kliniken zur Sparsamkeit anhalten und andererseits den Versicherungsträgern mehr Kontrollmöglichkeiten in die Hand geben, damit eine wirtschaftliche Durchführung der Krankenversicherung erreicht werden kann. Diesem Erfordernis vermögen weder die Mehrheits- noch die Minderheitsanträge auf befriedigende Weise zu entsprechen. Deshalb wird die vorliegende Revision von den Krankenkassen als ungenügend qualifiziert, dies vor allem, weil die vom Bund zur Abgeltung der Sozialauflagen zu leistenden Beiträge durch einfachen, nicht referendumspflichtigen Bundesbeschluss festgelegt werden sollen.
Nichts gegen den Leistungsausbau; es geht aber nicht an, dass neue gesetzliche Leistungen vorgeschrieben werden, ohne dass eine entsprechende Mitfinanzierung durch den Bund gewährleistet ist. Eine solche Garantie bedingt die Abgeltung der gesetzlichen Sozialauflagen in einem Prozentsatz der Aufwendungen der Krankenkassen für Pflichtleistungen. Ohne diese Garantie besteht Gefahr, dass die Krankenkassen und deren Versicherte weiterhin vom Sparhammer getroffen und betroffen werden.
Vorbehalte drängen sich auf, vor allem in bezug auf die Finanzierung, aber auch in bezug auf die erhöhte Kostenbeteiligung der Versicherten, womit weitere 300 Millionen Franken und mehr auf jene abgewälzt werden, die medizinische Dienste in Anspruch nehmen müssen. Diese Abwälzung führt zusammen mit den hohen und weiter steigenden Prämien zu einer Belastungskumulierung, die für viele kaum mehr tragbar wird. Eine erhöhte Kostenbeteiligung der Versicherten wäre nur dann gerechtfertigt, wenn die Kostenbeteiligungs-Symmetrie auf der ganzen Linie gewahrt wäre. Das aber ist offensichtlich nicht der Fall.

Ist der Bundesrat nicht auch der Auffassung, dass die bisherigen und die mit Bestimmtheit zu erwartenden Prämienerhöhungen von jährlich 10 und mehr Prozent den sozialen Gehalt unserer freiheitlichen Krankenversicherung immer mehr aushöhlen werden?
Ich stimme für Eintreten, werde aber die Zustimmung zur Vorlage von der Regelung der zentralen Finanzierungsfrage abhängig machen.

Mme **Vannay**: Le but de l'assurance-maladie, je tiens à le rappeler dans ce débat d'entrée en matière, est essentiellement de permettre à chaque malade de faire face aux conséquences économiques de la maladie. J'aurai l'occasion de revenir sur cet aspect primordial que l'on a ignoré lors de la révision de la révision partielle. En outre, les propositions des minorités tenteront de sauver l'essentiel dans ce domaine.
La difficulté majeure de ce débat réside dans le fait que la santé publique est une tâche des cantons et non pas de la Confédération. On peut dès lors émettre toutes les considérations que l'on veut sur l'explosion des coûts principalement; nous n'avons aucune prise directe sur eux. Et surtout, nous n'avons pas voulu nous donner les moyens d'agir, car il aurait convenu de faire une vraie évaluation des systèmes de santé en Suisse et d'en faire une analyse sous l'angle de leur efficacité et de leur coût. Ce que nous aurions dû faire, c'est évaluer notre système de santé, définir quelle santé nous voulons avoir et, surtout, quels moyens financiers nous voulons consacrer pour obtenir, puis maintenir un bon niveau sanitaire de toute la population, pour réparer la santé dégradée et pour soulager la souffrance. Autant de travaux qui n'ont pas été faits. De même, nous n'avons pas cherché à identifier les causes des coûts, des «surcoûts» et des gaspillages dans le domaine sanitaire.
Bien sûr, nous avons identifié beaucoup de coupables: entre autres, les assurés qui abusent – ce sont eux qui exigent beaucoup de médicaments, beaucoup de visites médicales et d'analyses, les médecins n'y sont pas pour grand-chose; les malades qu'il faut bien faire passer à la caisse pour qu'ils sachent combien ça coûte; le trop grand nombre de nouveaux médecins, d'étudiants en médecine et de futurs étudiants en médecine; les femmes et j'en passe. En l'absence d'une analyse sérieuse, il est évident que l'on ne peut pas aller à l'essentiel et que l'on continue de passer à côté des solutions qu'il conviendrait pourtant de trouver de toute urgence. Le rapiéçage, en effet, ne pourra pas remplacer une vraie politique de la santé; des changements profonds s'imposent, tant en ce qui concerne les structures que les modes de financement et les priorités. Il y a beaucoup à faire pour maintenir une bonne santé par la prévention, l'éducation alimentaire, les conditions de logement, de travail, le mode de vie. Il y a beaucoup à économiser aussi par les soins à domicile ou encore par de meilleures prestations aux rentiers AVS les plus démunis; ceux qui, aujourd'hui, sont les plus nombreux dans les institutions. Il y a aussi de nombreux gaspillages à éviter dans la planification et la rationalisation des équipements médicaux hospitaliers et techniques. On ne peut pas, en effet, prétendre vouloir endiguer l'explosion des coûts alors que quiconque ou presque peut ouvrir une clinique et l'exploiter, s'équiper de scanners ou d'autres appareils extrêmement chers, c'est-à-dire tout en admettant que la liberté du commerce et de l'industrie puisse être la base de notre système de santé. Si, par exemple, six scanners couvrent amplement les besoins en Suisse, pourquoi en disposons-nous de quarante aujourd'hui? On ne peut pas non plus prétendre endiguer cette explosion tout en refusant de revoir l'ensemble du droit médical et d'agir sur les tarifs et les revenus des médecins ou tout au moins de certaines catégories de médecins.
En conclusion, si la discussion que nous entamons aujourd'hui pouvait mener à un début de volonté politique pour entreprendre ce qui devrait être entrepris dans les plus brefs délais, alors il y aurait un aspect positif. Personnellement, je ne pourrais en aucun cas souscrire à cette révision de la révision partielle si de substantielles modifications n'y sont pas apportées et si M. Egli, conseiller fédéral, ne nous donne pas la garantie qu'il va s'attaquer à une révision totale de la loi de même qu'à une sérieuse étude de la situation de la santé publique en Suisse.

Landolt: Unser Kommissionspräsident und alle Fraktionssprecher haben klar und deutlich dargelegt, um was es beim vorliegenden Sofortprogramm geht. Es ist eindeutig gesagt worden, in was sich der Beschluss A und der Beschluss B unterscheiden. Ich kann lediglich festhalten, dass im Beschluss A die unbedingt notwendigen Massnahmen für ein Sofortprogramm festgehalten sind; im Beschluss B sind die möglichen und die wünschbaren Forderungen definiert. Es ist klar – die Herren Basler und Allenspach haben es zum Ausdruck gebracht –, dass ihre Fraktionen wie auch die liberale diesem Beschluss nicht zustimmen wollen.
Der Rat hat somit heute zwei Alternativen: Er kann das Notwendige, d. h. das Wichtigste aus dem Sofortprogramm genehmigen. Die ganze, dringend notwendige Minirevision wird nämlich abgelehnt, wenn wir nicht mit der Mehrheit der Kommission, der auch eine Minderheit der CVP-Fraktion zustimmt, die Trennung des Sofortprogramms vornehmen. Wenn wir am Ende dieser Session nicht vor einem Debakel, einem Scherbenhaufen, was diese Revision des Krankengesetzes betrifft, stehen wollen, müssen wir heute erstens den Rückweisungsantrag von Herrn Seiler ablehnen. Der bringt gar nichts als ein weiteres Verschieben der anstehenden Probleme, und das wollen wir eben gerade nicht.
Zweitens bitte ich Sie ebenso eindrücklich, den Ordnungsantrag Günter abzulehnen. Nur wenn es uns gelingt, hier heute und morgen über den Beschluss A zu diskutieren und über diesen abzustimmen, gelingt es innert der uns verbleibenden eineinhalb Tage, mindestens den wichtigsten Teil des Sofortprogramms und der Mutterschaftsversicherung unter Dach zu bringen.
Ich bitte Sie, dem Antrag der Mehrheit der Kommission zuzustimmen, über das Ganze in zwei Teilen zu beschliessen, den Antrag Seiler und den Ordnungsantrag Günter hingegen abzulehnen.

Meyer-Bern: 1970 4,4 Milliarden, 1980 12,3 Milliarden, 1983 15,2 Milliarden Franken, das kostet unser schweizerisches Gesundheitswesen jährlich. Das sind zurzeit etwa 7,2 Prozent des Bruttosozialproduktes. Ich bin überzeugt, dass diese Kosten und entsprechend auch der Kostenanteil am Bruttosozialprodukt noch weiter ansteigen werden und dieser sich sehr wahrscheinlich etwas unterhalb 10 Prozent einpendelt. Wir haben nämlich in den letzten 90 Jahren, das ist bereits gestern gesagt worden, eine Verdoppelung der Lebenserwartung von 48 auf 79 Jahre bei den Frauen erreicht. Wir haben insbesondere – das ist noch gar nicht so recht bemerkt worden – eine starke Überalterung unserer Gesellschaft; innerhalb von fünf Jahren hat sich in der Schweiz die Zahl der über 80jährigen Menschen von 26 500 auf 33 900, fast um 30 Prozent, erhöht. Das sind die Gesundheitsbürgerinnen und Gesundheitsbürger, die Geld kosten, die auch Geld kosten dürfen.
Die Forschung im chemisch-pharmazeutischen Bereich und im medizintechnischen Bereich schreitet unaufhaltsam fort. 1973 kamen auf einen Arzt noch über 1000 Einwohner, 1981 sind es bereits nur mehr 816 Einwohner. Wir haben im Kanton Bern schon Zahlen von 450 Einwohnern auf einen praktizierenden Arzt.
Es herrscht Konjunktur im Gesundheitswesen. Wir haben hier etwas für die Volkswirtschaft sehr Interessantes. Sowohl die Nachfrage nach medizinischen Leistungen wie auch das Angebot nehmen zu und werden weiter zunehmen. Ein revidiertes Krankenversicherungsrecht muss deshalb in der Lage sein, diese Entwicklung einzufangen, die notwendigen Instrumente zur Verfügung zu stellen, um eine bedürfnisgerechte Versorgung herbeizuführen. Tut sie das? Im ambulanten Bereich soll mit einem straffen, transparenten und leicht kontrollierbaren Tarif verhindert werden, dass ein Überangebot an praktizierenden Ärzten nicht mehr als bedarfsgerechte Kosten produziert.

Die zwischen den Kantonen einerseits und den Ärzten, Apothekern, Chiropraktoren, Hebammen, medizinischem Hilfspersonal, Laboratorien und Heilanstalten andererseits abgeschlossenen Tarifverträge unterstehen neuerdings – das ist eine wesentliche Neuerung! – der Überprüfung nicht nur nach Recht und Billigkeit, wie das bis anhin der Fall war, sondern der Überprüfung auch nach dem Gebot der Wirtschaftlichkeit. Die Kassen können Vertrauensärzte bestellen, die nicht nur gewisse technische Sachen überprüfen, sondern insbesondere auch die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Spitex wird gefördert durch diese Vorlage. Es werden Zeiten kommen, in denen es nicht mehr möglich sein wird, unsere chronischkranken Patienten stationär unterzubringen, weil wir zu wenig Unterkünfte haben. Wir werden deshalb diese Menschen in ihren vier Wänden mit spitalexterner Pflege versorgen müssen.
Die Kantone – wir kommen nun zum stationären Bereich – können Listen von Heilanstalten erstellen. Eine verbindliche kantonale Planung zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung soll verhindern, dass eine falsch verstandene Kommerzialisierung im Gesundheitswesen durch Schaffung und Betrieb von goldenen Betten die Kosten noch mehr ansteigen lässt. Fast 50 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen werden ja im stationären Bereich erzeugt. Es ist deshalb wichtig, dass mit dieser Vorlage dort angesetzt wird.
Ein Gleiches ist in bezug auf die kostspieligen medizinisch-technischen Einrichtungen, Scanner, NMI, NMR, Nierensteinzertrümmerer zu fordern. Die apparative Eskalation, wie wir sie haben, die Amortographie in den Praxen und in den Spitälern muss gestoppt werden.
Schliesslich haben wir auch hier noch einen sozialen Auftrag zu erfüllen. Eine bedürfnisgerechte Versorgung heisst, gesamtgesellschaftlich betrachtet, heute die obligatorische Einführung des Krankengeldes und der Mutterschaftsversicherung. Das Sofortprogramm ist zwar nicht allzu reichlich ausgefallen. Es ist ein schlankes Programm, aber es ist im grossen und ganzen ausgewogen. Aber die paar Grundpfeiler, die vorhanden sind, dürfen nicht abgebrochen werden, sonst stürzt das ganze Gebäude zusammen.
Ich bitte Sie deshalb, für Eintreten auf die gesamte Vorlage zu stimmen.

Hösli: In dieser langen Eintretensdebatte haben wir von verschiedenen Ursachen der sogenannten Kostenexplosion im Gesundheitswesen gehört. Man nannte die Einkommen der Ärzte, die Gewinne der Pharmaindustrie, die verführerischen Angebote der Spitäler, die zu hohen Ansprüche der Kranken und das Älterwerden der Bevölkerung. So gibt es bei dieser Entwicklung wirklich nur Schuldige. Meines Erachtens müssten die Krankenkassen auch erwähnt werden. Dies, weil auch sie mit ihrem Angebot zur freien Wahl des Spitals dazu beitragen, dass ohne zwingende Notwendigkeit Betten statt im eigenen Kanton ausserhalb zu erheblich höheren Tageskosten belegt werden.
Es bleibt eine weitere ganz wesentliche Ursache zu erwähnen, wobei gerade bei dieser das Wort «Schuld» fehl am Platze wäre: Es handelt sich um die Löhne, vor allem aber um die Arbeitszeit des Pflegepersonals. Es ist dies der bedeutendste Kostenfaktor des Spitalwesens. Die Zeiten sind nun einmal vorbei, als Ordensschwestern und Diakonissinnen um ein Vergelt's Gott 60 Stunden in der Woche arbeiteten. Heute setzt sich das Pflegepersonal zum grössten Teil aus Schwestern zusammen, welche Anspruch auf eine vernünftige Arbeitszeit und einen angemessenen Lohn erheben. Aber die Tatsache, dass solche Ansprüche zu Recht erhoben werden – ich betone dies –, ändert nichts daran, dass hier eben auch eine wesentliche Kostensteigerung drinliegt.
Übrigens sind nur wenige Jahre verstrichen, seit die Verantwortlichen im Gesundheitswesen gedrängt wurden, endlich etwas zu unternehmen, um sowohl dem Ärzte- als auch dem Schwesternmangel abzuhelfen. Man hat nach Ausbildungsstätten für Schwestern gerufen und auch solche geschaffen. Viele Jahre lang konnten die Stellenpläne in den Spitälern nicht erfüllt werden. Jetzt ist es aber soweit, dies eben mit den entsprechenden Kostenfolgen, andererseits mit der begrüssenswerten Folge, dass Schwestern und Pfleger nicht mehr über ein nicht mehr zu verantwortbares Mass hinaus beansprucht werden müssen, wie dies während mancher Jahre leider doch der Fall war. Es ist dies eine positive Entwicklung, die wir nicht zu gering achten sollten. Im Gegensatz zu Industrie, Gewerbe und Landwirtschaft lassen sich auf diesem Sektor nicht einfach Menschen durch Maschinen ersetzen. Gott sei Dank, möchte ich sogar sagen. Deshalb müssen wir diese Mittel aufbringen. Sicher sind fast 15 Milliarden Kosten für das gesamte Gesundheitswesen enorm viel. Andererseits geben die Schweizer für Auslandferien etwa 6,3 Milliarden aus pro Jahr, also praktisch gleich viel wie für die Spitäler. Nehmen wir noch die 6,5 Milliarden für Alkoholika und die 1,65 Milliarden für Raucherwaren dazu, so kommen wir sozusagen wieder auf die Gesamtkosten für das Gesundheitswesen.
Speziell in bezug auf die Ärzte hiess es lange, man hätte zu viele Spezialisten und zu wenig Allgemeinpraktiker. Man warf das Steuer herum mit dem Resultat, dass wir demnächst zu viele Allgemeinpraktiker haben, während gewisse Spezialisten nach wie vor fehlen – vielleicht nicht in den Städten, im Mittelland, aber in gewissen Berg- und Randregionen. So brauchte es etliche Jahre, bis wir für den Kanton Glarus einen zweiten Augenarzt erhielten. Noch dieses Jahr war kein Schweizer Anästhesist für unser Kantonsspital in Glarus zu finden; sogar Deutsche wollten sich nur für kurze Zeit verpflichten. Zum Glück konnte dann doch ein ausgezeichnet ausgewiesener Mediziner, ein türkischer Arzt, gefunden werden. Das sind meines Erachtens einige Tatsachen, die auch gesagt werden müssen.
Im übrigen bin ich für Eintreten auf die Vorlage A, dagegen lehne ich die Vorlage B ab. Wie das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen richtig sagt, besteht für den Einbezug einer obligatorischen Krankengeldversicherung in ein Sofortprogramm keine Notwendigkeit. Übrigens stellt sich auch die Geschäftsleitung der VSA, der Vereinigung Schweizerischer Angestelltenverbände, gegen weitere Finanzierungen durch Lohnprozente.

M. Longet: La santé et son coût, y a-t-il préoccupation qui toucherait le citoyen de plus près que celle-ci? Quoi de plus précieux que la santé, sinon peut-être le porte-monnaie, pourrait-on dire. Pour nous, ce débat d'entrée en matière sera l'occasion de faire le point sur ce que nous voulons vraiment en matière de santé. Ce sera aussi l'occasion de mettre en lumière la formidable disproportion entre ce que l'on nous propose aujourd'hui et ce qu'il faudrait faire. On parle souvent de l'incapacité de notre Parlement à vraiment résoudre les problèmes de notre temps. La présente minirévision de la LAMA en est une excellente illustration. Elle est en train de devenir véritablement le cas d'école de l'impuissance parlementaire.
Assurer le financement des soins est une chose. Veiller au bon usage des fonds récoltés en est une autre. Or, le secteur de la santé n'échappe pas à une loi fondamentale de nos sociétés industrielles, à savoir le développement des faux besoins. Oui, la santé est un vaste domaine, dans lequel les besoins artificiels ne cessent de croître, attisés par l'appât du gain. Dans ce secteur aussi, l'offre crée la demande, et aujourd'hui, le domaine de la santé a tout d'un carrousel infernal où chacun cherche à accroître sa part du gâteau et où l'aspiration, hélas, frelatée au retour à la nature ne fait que souligner le caractère artificiel du système des soins. Evidemment, c'est par une définition des vrais besoins et une délimitation de rémunérations équitables pour des prestations utiles qu'il faudrait commencer, et c'est même sur cette seule base qu'une politique raisonnable et humaine à la fois de la santé pourra être reconstruite. Trois piliers devraient la porter. Le premier pilier serait celui de la prévention personnelle et collective. Actuellement, elle est complètement bloquée, quoi qu'on en dise. Les lobbies du tabac, de l'alcool, de la voiture, du béton profitent d'habitudes de vie, de modes de vie malsains et ils entendent bien

continuer sur cette voie. Quant à la loi sur la prévention, c'est le lobby à courte vue des cantons qui s'est chargé de la tuer dans l'œuf. Malheureusement il n'y a rien dans cette révision de la LAMA qui n'incite, au niveau des primes, à valoriser les mesures de prévention personnelles et collectives. On préfère oublier ce qui gêne, à savoir que beaucoup de maladies, et de plus en plus même, sont dues ou en tout cas favorisées par notre mode de vie: stress, allergies, névroses, cancer, cœur. On préfère encore tenter de guérir, alors que l'on sait pertinemment qu'il vaudrait mieux prévenir!
Le deuxième pilier de cette reconstruction du système de la santé serait fondé sur la décentralisation des soins. Soigner les gens chez eux, aller vers eux vaut mieux, à tous points de vue, que de les rassembler dans des silos à malades plus ou moins agréables. Les soins à domicile sont aussi moins chers, d'environ cinq fois d'après le professeur Gilliand, que l'hospitalisation. D'autant que ces soins sont aujourd'hui possibles à des niveaux de technicité assez élevés. Pas question bien sûr de brûler les hôpitaux, mais il est temps de remettre l'homme au centre. Hélas, c'est compter sans le lobby des fabricants d'appareils médicaux, d'équipements hospitaliers, de gérants d'hôpitaux surdimensionnés d'autant plus inquiets que des chaînes privées viennent écrémer la partie commercialement rentable du marché.
Le troisième pilier de la reconstruction d'un système humain de santé consisterait à repenser la manière d'administrer les soins. Le rôle et la responsabilité du personnel médical sont ici visés. Valoriser le temps passé au détriment de la quantité d'actes techniques, voilà l'impératif essentiel de toute réforme digne de ce nom, en cette matière. Hélas, c'est oublier le poids les lobbies encore, des lobbies des professionnels des soins, de l'industrie pharmaceutique. Rendons toutefois hommage aux professionnels qui montrent l'exemple: il y en a, heureusement, et de plus en plus.
Par rapport à cet inventaire, quel remède apporte le projet qui nous est soumis? Il ne fera, je crois, guère autre chose que prolonger la vie du malade: état critique, demeure stationnaire, voilà le diagnostic! Il est tout de même quelques amorces ténues d'autre chose. Prenons-en bien soin!

Früh: Es ist schon so, wie ich kürzlich gelesen habe: Zuerst verbraucht man seine Gesundheit, um zum Geld zu kommen, und dann sein Geld, um die Gesundheit zurückzuerhalten.
Ich nehme zu drei Punkten Stellung. Die Ärztedichte in der Schweiz ist die höchste auf der ganzen Welt. Es sind aber nicht nur die Arztpraxen pro Einwohner, die uns beschäftigen. Ebenso bedeutend ist der Umstand, dass 1960 pro 100 Spitalbetten sieben Ärzte gezählt wurden, und heute zählt man pro 100 Spitalbetten 40 Ärzte. Obwohl Gesetze, Reglemente, Verordnungen und Tarife unser Gesundheitswesen regeln, kann dem Kostenwachstum nicht Einhalt geboten werden. Es ist wie anderswo auch: es geht nur um Regelungen, nicht um Massregelungen.
Herr Eisenring hat gestern und Herr Meyer heute schon darauf hingewiesen: Wenn im Handel oder in der Produktion oder auch bei Dienstleistungen die Zahl der Anbieter steigt, reduziert sich bei gleichbleibender Nachfrage, gemäss den geltenden Wirtschaftsgesetzen, der Umsatz pro Anbieter. Es gelingt vielleicht einzelnen, Umsatzsteigerungen zu erzielen, andere nähern sich um so schneller dem Konkurs. Es herrscht Wettbewerb. Völlig anders verhält es sich bei der ambulanten Behandlung, wo sich die Anbieter vermehren können, aber der Umsatz pro Anbieter trotzdem nicht sinkt. Wirtschaftliche Gesetzmässigkeiten spielen hier absolut keine Rolle. Es liegt mir fern, Berufe gegeneinander auszuspielen. Aber in vielen Berufen, die nicht dasselbe Sozialprestige wie der Arzt aufweisen, herrscht schon lange, schon sehr lange der Numerus clausus. Dringend nötig ist die Einsicht, dass die heutigen Strukturen des Gesundheitswesens neu zu überdenken sind. Gefordert wird eine neue, freiheitlichere Konzeption. Der einzelne hat wieder mehr Verantwortung zu tragen für seine eigene Gesundheit und für seine Versicherung. Die Krankenkassen sollen mehr direkten Einfluss nehmen können. Überkapazitäten bei den öffentlichen Spitälern sind abzubauen. Die Konkurrenz zwischen öffentlichen Spitälern und privaten Anstalten ist zu fördern. Stichwort: freie Marktwirtschaft. Der Arzt sollte sich wieder vermehrt auf seinen Beruf besinnen und die medizinisch-technischen Leistungen soweit wie möglich spezialisierten Institutionen überlassen, die günstiger arbeiten können.
Die eigentliche Gesundheitspolitik beinhaltet auch die Präventivmedizin. Obwohl in diesem Wort der Ausdruck Medizin enthalten ist, braucht es dazu nämlich keinen Arzt und keine Krankenkasse. Es gehört die Vermittlung grundlegender Kenntnisse in medizinischer Selbsthilfe dazu und sicher auch eine von Verantwortung getragene Selbstmedikation.
Ich begrüsse die kostensenkenden Massnahmen. Herr Bundesrat Egli wird dem entgegenhalten, dass nicht alle meine Anträge in der Kommission auf dieses Ziel gerichtet waren, zum Beispiel die Medikamentenpreise. Darf ich dazu einfach sagen, dass das Medikament nicht nur ein Kostenverursacher ist, sondern zur Heilung beiträgt, ja oft voll dafür verantwortlich ist. Die teuersten Medikamente kosten selten so viel wie ein Spitalpflegetag. Missbrauch in der Preisgestaltung ist schlecht. Preise, die eine Forschung und Entwicklung schweizerischer Prägung garantieren, sind notwendig. Nachahmerpräparate sind oft billiger. Aber wenn es keine Originalpräparate mehr gibt, gibt es auch keine Nachahmung mehr.
Was ich nicht glaube – und ich bedaure sehr, dass die Kommission die Türe zugeschlagen hat – ist, dass die heutige Finanzierungsregelung mit Prämienverbilligung mittels Giesskannensubventionen noch lange aufrecht erhalten werden kann. Durch eine Mischung von Franchise und Selbstbehalt für ambulante sowie Spitalbehandlung, durch das Aufstocken von Bundesbeiträgen, durch das vermehrte Beiziehen der Gemeinden und Kantone findet wohl eine Verlagerung der Kosten statt. Die Gesamtheit der Kosten bleibt aber bestehen oder steigt eben weiter.
Die Kommission wird sich bei der Weiterbehandlung des Gesetzes mit anderen Finanzierungsmodellen beschäftigen müssen. Ich bitte Sie um Eintreten auf die Vorlage, die sich nun «Sofortprogramm» nennt, und um die Zweiteilung, sowie um Nichteintreten auf den zweiten Teil, der nicht in dieses Sofortprogramm gehört.
In diesem Sinne beantrage ich, den Ordnungsantrag Günter abzulehnen.

M. Borel: Dans la plupart des Grands Conseils de nos cantons, deux sujets donnent lieu à des débats fleuves: l'école et la politique de la santé. Je ne sais pas si de tels débats sont utiles à notre démocratie parlementaire, mais dans les Grands Conseils, ils ont au moins un sens puisque les cantons ont de grandes compétences en matière scolaire et de politique de la santé.
Dans ce Parlement, nous avons également entendu beaucoup d'intervenants parler de cette dernière. Je crois que ce débat a nettement moins de sens dans ce cadre, étant donné que la Confédération n'a que très peu de compétences dans ce domaine. Ces dernières concernent essentiellement le financement de la santé par l'intermédiaire de l'assurance-maladie. Les propositions que nous font le Conseil fédéral dans son message et la majorité de la commission ne vont pas dans le sens d'un accroissement notable des compétences de la Confédération en matière de politique de la santé. D'ailleurs, je ne sais pas s'il serait opportun, ou du moins politiquement possible, de centraliser en la matière et de transférer cette compétence, qui actuellement est cantonale, à la Confédération.
Que contient ce programme d'urgence? Une loi obligatoire sur les indemnités pour pertes de gain journalières en cas de maladie. Ceci est un point positif. Mais la majorité de la commission a déjà décidé de le séparer du reste de la loi, afin de pouvoir mieux le combattre par un référendum. Ce n'est donc pas un argument percutant pour soutenir l'entrée en matière. Un référendum est déjà en préparation pour tenter de combattre cette loi. Ensuite, deuxième aspect,

quelques mesures concernent l'assurance maternité. Ces mini-mesures ne sont en aucune manière un contre-projet à l'initiative populaire. Elles n'amélioreront que très peu le sort des femmes enceintes et des jeunes mères. C'est la raison pour laquelle nous ne sommes pas, d'une manière évidente, encouragés à entrer en matière sur ce programme d'urgence.
En matière d'assurance-maladie, il ne s'agit pas d'un frein aux dépenses, mais uniquement de répartir différemment les dépenses. Que cela signifie-t-il? De plus grandes charges financières pour les caisses, pour les assurés, pour ceux qui ont le tort de tomber malades et de devoir être hospitalisés, pour ceux ayant dépassé l'âge de l'AVS et pour les cantons. Si encore nous pouvions espérer comme conséquence la diminution des charges financières pour la Confédération. Mais, comme au niveau politique suisse on ne sent aucune volonté réelle de freiner les dépenses, il est à craindre que cette augmentation de charges financières pour toutes ces catégories de personnes et d'autorités précitées ne serviront qu'à absorber l'accroissement des dépenses de la santé ces prochaines années.
Pour toutes ces raisons, il m'est difficile d'accepter l'entrée en matière et je soutiendrai la proposition de M. Seiler.

Schmid: Herr Kommissionspräsident Eggli und eine Reihe von Votanten haben sehr zutreffend auf die meines Erachtens unüberwindbaren Zielkonflikte im Rahmen unseres Gesundheitswesens und seiner Kosten hingewiesen. Ich habe als aufmerksamer Zuhörer dieser Debatte allerdings gelegentlich den Eindruck gewonnen, dass man, wenn auch in vorsichtiger Form, geneigt ist, den Schwarzen Peter von der einen Gruppe, die am Gesundheitswesen beteiligt ist, auf eine andere Gruppe zu verschieben und die Probleme so zu vertuschen. Das gilt nicht für die Kommissionssprecher, mindestens aber für einzelne Votanten.
Zu kurz gekommen ist meines Erachtens eine Analyse der Motivlage derjenigen, die am Gesundheitswesen beteiligt sind. Die Akteure des Gesundheitswesens sind nicht an einer Kostenminimalisierung, sondern an einer Kostenmaximierung interessiert. Etwas anderes zu behaupten wäre schlicht und einfach gelogen.
Ich will das erläutern: Wenn Sie als Patient zum Arzt gehen, haben Sie ein legitimes Interesse, dass der Arzt alles Geeignete unternimmt, um Ihren Gesundheitszustand wiederherzustellen. Sie sind sogar bereit, letztlich alles, was Sie an materiellen Gütern haben, herzugeben, wenn damit Ihre Gesundheit oder jene ihrer nächsten Angehörigen wiedererlangt werden kann. Dieses Verhalten des Patienten wird durch das bestehende Sozialversicherungssystem erleichtert. Dieses sorgt dafür, dass die Aufwendungen wenigstens teilweise nicht aus der eigenen Tasche bezahlt werden müssen. Ich lege Wert auf die Aussage, dass dieses System aus sozialpolitischen Gründen gerechtfertigt ist.
Auch der Arzt ist kein Altruist; er soll es auch nicht sein. Er ist daran interessiert, Geld zu verdienen. Er lebt wie wir alle von seinem Beruf. Er ist ferner daran interessiert, sein Berufsrisiko zu minimalisieren. Er kann es sich nicht leisten, unnötige Risiken einzugehen. Deshalb wird er sehr gründliche Untersuchungen und im Zweifelsfall sogar zusätzliche Abklärungen treffen. Daran ist er auch interessiert, weil er damit zusätzlich Geld verdient.
Der Arzt bestimmt – das hat Herr Früh zu Recht angedeutet – nicht nur das Angebot an Leistungen des Gesundheitswesens, sondern aufgrund seines Informationsvorsprunges auch die Nachfrage. Denn er allein weiss, was zu machen ist, wenn ein Patient in die Sprechstunde kommt. Aus dieser Sicht der Dinge ist es erstaunlich, dass man sich über die Kostenexplosion im Gesundheitswesen noch wundert.
Wenn Sie mich fragen, ob etwas dagegen getan werden kann, muss ich eine äusserst pessimistische Prognose stellen. Vermutlich wird nach weiteren Kostensteigerungen eine konzertierte Aktion unvermeidlich werden, die in im Dringlichkeitsverfahren zu beschliessende Massnahmen mündet.
Zum Schluss weise ich auf eine mögliche Strategie hin, die der Motivlage der Politiker entgegenkommt. Da auch wir selbst keine Altruisten sind, sollten wir darauf achten, dass angesichts der beschränkten Mittel jene medizinischen Leistungen angeboten werden, von denen möglichst viele Menschen profitieren können. Für die seltenen Krankheiten sollte die Möglichkeit der Behandlung im Ausland mit öffentlichen Mitteln erleichtert werden. Das wäre ein Beitrag zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Wenn wir nämlich für alles und jedes eine Spitzenversorgung auf dem Gebiete des Gesundheitswesens bereitstellen wollen, dürfen wir uns nicht wundern, wenn am Schluss kein Geld für andere Staatsaufgaben mehr vorhanden ist.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Wenn ich die Eintretensdebatte im Rückblick betrachte, so kann ich feststellen, dass das Sofortprogramm im grossen, ganzen recht gut aufgenommen wurde. Allerdings muss einschränkend gesagt werden, dass verschiedene Sprecher die Akzente etwas anders setzen. Speziell bei den Fraktionssprechern ist dies festzustellen, von denen zwar die meisten in der Kommission waren und deshalb genau wissen, dass ihre Meinung Widersprüche auslöst. Wie ich in meinem Eintretensreferat ausführte, ist dies die Folge der widersprüchlichen Interessen um die Krankenversicherung. Im übrigen haben 16 Kommissionsmitglieder die Eintretensdebatte benützt – etwas boshaft gesagt –, um die Kommissionsdebatte hier im Plenum weiterzuführen, obwohl Sie genau wussten, dass die Mehrheiten anders oder entsprechend waren. Wenn Herr Massy beispielsweise darauf hinwies, dass die Arbeitslosenversicherung problemloser gelöst werden konnte, so hat er recht. Aber er muss berücksichtigen, dass viel weniger Interessierte vorhanden sind. Es waren grob gesagt nur die Arbeitnehmer und die Arbeitgeber sowie die öffentliche Hand. Bei der Krankenversicherung – ich wiederhole das nochmals – sind viele Interessierte beteiligt, die ihre Interessen zum Teil sehr hart vertreten.
Es wirken nebst der Sanitätsdirektorenkonferenz, nebst den Krankenkassen und den Ärzten, die zum Teil auch schon widersprüchliche Interessen innerhalb ihrer Organisationen vertreten, auch die Arbeitgeber, die Arbeitnehmer, die Frauenorganisationen, die Landwirtschaft, die Bäder- und Klimakurorte, die verschiedenen Krankenpflegeorganisationen, die Physiotherapeuten, die Psychiater und Psychologen, die Gemeindekrankenpfleger, die chemische Industrie usw. mit. Jeder versucht dabei, ein möglichst grosses Kuchenstück zu bekommen. Alle wollen in der Sozialversicherung mitsprechen, sie sind auch davon betroffen. Daher kommen auch die Gegensätze.
Noch schwieriger wird das Problem wegen der Bundesfinanzen, die nach Ansicht der Mehrheit des Parlamentes auch in diesem Sektor keine Mehrbelastungen mehr ertragen. Nach den Beschlüssen des Parlamentes über die Aufgabenteilung finanzieren auch die Kantone mit. Somit spielen sogar noch die Kantonsfinanzen mit hinein; entsprechend meldet die Finanzdirektorenkonferenz ihre Interessen an.
Betrachten Sie diese verschiedenen Interessengruppen! Dann begreifen Sie, wie schwierig es ist, einen Konsens zu finden, der nur einigermassen befriedigt. Es ist aber nicht so, wie Herr Günter sagte, dass die Kommission Angst vor dem eigenen Mut hatte, und deswegen eine Subkommission bestellte, sondern Tatsache ist, dass auch Herr Günter gerne in der Subkommission gewesen wäre und sich massiv um den Eintritt in diese Subkommission beworben hat. Als das dann nicht zustande kam, bezeichnete er sie als Verlegenheitslösung und warf der Kommission Angst vor dem eigenen Mut vor.
Ich meine, dass man so nicht politisieren kann! Man kann nicht den Wert einer Kommission herabmindern, nur weil man nicht dabeisein kann!
Wenn wir nichts machen, werden wir in Zukunft eine starke Teuerung des Gesundheitswesens erleben. Ich beziehe mich auf die soeben erschienene, vom Schweizerischen Krankenhausinstitut herausgegebene Schrift, Band 26. Darin heisst es sinngemäss: Selbst wenn wir in der Schweiz keine Teuerung haben, werden wir auf der Basis der Preise

von 1980 in den nächsten 30 Jahren – also im Zeitraum 1980 bis 2010 – durch die Veränderung der Bevölkerungsstruktur folgende Kostensteigerung haben: für die unter 65jährigen wird eine Kostensteigerung von knapp 6 Prozent erreicht. Für die über 65jährigen werden die Kosten auf Preisbasis 1980 um 43 Prozent steigen, ohne dass eine Teuerung erfolgt.

Wenn man diese Schrift weiterstudiert, stellt man fest, dass nicht nur das Parlament bzw. der Bund Massnahmen gegen die Kostensteigerung treffen, sondern dass entsprechend dem föderalistischen Aufbau unseres Staates alle drei Ebenen mitwirken müssen. Kantone und Gemeinden müssen ebenfalls mitwirken. Wenn man die Kosten senken will, muss das entsprechende Behandlungsinstrumentarium mit den spezifischen Einrichtungen zusammengestellt werden. Hier müssen alle drei Stufen unseres Staatsaufbaus mitwirken. Ich möchte Ihnen empfehlen, diese Schrift zu studieren. Damit könnte verschiedenes klarer werden.

Genau gleich wird die Entwicklung in anderen Schriften beschrieben, zum Beispiel im Forschungsprogramm Nr. 8 des Nationalfonds. Ich möchte Ihnen empfehlen, auch diese Schrift zu studieren. Sie werden dann feststellen, dass dort Unterlagen erarbeitet werden für die weiteren Gesetzesrevisionen.

In der Eintretensdebatte wurde verschiedentlich das Giesskannensystem gerügt. Ich verstehe zum Beispiel, wenn Herr Spälti sich so äussert: Er war nur drei Tage an der Sitzung der Kommission anwesend. Ich verstehe aber nicht mehr, wenn Herr Früh und Herr Basler vom Giesskannensystem sprechen. Sie wissen ganz genau, dass man die Verteilung der Bundesbeiträge, die immer wieder angegriffen wurde, geändert hat.

Ich möchte Sie an folgendes erinnern: Wenn Sie die Mutterschaftsversicherung beschliessen, dann beschliessen Sie von den 923 Millionen dafür Bundesbeiträge von 198 Millionen Franken. Wenn Sie die Prämienermässigung für Kinder beschliessen, dann beschliessen Sie 90 Millionen Franken für die Prämienermässigung. Wenn Sie die Prämienbefreiung ab drittem Kind beschliessen, dann sind das 55 Millionen. Und wenn Sie die Sozialhypotheken für Betagte und Invalide beschliessen, beschliessen Sie 120 Millionen. Das sind gezielte Beiträge für die entsprechenden Leute. Da kann man mit dem bestem Willen nicht mehr vom Giesskannensystem sprechen. Wenn man das trotzdem macht, so ist das eine Unterstellung!

Wenn Sie beschliessen, dass die Frauenprämien 10 Prozent höher sein dürfen als die Männerprämien, müssen Sie sich im klaren sein, dass der Bund diese Differenz ausgleichen muss, denn sonst zerstören wir das Solidaritätssystem in der Krankenkasse. Die Männer sind nicht bereit, allzu grosse Prämienaufschläge zu bezahlen, damit die Frauenprämien verbilligt werden können. Das würde dann zu den Kollektivversicherungen und zu den Männerkrankenkassen führen, die entsprechend billiger sind.

Darum sind – immer nach dieser Botschaft – 440 Millionen für den Prämienausgleich vorgesehen. Diese genügen aber noch nicht: Die Männer müssen immer noch etwa 10 Prozent höhere Prämien bezahlen, um den Ausgleich voll zu ermöglichen. Dann sind noch 20 Millionen als Beiträge an diejenigen Bergkantone vorgesehen, die wirtschaftlich Schwache subventionieren. Wenn ich an die letztwöchige Diskussion über die Bergbauern denke, war man sich einig, dass man diesen nicht genug Geld geben könne. Hier soll man mir nicht sagen, das sei ein «Giesskannensystem», sonst sind das nur politische, falsche Aussagen.

Weiter bin ich ausserordentlich erstaunt über einen Teil der Kommissionsmitglieder, die hier ganz klar und deutlich erklären, der zweite Teil – also die obligatorische Taggeldversicherung – gehöre nicht ins Sofortprogramm. Darüber, ob das so sei oder nicht, könnte man von mir aus streiten. Aber was mich ärgert an dieser Geschichte: Die Gesamtkommission hat der Subkommission einstimmig den Auftrag gegeben, folgende Punkte im Sofortprogramm zu behandeln: Mutterschaft, Krankenpflege, Sparmassnahmen und obligatorisches Taggeld. Nun kommen einzelne Kommissionsmitglieder und erklären, das sei nicht nötig. Wenn Sie das gesehen haben, hätten Sie es in der Kommission sagen können; dann hätte man darüber abgestimmt und, im Falle einer Ablehnung, Zeit gespart. Man hätte nicht noch – wegen des Taggeldes – separate Sitzungen abhalten müssen und die Vorlage früher in den Rat bringen können. Ich bitte, das auch zu berücksichtigen.

Zum Schluss ein Wort zu den Anträgen, die hier vertreten worden sind.

Zum Ordnungsantrag von Herrn Günter, erst zu entscheiden, ob die Vorlage aufgeteilt werden soll, wenn die ganze Vorlage durchberaten ist: Meiner Meinung nach ist es unsinnig, so zu entscheiden, dies um so mehr, als ein Rückweisungsantrag vorliegt. Zudem darf sicher angenommen werden, dass in dieser Sache jeder weiss, ob die Vorlage in einem oder zwei Beschlüssen zu behandeln ist. Im Sinne der Zeitökonomie beantrage ich Ihnen, den Ordnungsantrag von Herrn Günter abzulehnen.

Zum Minderheitsantrag II (Günter) ist festzustellen: Vermutlich hat er den Antrag falsch formuliert, wenn es heisst, alle Artikel, welche die Mutterschaftsversicherung betreffen, seien aus dem Gesetz zu streichen. Das ist seine Formulierung. Ich glaube aber kaum, dass Herr Günter das meint. Denn es würde bedeuten, dass zum Beispiel die Entbindungskosten, die Kontrolluntersuchungen usw. nicht mehr bezahlt würden. Es würde bedeuten, dass sämtliche dieser Artikel im Gesetzentwurf zu streichen seien.

Aber auch aus anderen Gründen muss dieser Antrag abgelehnt werden, und die sind noch gewichtiger. Es würde nämlich nur Verzögerungen bringen. Bis der Bundesrat ein neues Gesetz bringt, vergeht Zeit, es werden wieder Kommissionen eingesetzt, die erneut Grundsatzdiskussionen führen. Wer also baldmöglichst eine Mutterschaftsversicherung einführen will, muss den Antrag der Minderheit II (Günter), wie es die Kommission beantragt, ablehnen.

Weiter möchte ich Herrn Günter in diesem Zusammenhang die Debatte über die parlamentarische Initiative Nanchen über die Einführung einer Mutterschaftsversicherung in Erinnerung rufen, in der der Sprecher der unabhängigen und evangelischen Fraktion, Herr Otto Zwygart senior, das Konzept des Bundesrates, die Mutterschaftsversicherung im KUVG zu regeln, im Namen seiner Fraktion ausdrücklich unterstützt hat. Das ist meines Erachtens ein weiterer Grund, den Antrag von Herrn Günter abzulehnen.

Ähnlich möchte ich Frau Christinat sagen: Es ist nicht unerklärlich, dass die Mutterschaftsversicherung in diesem Gesetz enthalten ist. Erinnern Sie sich an die Debatte über die Mutterschaftsversicherungsinitiative hier in diesem Rat: damals haben wir diesem Vorgehen ausdrücklich zugestimmt.

Zum Rückweisungsantrag von Herrn Seiler möchte ich lediglich sagen: Seine Illusionen möchte ich haben! Glaubt Herr Seiler wirklich, dass eine Rückweisung an den Bundesrat mit seinen Anträgen etwas bringe? Geht doch die Kostensteigerung, bis der Bundesrat mit einer Vorlage kommt, ungehindert weiter, wobei die wirtschaftlich Schwachen entsprechend mehr Prämien zahlen!

In der Vorlage ist immerhin enthalten, dass die Kantone verpflichtet werden, wirtschaftlich Schwachen Prämienverbilligungsbeiträge zu gewähren. Dabei haben die Kantone sogar noch einen Ansporn, dies zu tun. Denn gemäss Gesetzentwurf werden die Leistungen der Kantone an die Bundesbeiträge nach den Kosten festgelegt, die sie haben. Darin sind auch diese Beiträge an wirtschaftlich Schwache enthalten. Daneben habe ich natürlich einiges Vertrauen in die kantonalen Parlamente und Regierungen, dass sie hier etwas tun, wenn sie schon den gesetzlichen Auftrag haben. Ansonsten haben die Parteien ein entsprechendes Wirkungsfeld in den Kantonen; es würde nicht schaden, wenn sich wieder einmal einige kantonale Parlamentarier auf sozialem Gebiet profilieren könnten.

Etwas Mühe bereitet es mir, den Antrag der Minderheit I abzulehnen. Persönlich bin ich der Meinung, er sollte angenommen werden. Aber als Kommissionspräsident habe ich die Pflicht, ihn abzulehnen. In der Kommission wurde über

die Aufteilung der Vorlage nicht viel diskutiert. Die Begründung lag eigentlich darin – Herr Basler hat dies in seinem Eintretensreferat ausführlich dargelegt –, dass bei einem allfälligen Referendum gegen die Taggeldversicherung die ganze Vorlage gefährdet würde, wenn sie nicht aufgeteilt wird. Aus diesem Grunde hat die Kommission mit 15 zu 13 Stimmen, sehr knapp, die Aufteilung in zwei Vorlagen beschlossen, dies, obwohl ein eindeutiger Zusammenhang bei der Mutterschaftsversicherung besteht.
Gestatten Sie mir zum Schluss noch einige persönliche Bemerkungen. Da ich gezwungenermassen die Eintretensdebatte aufmerksam verfolgen musste, erlaube ich mir folgendes festzustellen: Bereits im Eintretensreferat habe ich darauf hingewiesen, dass in der Kommission sehr oft Einzelinteressen mit aller Härte vertreten wurden. Das gleiche hat sich hier wiederholt. Ja, man darf ohne Übertreibung sagen, dass die Diskussion in der Kommission einfach im grösseren Rahmen weitergeführt und in aller Härte Standpunkte vertreten wurden. Diese Erscheinung ist in letzter Zeit allerdings auch bei anderen Vorlagen festzustellen. Aber beachten Sie bitte, dass auf diese Weise überhaupt keine befriedigenden Regelungen erreicht werden können.
Wir alle sollten wieder vermehrt bereit sein, einen wirklichen Konsens zu finden. Wenn ich Konsens meine, dann müssen eigentlich alle von ihren Maximalforderungen abgehen und Lösungen suchen. Nur solche Lösungen können wirklich als Konsens bezeichnet werden und bringen im Interesse einer breiten Bevölkerung etwas Besseres. Darf ich Sie daher bitten, in den kommenden Diskussionen und Abstimmungen einmal über den eigenen Schatten zu springen – im Interesse einer gedeihlichen Entwicklung der Krankenversicherung – und damit zur sozialen Sicherheit in unserem Land beizutragen?
In diesem Sinne beantrage ich Ihnen, auf die Vorlage einzutreten und alle Anträge abzulehnen.

M. **Dupont**, rapporteur: M. Schmid, le dernier intervenant, a parfaitement résumé les difficultés de notre entreprise. On voudrait tous, pour nous et nos familles, une meilleure qualité des soins, les médicaments les plus sophistiqués comme d'ailleurs les appareils les plus perfectionnés, capables d'améliorer notre santé et souvent de sauver la vie des nôtres. On voudrait en même temps, comme plusieurs orateurs l'ont souligné, la proximité de ces soins et de ces appareils capables de résoudre rapidement des problèmes de santé et des appareils de plus en plus perfectionnés. On voudrait – et c'est un vœu légitime – maintenir une médecine libérale, un droit médical reconnu malgré l'augmentation du nombre des médecins, en même temps laisser véritablement un libre choix à l'individu en matière de santé publique. On voudrait aussi, parce que nous sommes dans un système fédéraliste, laisser les compétences les plus larges aux cantons et puis, en même temps, on souhaiterait que les coûts diminuent, que les augmentations des cotisations cessent. Cela me paraît relativement compliqué.
Il est vrai que je partage avec M. Longet l'avis qui voudrait que nous entreprenions plus rapidement, au niveau cantonal et communal en particulier, une véritable politique de prévention, qui serait comme nous l'avons précisé dans la discussion d'entrée en matière, capable à terme de diminuer les coûts de la santé publique, en transformant véritablement l'attitude personnelle des individus dans la société actuelle. La Confédération devrait ne fixer que le cadre nécessaire à l'organisation de cette politique de santé publique dont la responsabilité doit naturellement incomber aux cantons et aux communes mais en premier lieu à l'individu.
En fait, le financement est le problème majeur sur lequel nous butons toujours pour les raisons que je viens de citer.
Je crois que dans l'état actuel des choses, je partage l'avis du président et de la majorité de la commission, à savoir que ce n'est que par une répartition la plus appropriée et la plus équitable possible entre la Confédération, les cantons et les individus, que nous résoudrons le problème.
C'est pourquoi nous demandons un effort supplémentaire: c'est là le seul moyen de freiner toute accélération des coûts de la santé publique. En l'occurrence, nous n'avons pas d'autres solutions. Je précise que le but de la proposition de renvoi du projet est de laisser croire que le fait d'attendre de meilleures initiatives en la matière va améliorer le processus ou tout au moins l'accélérer. Or, nous savons que depuis plus de vingt ans, toute une série de tentatives visant à améliorer le système de l'assurance-maladie en Suisse, a échoué. Nous n'ignorons pas que depuis deux ans, au sein d'une commission qui a vu passer environ cinquante députés, donc à peu près le quart de ce Parlement, en deux périodes législatives, nombre d'initiatives ont démontré que nous pouvions peut-être nous mettre d'accord sur un minimum de programme d'urgence. Il est donc faux de croire qu'en renvoyant le projet, nous allons améliorer le système. Au contraire, en repoussant la mise sur pied de ce projet de plusieurs années, on risque, comme dans les cas précédents, de voir s'affronter des intérêts divergents. Dans ce domaine, cela nous conduira à un partage difficile entre l'individu et la collectivité, quant au financement des coûts de sa propre santé.
Le programme d'urgence demeure le seul moyen d'avancer d'un petit pas certes, mais d'avancer malgré tout. En effet, actuellement, la charge est vraiment insupportable pour en certain nombre d'individus, et surtout en ce qui concerne les conséquences immédiates de cette situation pour les finances des collectivités publiques. Il y a donc lieu de prendre sur le champ les mesures qui s'imposent.
Je suggère donc de rejeter la motion d'ordre de M. Günter et sa proposition annexe ainsi que la proposition de renvoi de M. Seiler.
Au sujet de la fragmentation du projet, je tiens à préciser – à l'instar de M. Aubert lors d'un débat sur le problème de la naturalisation au Conseil des Etats – que nous commençons à utiliser un moyen dangereux consistant à «découper» en plusieurs lois pour traiter un problème dont la solution devrait au contraire se trouver dans l'unité de la matière. Je crois que sur ce plan-là, nous prenons un virage dangereux. Malheureusement, ici, la majorité de la commission a dû se résoudre, tout en combattant la proposition de minorité, à accepter le système précité si l'on voulait avoir quelque chance de progresser en ce domaine.
Je vous invite donc à suivre l'avis de la majorité de votre commission et à adopter les propositions que je viens de formuler.

Bundesrat **Egli**: Wenn ich das Ergebnis dieser Debatte in drei Worten zusammenfassen möchte, dann kann ich sagen: Eintreten, mit – je nach Standort – mehr oder weniger hörbarem Murren. Das ist das bestmögliche Resultat, das ich nach all den Vorgeräuschen, die auch hörbar waren, von dieser Debatte erwarten durfte, und ich möchte Ihnen dafür danken.
Aber bevor ich auf die Vorlage eintrete, habe ich noch andere Dankespflichten zu erfüllen. Es ist mir ein Bedürfnis, allen zu danken, welche mitgeholfen haben, dass wir nun zumindest ein Sofortprogramm für eine Teilrevision der Krankenversicherung behandeln können. Mein erster Dank gilt der Kommission und der Subkommission Sofortprogramm sowie insbesondere deren Präsident, Herrn Nationalrat Eggli, der sich wirklich – auch bei Anlass – nie aus der Ruhe bringen liess. Ohne diesen «Zwischenspurt», wie ich diese Sonderübung nennen möchte, wäre es nach der ersten Lesung nicht möglich gewesen, zwischen April und Juni ein – wie ich hoffe – konsensfähiges, konsolidiertes Projekt zu erarbeiten. Von der zusätzlichen Belastung der Verwaltung sei hier ganz zu schweigen. Mit dem Dank für die Kommissions- und Subkommissionsleitung verbinde ich auch meine Anerkennung für die Eintretensreferate der Herren Nationalräte Eggli und Dupont. Ich danke allen Votanten, seien sie unterstützend oder eher kritisch gewesen. Und üben Sie bitte Nachsicht, wenn nicht jeder Kämpfer und jede Kämpferin, die sich in die Arena gestürzt haben, nun im Heeresbericht namentlich aufgeführt werden. Es wird in der Detailberatung noch genügend Gelegenheit geben, von ein-

zelnen Votanten zu sprechen, denn die meisten Fragen werden dort wieder auf den Plan treten.
Entgegen allem Anschein darf ich feststellen, dass die Kommission speditive und gute Arbeit geleistet hat, und wer ihr Verzögerung oder Ähnliches vorwirft, übersieht, dass praktisch sämtliche Kreise, die im Rahmen der Vorarbeiten begrüsst worden waren, darauf drängten, von der Kommission nochmals eigens in Hearings angehört zu werden. In diesem Sinne möchte ich allen Mitgliedern der Kommission für ihre Mitarbeit meinen Dank bekunden, dabei aber insbesondere auch die Vorarbeit meines Vorgängers, Herrn Bundesrat Hürlimann, gebührend würdigen, nachdem ich ja erst in einer verhältnismässig späten Phase auf das Trittbrett des fahrenden Zuges gesprungen bin.
Im Folgenden geht es mir nun darum, die Vorlage erstens einmal in einen sozialpolitischen Gesamtzusammenhang zu stellen, sodann den Gehalt der Vorlage aus dieser Gesamtsicht zu würdigen und drittens die Haltung des Bundesrates zum Sofortprogramm festzuhalten. All dies tue ich mit einem gleichzeitigen Seitenblick auf das Ergebnis der Eintretensdebatte in ihrer Gesamtheit, ohne auf einzelne Voten im speziellen einzugehen, sofern nicht spezifische Fragen ausdrücklich an mich gerichtet worden sind.
Nun zur Vorlage und zum gesamtpolitischen Zusammenhang: Die Teilrevision der Krankenversicherung kann nicht losgelöst von der gesamten sozialpolitischen Ausrichtung des Bundes beurteilt werden. Wie der Bundesrat in seinen Vorentscheiden zu den Revisionen der Gesetze über die Ergänzungsleistungen und über die Invalidenversicherung belegt hat, zielen wir auf eine bedarfsgerechtere, sozial effizientere Absicherung unserer Mitbürgerinnen und Mitbürger im Alter, bei Krankheit, Unfall und Invalidität ab. Dabei müssen wir uns vor Augen halten, dass der Sozialstaat nicht ein in sich geschlossenes System, ein in sich ruhender Zustand ist, sondern ein dauernd im Gang befindlicher Prozess mit einer bestimmten Zielrichtung. Das muss auch einigen Votanten vor Augen gehalten werden, die etwas Ungeduld an den Tag gelegt haben. Diese soziale Zielrichtung besteht darin, dass im System der sozialen Sicherheit manifeste Lücken geschlossen und stossende Härten vermieden werden. Wir sind uns aber bewusst, dass Sozialpolitik – und zwar Sozialpolitik auf allen Ebenen, einschliesslich privater Initiative – nur insoweit betrieben werden kann, als die volkswirtschaftlichen und damit auch die finanziellen Rahmenbedingungen dies gestatten. Auch dieser Gesichtspunkt wurde in einigen Voten nicht hinreichend gewürdigt.
Die soziale Absicherung gegen Lebensrisiken in der Form unserer teils rein staatlichen, teils staatlich-privaten Institutionen, von der AHV, IV, Ersatzordnung über obligatorische Unfallversicherung bis hin zur subventionierten und unter der Oberaufsicht des Bundes stehenden Krankenversicherung, beruht neben den versicherungstechnischen Grundlagen auf der Basis sozialer Solidarität. Diese Solidarität, letztlich eine Belastung der aktiven erwerbstätigen Generation, hat ihre Grenzen – auch in einem freiheitlichen System der Krankenversicherung. Diese Grenzen schlagen durch auf die Leistungsmotivation und damit auf die unternehmerische Initiative und die gesamtwirtschaftliche Produktivität. Auch an das wollen Sie denken, wenn man anzunehmen scheint, dass sich soziale Leistungen in beliebiger Höhe finanzieren lassen, sei es aus privaten Kassen, sei es aus öffentlichen Mitteln.
Soziale Solidarität ist aber kein Sonderfall. Zur Förderung der «gemeinsamen Wohlfahrt» der Eidgenossen, wie sich die Verfassung ausdrückt, zählen zum Beispiel auch Umweltschutz, Angleichung der Bildungschancen und viele andere Leistungen, mit denen der Staat diese allgemeine Wohlfahrt fördert. Soziale Solidarität ist auch insofern kein Sonderfall, als sie sich, wie alle wohlfahrtspolitischen Vorhaben, an Kriterien der Wirtschaftlichkeit messen lassen muss. Schliesslich lehne ich es ab, die ganze Frage der Solidarität nur auf die wirtschaftliche Dimension des Staates reduziert zu betrachten. Auch im bestorganisierten Sozialstaat bleibt immer noch ein Rest von Wohlfahrtsbedürfnissen übrig, welche nicht durch staatliche Mittel erfüllt werden können, denen sich aber die Gesellschaft – ich sage ausdrücklich: die Gesellschaft, die nicht unbedingt mit dem Staat identisch ist – auch anzunehmen hat. Dass dies in unserem Lande geschieht, darf füglich nicht bestritten werden.
Das Gesundheitswesen absorbiert, wie bereits mehrfach dargelegt worden ist, einen eindrücklichen Anteil der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung. In absoluten Zahlen bewegen wir uns zwischen 15 und 16 Milliarden Franken. Eine Abflachung des Kostenauftriebes ist trotz vieler Bemühungen zurzeit noch nicht in Sicht. Ohne das dringliche Problem der Kosteneindämmung verniedlichen zu wollen, lassen Sie mich für einmal die Vorzüge unseres Systems des freiheitlichen Gesundheitswesens festhalten: Wir verfügen nicht nur über eine sehr gute ambulante und stationäre medizinische Versorgung, sondern auch über Einrichtungen der Spitzenmedizin. Ich danke allen Votanten, die dies für einmal anerkannt haben. Im Unterschied zu vielen vergleichbaren Ländern steht der gesamten Bevölkerung der Zugang zu dieser Versorgung, wenn auch mit erheblichen Prämienlasten, zur Verfügung.
Als gesunde Menschen von Überversorgung und Therapieluxus zu sprechen, fällt leicht; bei direkter Betroffenheit ändert sich das Urteil rasch. Damit sei weder dem unbeschränkten Ausbau des Leistungsangebotes noch der unbeschränkten Inanspruchnahme aller Leistungen das Wort geredet. Auch die Grenzen des echten humanen Fortschrittes in der Medizin sind zu achten. Wir dürfen nicht in das andere Extrem verfallen und in falscher Romantik eine kostengünstige Grossmuttermedizin hochleben lassen, zu deren Zeiten Tausende von Menschen durch heute beherrschbare Krankheiten schon im Kindesalter oder im besten Alter hinweggerafft worden sind. Die Effizienz, welche wir anstreben, besteht in der Suche nach einer Verbesserung des Kosten/Nutzen-Verhältnisses, wobei die Kosten nur die eine, wenn auch wichtige Seite darstellen.
Natürlich haben solche Spitzenleistungen ihren Preis. Dieser schlägt sich in höheren Kassenprämien nieder, besonders wenn die Kassen ihr Angebot ständig ausweiten. Ich erinnere daran, dass der Gesetzgeber seit 1964 keine Revision des KUVG mehr vorgenommen und somit seither den Leistungsgehalt des ganzen KUVG nicht ausgedehnt hat, so dass der ständige Anstieg der Prämien nicht allein den Ärzten, der Pharmaindustrie, den Apothekern und den Spitälern zugerechnet werden darf.
Nun eine Würdigung des Sofortprogramms: Der Bundesrat hat sich mit dem Vorgehen der Kommission, nach der ersten Lesung ein Sofortprogramm zu erarbeiten, einverstanden erklärt. Er stellte hierzu nur Bedingungen für den Inhalt dieses Sofortprogramms, nämlich erstens Massnahmen zur Kosteneindämmung inklusive Selbstbeteiligung der Versicherten; zweitens Sicherstellung der Finanzierung der Krankenpflegeversicherung, wobei die staatlichen Leistungen nicht wesentlich über das hinausgehen dürfen, was der Bundesrat in seiner Vorlage vorgeschlagen hat; drittens Mutterschaftsversicherung im Verbund mit der obligatorischen Krankengeldversicherung für alle Unselbständigerwerbenden.
Das Sofortprogramm erfüllt diese Bedingungen; somit war seitens des Bundesrates ein Eintreten auf die Vorlage in dieser Form unbestritten. Das Sofortprogramm umfasst, um einige wesentliche Punkte herauszugreifen, verbindliche tarifpolitische Sparvorschriften im ambulanten und im stationären Bereich: eine sozial vertretbare, aber deutlich erhöhte Kostenbeteiligung der Versicherten, vordringlichste Leistungsverbesserungen wie zum Beispiel unbeschränkte stationäre Versorgung, Ausbau der Mutterschaftsversicherung und des Kündigungsschutzes bei Schwangerschaft, das Krankengeldobligatorium für alle Arbeitnehmer, eine der Finanzlage des Bundes und der Haushaltlage der Kassen angemessene Festsetzung des Bundesbeitrages und einen sozial gezielteren Einsatz dieser Mittel. Hierzu kommen Anträge für die Verbindlichkeitserklärung der kantonalen Planungen des Spitalbettangebotes sowie des Angebots an kostspieligen technisch-apparativen Einrichtungen. Ana-

log dazu wurde eine Kommissionsmotion zur Eindämmung des Ärzteüberflusses verabschiedet, des weiteren eine Motion für eine noch gezieltere soziale Finanzierung der Krankenversicherung.
Die Haltung des Bundesrates zu diesem Sofortprogramm: Der Bundesrat stimmt dem Vorschlag der Kommission zu, im folgenden nur das Sofortprogramm zu behandeln. Er plädiert für Eintreten auf das Sofortprogramm, behält sich allerdings vor, in einzelnen Punkten vielleicht noch abweichende Anträge zu stellen. Der Bundesrat ist sich bewusst, dass dieses Sofortprogramm nur ein Schritt auf dem Weg zur Sanierung und sozialeren Ausgestaltung unseres Gesundheitswesens ist. Diese Tatsache muss immer wieder betont und hervorgehoben werden. Schon der Entwurf des Bundesrates war ja als Teilrevision gedacht und nicht darauf ausgerichtet, in allen Bereichen der Kranken- und Mutterschaftsversicherung letzte und bleibende Lösungen anzubieten. Das sei all jenen Votanten gesagt, die hinter dem Entwurf eine allzu hohe Ambition des Bundesrates vermuteten.
Durch eine Kommissionsmotion nun dazu gezwungen – wir werden sie entgegennehmen –, wird der Bundesrat eine Vorlage zu erarbeiten haben, mit der die Bundesbeiträge nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der Kassenmitglieder ausgerichtet werden. Wir haben also ein Modell auszuarbeiten, das mehr Rücksicht nimmt auf die individuellen finanziellen Situationen der einzelnen Kassenmitglieder. Ein dahingehendes Modell lag zwar der Kommission vor, doch liess die Praktikabilität zugegebenermassen noch einiges zu wünschen übrig; es wurde in der Kommission mit Stichentscheid des Präsidenten abgelehnt.
Wir haben also unmittelbar nach Behandlung dieser Vorlage wieder an die Arbeit zu gehen und eine Lösung zu finden, um diese Motion zu erfüllen. Wir legen aber sehr grossen Wert darauf, dass trotz allen Drohungen von verschiedenen Seiten auf die reduzierte Vorlage eingetreten wird, damit wenigstens die dringlichsten Postulate erfüllt werden können; dabei denke ich insbesondere an die Massnahmen der Kosteneindämmung. Sollte sich die Beratung verzögern, oder sollte gar Nichteintreten beschlossen werden, müsste der Bundesrat seine ihm zustehenden Kompetenzen auf dem Verordnungsweg ausnutzen, um Wege zu suchen, Massnahmen zur Kosteneindämmung zu treffen.
Ein Nichteintretens- oder ein Rückweisungsantrag an den Bundesrat würde alle die nun vorgesehenen Teilschritte zu Verbesserungen auf Jahre hinaus verschieben.

1. Die sozialen Verbesserungen würden vertagt. Ich denke zum Beispiel an die unbeschränkten Leistungen bei stationärer Versorgung.

2. Die Mutterschaftsversicherung bliebe auf dem heutigen ungenügenden Stand.

3. Kosteneindämmungsmassnahmen liessen weiterhin auf sich warten; die Kosten und damit die Prämien würden ungehemmt weitersteigen.

4. Statt eines sozial gezielten Einsatzes der öffentlichen Mittel bliebe es beim heutigen Giesskannenprinzip. Auch die Bundesbeiträge – das sollen sich vor allem die Kassen merken – blieben während Jahren auf dem heutigen Plafond, den sie nicht ganz zu Unrecht als unbefriedigend bezeichnen. Dies wäre *nota bene* auch bei einem Referendum gegen unsere Vorlage – mit dem man gelegentlich drohte – der Fall.
Hier ist nun der Ort, wo ich zum Rückweisungsantrag Seiler und auch zu seinen vier Fragen Stellung nehmen muss. Ich weiss, Herr Seiler, Sie haben ihren Antrag in lauterer Absicht gestellt. Sie glauben sogar, damit unsere Ziele zu begünstigen. Aber wenn wir das Ganze analysieren, wie es auch die beiden Kommissionsreferenten gemacht haben, werden wir sehen, dass Sie nicht zu diesem Ziel gelangen. Sie überbinden uns mit Ihrem Rückweisungsantrag zwei Blöcke als Aufgabe:
Erstens einmal verlangen Sie Dringlichkeitsrecht sowohl für Kosteneindämmung als auch für gezielteren Einsatz der öffentlichen Mittel. Schon die heutige Vorlage bringt in beiden Hinsichten etwas. Fast alle Vorschläge der Sparkonferenz wurden von der Kommission übernommen, so dass eine dringliche Vorlage in dieser Hinsicht nicht viel mehr bringen könnte.
Zum gezielten Einsatz der Subventionen: Die Vorlage bringt schon einen wesentlichen Fortschritt gegenüber dem geltenden Recht. Es gilt nun allerdings, diese Subventionen noch gezielter einzusetzen, so dass sie den einzelnen Kassenmitgliedern, die finanziell schlecht gestellt sind, zugute kommen und nicht nur sozialen Gruppen. Vor allem dürfen wir nicht glauben, dass eine Beratung solcher dringlichen Beschlüsse schneller vor sich gehen werde als eine Beratung im ordentlichen Verfahren. Auch dringende Bundesbeschlüsse müssen die Gremien passieren, sie müssen seriös vorbereitet werden, sie müssen die Kommission und die Ratsplena passieren. Während wir heute doch schon beim ersten Plenum angelangt sind, müssten Sie bei dringlichen Bundesbeschlüssen mit all diesen Beratungen wieder von vorne beginnen.
In einem zweiten Block verlangen Sie von uns auf dem ordentlichen Rechtsetzungsweg einen Erlass über die Mutterschaftsversicherung und eine Totalrevision der Krankenversicherung. Wenn Sie baldmöglichst, Herr Seiler, für die Mütter einen besseren Schutz wollen, dann dürfen Sie diesen Antrag nicht stellen; denn dieser bessere Schutz würde auf Jahre hinaus vertagt. Auch in einem besonderen Gesetz könnten wir den Müttern nicht viel mehr bieten als in diesem Sofortprogramm.
Was die Totalrevision der Krankenversicherung anbelangt, wissen Sie, Herr Seiler, dass diese früher oder später ohnehin an die Hand genommen werden muss. Sie wissen aber auch, das eine solche Totalrevision Jahre in Anspruch nehmen wird. Ich glaube, Sie täten besser daran, im Dienste der ganzen Sache, wenn Sie auf ihren Rückweisungsantrag verzichten würden.

Ich muss Ihnen nun noch auf Ihre vier Fragen Antwort geben.

1. Frage: Was gedenkt der Bundesrat bezüglich der Kostenentwicklung zu tun? Es ist nicht zu übersehen, dass schon diese Vorlage ein Arsenal enthält. Die Sparkonferenz hat ihre Arbeiten noch nicht abgeschlossen. Sie wird ihre Arbeiten fortsetzen. Es wird sich zeigen, welche Punkte wir aus den Ergebnissen dieser Sparkonferenz übernehmen können, sei es auf Bundesebene oder betreffe es das, was die Kantone und die übrigen am Gesundheitswesen beteiligten Kreise in ihren Bereichen von den Ergebnissen der Sparkonferenz in eigener Kompetenz übernehmen könnten.

2. Frage: Was geschieht nach der Verabschiedung dieser abgekürzten Vorlage? Der Bundesrat hat sich über diese Frage noch nicht unterhalten. Ich gebe Ihnen nur meine persönliche Meinung bekannt: Ich persönlich glaube nicht, dass wir Ihnen den Rest der Vorlage nochmals unterbreiten werden. Ich glaube eher daran, dass wir ihn zurückziehen und unsere Arbeit besseren Zielen widmen wollen. Erstes Ziel wäre einmal die Erfüllung der bereits erwähnten Motion, also ein Modell zu erarbeiten, das den einzelnen Versicherten und deren persönlichen wirtschaftlichen Verhältnissen besser Rechnung trägt. Zweites Ziel ist dann die Vorarbeit für die Totalrevision.

3. Frage: Was gedenken wir gegen die medizinische Überversorgung zu tun? Diese medizinische Überversorgung ist nur ein Grund der Kostensteigerung, und nicht einmal der hauptsächlichste. Schon die Vorlage enthält Bekämpfungsmittel gegen unnötige und unwirtschaftliche medizinische Versorgung. Wenn Sie, Herr Seiler, etwa an den Numerus clausus bei den Medizinstudenten denken, muss ich Ihnen eher einen abschlägigen Bescheid geben. Ich glaube, dass uns ein liberales Bildungssystem vorgeht. Ausserdem kann ich Ihnen melden, dass bereits seit einem Jahr die Anmeldungen für die Humanmedizinstudien im Rückgang begriffen sind. Im übrigen könnten sich Massnahmen wie ein Numerus clausus erst in etwa 10 bis 15 Jahren auswirken. Und wer garantiert Ihnen, dass wir auch in 10 bis 15 Jahren zu viel Ärzte haben werden?

Schliesslich haben Sie mir die Frage gestellt, Herr Seiler, was wir zu tun gedenken für kleinere Prämien der finanziell schlechter Gestellten? Indirekt werden natürlich auch diese finanziell schlechter Gestellten davon profitieren, wenn wir die staatlichen Subventionen gezielt einsetzen. Des weiteren sind die Kantone gehalten, die Prämienlast wirtschaftlich Schwacher zu reduzieren. Hierzu kommen die Anträge zur gezielten Prämienreduktion für kinderreiche Familien sowie die Hilfe an nichtversicherte Mütter mit geringem Einkommen.
Nun zum Antrag von Herrn Günter, der die Mutterschaftsversicherung aussondern möchte. Artikel 34quinquies Absatz 4 der Bundesverfassung macht es uns zur Aufgabe, eine Mutterschaftsversicherung einzurichten. Wie dies zu geschehen habe, sagt aber die Verfassung nicht. Der Bundesrat hat sich bereits in der Botschaft zur Mutterschaftsinitiative gegen die Errichtung einer besonderen Mutterschaftsversicherung ausgesprochen. Die heute bestehende Verbindung zwischen Kranken- und Mutterschaftsversicherung hat sich bewährt, sie ist durchaus sinnvoll. Sie werden nicht bestreiten können, dass die Leistungen bei Mutterschaft und bei Krankheit analog oder sogar gleich sind. Ich gebe Ihnen zu: Mutterschaft ist keine Krankheit. Aber die Leistungen sind analog. Ferner hat diese Verbindung den Vorteil, dass wir keine Aussonderung vorzunehmen haben in Grenzfällen zwischen Mutterschafts- und Krankheitsleistungen. Im übrigen, Herr Günter, müssten wir die ganze Vorlage zurücknehmen, weil die Finanzierung dann nicht mehr stimmte, wenn wir die Mutterschaft aussondern wollten.
Der Bundesrat wendet sich aber auch ganz entschieden gegen eine Aufteilung der Vorlage in zwei Bundesgesetze A und B, weil damit die Gefahr heraufbeschworen wird, dass das Taggeldobligatorium an sich in Frage gestellt wird, wie das ein Minderheitsantrag ja belegt. Einen Verzicht auf das Taggeldobligatorium können wir uns aber schlechthin nicht leisten. Das Taggeldobligatorium ist für den Bundesrat ein Herzstück dieser ganzen Vorlage; ich möchte sagen: fast der Punkt des sozialen Fortschrittes.
Folgende Gründe zwingen uns zum Eintreten auf den Teil B der Vorlage:
Erstens hat die Kommission, als sie über das Eintreten auf die Vorlage beriet, einstimmig und ohne Enthaltung Eintreten auf die gesamte Vorlage beschlossen. Es hat uns etwas eigenartig angemutet, dass erst am Schluss dieser unglückselige Gedanke einer Aufsplitterung der Vorlage eingebracht wurde. Durch das anfängliche Mittun – übrigens auch in der Subkommission – haben die Betroffenen ihren Mitbeteiligten etwelche Konzessionen abgelockt, so dass es unfair wäre, heute vom Taggeldobligatorium nichts mehr wissen zu wollen.
Zweitens widerspricht es dem Grundanliegen des integralen Schutzes des Arbeitnehmers gegen Erwerbsausfall, wenn er zwar bei Unfall, nicht aber bei Krankheit obligatorisch Taggeld beanspruchen kann. Alle übrigen Risiken mit wirtschaftlichen Folgen bei Wechselfällen des Lebens haben wir für die Arbeitnehmer, teilweise sogar für alle obligatorisch, versichert: ich denke an Tod, Invalidität, Alter, Unfall, Arbeitslosigkeit und Militärdienst. Es ist nicht einzusehen, warum nun ausgerechnet das Risiko, das am wahrscheinlichsten eintreten wird, nicht versichert werden soll, nämlich das Risiko der Krankheit.
Drittens wurde das Taggeldobligatorium in einem Sonderausschuss zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern und von beiden Seiten gemeinsam in der Gesamtkommission vertreten. Ich müsste es als unfair empfinden, wenn nun eine Seite von diesem Gentlemen's Agreement zurücktreten möchte.
Viertens sollte der Nationalrat, der dem Volk die Ablehnung der Volksinitiative für einen wirksamen Schutz der Mutterschaft empfiehlt und sich dabei auf das Taggeldobligatorium beruft, glaubwürdig bleiben und nun zu diesem Bestandteil des Sofortprogrammes ja sagen. Gerade diese Taggeldversicherung war ja im Frühling letzten Jahres eines der Hauptargumente, mit welchem diese Initiative zurückgewiesen wurde. Ich kann nicht umhin, Ihnen einige Passagen aus jener Debatte vorzulesen. So hat zum Beispiel der Fraktionssprecher der FdP – der damalige Nationalrat und heutige Regierungsrat Vetsch – folgendes gesagt: «Wir sehen den Lösungsweg so, wie er vom Bundesrat vorgeschlagen wird (. . .) Wir sehen deshalb die Verbesserung der Mutterschaftsversicherung auf dem Weg, wie er vom Bundesrat in seiner Botschaft vorgeschlagen wird: im Rahmen des in der parlamentarischen Vorberatung stehenden Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetzes.»
Und Ihr verehrter Herr Präsident, damals noch ordentliches Mitglied Ihres Rates, M. Gautier, äusserte sich wie folgt: «Tout cela peut être réalisé par la révision de la loi sur l'assurance-maladie et maternité qui sera soumise à ce conseil dans quelques mois.»
Frau Kopp, die wir heute in unserem Saale leider nicht mehr sehen – nicht leider *(Heiterkeit);* ich möchte mich in aller Form dafür entschuldigen, ich sagte nur «leider», weil mich ihr Anblick gefreut hätte! –, sagte: «Ich möchte hier das Votum von Frau Füeg unterstützen, wonach alle, die sich hier für die Verbesserung der Mutterschaft einsetzen, dannzumal einen Wechsel einzulösen haben.»
Das insbesondere an die Adresse der freisinnigen Fraktion; ich darf Sie nun bitten, diesen damals ausgestellten Wechsel heute einzulösen.
Es bleibt mir noch, zum Ordnungsantrag Günter ein Wort zu sagen. Es ist zwar nicht Sache des Bundesrates, sich zu Ihrer Geschäftsordnung zu äussern, aber ich glaube, Herr Günter, Sie leisten dem Rat mit Ihrem Antrag keinen Dienst. Es liegt nicht im Interesse der Verfahrensökonomie, nun eine ganze bzw. halbe Vorlage im Detail durchzuberaten, um dann eventuell am Schluss zu erfahren, dass darauf nicht eingetreten wird.
Wenn eine Vorlage von verschiedenen Seiten unter Feuer gerät, dann gibt es zwei Möglichkeiten:
Erstens: Die Opponenten bleiben stur und lassen nur ihren Gesichtspunkt gelten. Die Gegenstimmen summieren sich und bringen die Vorlage zu Fall. Das führt in eine Sackgasse, weil eine neue Auflage des Gesetzes, die Gnade finden könnte, fast unmöglich wird.
Zweite Möglichkeit: Die Opponenten sehen ein, dass die Vorlage jedem etwas bringt. Ich hoffe, in diesem Saale dringe die Einsicht durch, dass die Vorlage uns in unserem sozialen Gefüge ein Stück weiter bringt, auch wenn nicht alle Postulate hüben und drüben erfüllt werden.

Le président: Je donne la parole à M. Seiler pour une déclaration personnelle.

Seiler: Beim Verfolgen dieser Eintretensdebatte habe ich vor allem zwei Merkmale festgestellt. Zum einen: Eine grosse Liebe zu diesem Sofortprogramm hat man kaum gespürt. Herr Bundesrat Egli hat vermutlich recht mit seiner Aussage, hier werde Eintreten mit Murren beschlossen.
Der Sprecher der Sozialdemokraten sprach von Flickwerk; ein Flickwerk werde es beiben. Er hätte lieber eine geflickte als gar keine Hose; aber – das sagte er ebenfalls – wenn diese Hose nicht in seinem Sinne geflickt werde, dann lege er diese wieder ab oder ziehe sie gar nicht an, d. h. Herr Zehnder steht dann trotzdem ohne Hosen da.
Die SVP äusserte Missbehagen; wenn diese Vorlage nicht geteilt werde, werde die Gesamtvorlage abgelehnt. Etwa im selben Sinne äusserte sich die FdP. Man sprach auch von den kleinen politischen Chancen dieses Programms. Wenn man dann am Schluss noch die sogenannte Opposition gehört hat, liegt es nahe, dass ein Neubeginn gar nicht die schlechteste Lösung wäre.
Aber – und damit komme ich zum zweiten Merkmal –: Sie alle wollen eintreten; Sie alle wollen diese Debatte führen, und sie wird vermutlich im Stile einer erweiterten Kommissionssitzung geführt werden. Ich bin ohne Illusionen, Herr Kommissionspräsident, ich sehe deutlich, dass mein Antrag nicht mehrheitsfähig ist. Er war ja gedacht im Sinne einer dargebotenen Hand, um einen möglichen Ausweg aus dieser Sackgasse zu zeigen. Ich verzichte daher auf diesen

Antrag und ziehe ihn zurück. Herrn Bundesrat Egli danke ich für die klaren Antworten auf meine Fragen.

Le président: M. Seiler a donc retiré sa proposition, ce qui simplifiera la procédure de vote.

Abstimmung – Vote

Für den Ordnungsantrag Günter	Minderheit
Dagegen	offensichtliche Mehrheit

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	80 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit I (Zehnder)	88 Stimmen

Le président: Dans ces conditions, l'entrée en matière portera sur l'ensemble du projet et le problème de l'introduction de l'assurance-indemnité obligatoire sera traité à l'alinéa 4 de l'article 1er. Il nous reste à voter sur la proposition de la minorité II. M. Günter a demandé à pouvoir donner encore une explication.

Günter: Sprecher der Minderheit II: Ich glaube, es liegt eine Verwechslung vor; ich habe doch meinen Antrag noch gar nicht begründet. Ich habe im Eintreten schon einen Satz zu meinem Vorschlag gesagt und dann den Ordnungsantrag begründet. Ich schlage Ihnen vor, dass ich noch erläutern darf, warum ich die Mutterschaftsversicherung aus diesem Gesetz herausnehmen möchte. Ich danke dem Kommissionspräsidenten und dem Bundesrat, dass sie bereits gesagt haben, warum man das nicht tun sollte.
Wir schaffen hier ein Teilobligatorium für die Mutterschaftsversicherung, und wir verbessern die Leistungen für Mutterschaft mit diesem Vorschlag. Unsere Fraktion betrachtet Verbesserungen des Mutterschaftschutzes als richtig, wir glauben jedoch, dass diese Änderung am falschen Ort erfolgt. Wir glauben, dass man ein einheitliches Mutterschaftsgesetz schaffen sollte, das eine klare Übersicht gestattet. Wenn man meinen Vorschlag liest – nicht nur einzelne Sätze, sondern gesamthaft –, wird ganz klar, was wir meinen: Wir möchten ein eigenes Mutterschaftsversicherungsgesetz. Selbstverständlich wollen wir nicht, dass eine Versicherungslücke entsteht. Wir stehen auch zu den Verbesserungen, wie sie heute vorgeschlagen werden. Aber wir glauben, dass es wichtig ist, eine eigene Mutterschaftsversicherung zu haben. Der Schutz der Mutterschaft ist eine allgemeine Staatsaufgabe; er ist infolgedessen ähnlich wie der Schutz unseres Territoriums durch die Armee zu betrachten. Wenn wir jetzt die Mutterschaftsversicherung in diesem Gesetz belassen, werden wir später grössere Mühe haben, allfällige Verbesserungen vorzunehmen. Wir stehen auch gegenüber der Mutterschaftsinitiative relativ schlecht da.
Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass unsere Vorschläge keine Kostenfolgen haben, die nicht heute schon bestehen – vorausgesetzt, dass der Bund es ehrlich meint. Schon heute sagt der Bund jedenfalls, dass er den Krankenversicherungen die vollen Kosten der Mutterschaft decke. Wenn er das auch in Zukunft tut, entstehen mit unserem Vorschlag keine Probleme. Sollte aber geplant sein, dass man, wie üblich, hier schöne Versprechungen abgibt, die Mutterschaftsversicherung verbessert und am Schluss dann den Prämienzahler – nicht den Staat – dafür zahlen lässt, dann wird sich natürlich ein Unterschied ergeben. Wir glauben, dass mit einer eigenen Mutterschaftsversicherung ein Beitrag zur Gleichheit von Mann und Frau geleistet wird, ein Beitrag auch zur Kostentransparenz.
Herr Bundesrat Egli hat gesagt, die jetzige Lösung habe den Vorteil, dass es keine Aufteilungsprobleme gebe, wenn eine Frau während der Schwangerschaft krank werde. Das ist richtig. Aber ich darf Sie daran erinnern, dass wir in einem anderen Punkt, der viel heikler ist, genau diese Trennung vorgenommen haben, nämlich bei der Unfallversicherung; dort stellt sich diese Frage viel zwingender. Nachdem man die Unfallversicherung von der Krankenversicherung gelöst hat, ist es nichts anderes als logisch und richtig, und auch im Interesse der Frau, wenn wir jetzt eine eigenständige Mutterschaftsversicherung schaffen. Die Voraussetzungen sind alle gegeben: Man kann die jetzt in diesem Gesetz enthaltenen Anträge relativ einfach herausnehmen und in einem eigenen Gesetz zusammenstellen. Man soll uns nicht erzählen, das sei nicht möglich und kompliziere die Sache. Im Gegenteil, es würde die Sache entlasten, denn das Teilobligatorium der Mutterschaftsversicherung wird in gewissen reaktionären Kreisen gerade wieder der Anlass sein, sich gegen diese Vorlage zu wenden. Wenn man die Sache der Frau stützen, klare Finanzverhältnisse schaffen und klar die Staatsaufgaben von den übrigen sozialen Aufgaben trennen will, muss man jetzt ein eigenes Mutterschaftsgesetz schaffen.
Ich bitte Sie, in diesem Sinne zu entscheiden.

Mme **Christinat:** J'ai déjà constaté hier que le débat sur un objet aussi important avait commencé dans un contexte pas très heureux. En effet, après les moments chargés d'émotion que nous avions vécus, la plupart des membres de ce conseil se trouvaient plutôt dans la Salle des pas perdus qu'ici.
Or, dans le processus de discussion, j'ai développé ce matin, devant une salle presque vide, ma motivation de soutien à la proposition de M. Günter, simplement parce qu'on m'avait dit que cette intervention devait se faire lors du débat d'entrée en matière, M. Günter ayant déjà développé sa proposition de minorité II. Cela n'ayant pas été le cas, je vous demande avec insistance de soutenir la proposition de M. Günter, car elle contient les dispositions indispensables au respect de l'article de la constitution introduit en 1945 et qui prévoit une assurance-maternité.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Ich habe die Gründe, warum dieser Antrag abgelehnt werden sollte, bereits dargelegt. Ich gestatte mir nur noch eine Bemerkung dazu, damit Herr Günter auch merkt, dass ich lernfähig bin. Er hat mir heute nämlich beigebracht, wie man Redezeit schinden kann. Er hat beim Eintreten 20 Minuten Redezeit gehabt, länger als alle anderen, um seine Anträge zu begründen, und nun möchte er noch zusätzliche Redezeit herausschinden, indem er ein weiteres Mal das Wort verlangt, um seine Anträge nochmals zu begründen.

Bundesrat **Egli:** Die materiellen Gründe, weshalb wir dieses Sofortprogramm Mutterschafts- und Krankenversicherung zusammen behandeln, habe ich Ihnen bereits dargelegt. Es geht mir nur darum, Ihnen, Herr Günter, ganz deutlich klarzumachen, dass ein Durchdringen Ihres Antrages eine Rücknahme der Vorlage durch den Bundesrat und eine Überarbeitung der gesamten Vorlage bedeuten würde. Ich glaube, das wollen Sie doch wahrscheinlich nicht.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit II (Günter)	31 Stimmen
Dagegen	95 Stimmen

Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen
Le conseil décide sans opposition d'entrer en matière

Detailberatung – Discussion par articles

Titel und Ingress
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Bundesrates

Titre et préambule
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil fédéral

Le président: Le titre et préambule est donc adopté sous réserve d'une modification rédactionnelle intervenant à la suite de votre décision de ne faire qu'une seule loi.
Je vous propose d'interrompre cet objet pour rapidement

délibérer des divergences concernant les mesures de renforcement de l'économie.

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

83.044

Krankenversicherung. Teilrevision
Assurance-maladie. Révision partielle

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 1323 hiervor – Voir page 1323 ci-devant

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

Titel und Ingress
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

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

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

Titre et préambule
Adhérer au projet du conseil fédéral

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

Angenommen – Adopté

Titel, Art. 1 Abs. 1–3
Antrag der Kommission

Abs. 1 und 2
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Al. 3
Streichen (nicht ins Sofortprogramm)

Titre, art. 1 al. 1–3
Proposition de la commission

Al. 1 et 2
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3
Biffer (pas dans le programme d'urgence)

Angenommen – Adopté

Art. 1 Abs. 4
Antrag der Kommission

Mehrheit
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Minderheit I
(Vannay, Borel, Bratschi, Gloor, Neukomm)
Die Krankenversicherung ist obligatorisch.

Minderheit II
(Borel, Bratschi, Gloor, Meyer-Bern, Neukomm, Vannay, Zehnder)
(Eventualantrag, für den Fall der Ablehnung des Antrags Vannay)
Die Krankenpflegeversicherung ist unter Vorbehalt von Artikel 2 freiwillig. Sie ist obligatorisch für Personen, deren Einkommen und Vermögen einen vom Bundesrat festzulegenden Betrag nicht erreicht. Die Krankengeldversicherung...

Minderheit III
(Günter)
Die Krankenpflegeversicherung ist obligatorisch. Die Krankengeldversicherung ist für in...

Art. 1 al. 4
Proposition de la commission

Majorité
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Minorité I
(Vannay, Borel, Bratschi, Gloor, Neukomm)
L'assurance-maladie est obligatoire.

Minorité II
(Borel, Bratschi, Gloor, Meyer-Berne, Neukomm, Vannay, Zehnder)
(Proposition éventuelle, en cas de rejet de la proposition Vannay)
L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques est facultative, sous réserve de l'article 2. Elle est obligatoire pour les personnes dont le revenu et la fortune n'atteignent pas un certain montant, fixé par le Conseil fédéral. L'assurance d'une indemnité journalière...

Minorité III
(Günter)
L'assurance des soins médico-pharmaceutiques est obligatoire. L'assurance d'une indemnité journalière...

Mme **Vannay**, porte-parole de la minorité I: Chacun continue de prétendre que l'assurance-maladie est un élément essentiel de notre sécurité sociale, avec l'AVS/AI, l'assurance-accidents, l'assurance-chômage et l'assurance pour perte de gain. Cependant, ce que l'on ne veut pas reconnaître et encore moins dire, c'est que l'assurance-maladie est de moins en moins sociale et que, si l'on n'y prend garde, elle ne le sera plus du tout. Les principes de mutualité qui ont présidé à son fondement fondent comme neige au soleil. Certains en sont à parler de risques à assurer, de primes à établir selon un système de «bonus malus» comme pour les assurances responsabilité civile des véhicules qui récompensent le bon chauffeur ou celui qui a de la chance mais qui pénalisent le chauffard ou celui qui a de la malchance. Des caisses privées écument les bons risques, la préférence est donnée à l'homme jeune, tandis que les caisses reconnues voient chez elles un nombre très important de femmes et de personnes âgées, soit les mauvais risques.
Il faut donc admettre que notre système d'assurances sociales contient une lacune importante qui découle essentiellement de l'assurance-maladie parce que celle-ci est facultative et que les assurés paient des primes fixées indépendamment de leur situation financière ou familiale qui, de plus, ne leur garantissent même pas une couverture convenable de leurs frais de santé. La seule façon d'obtenir un système de sécurité sociale complet et cohérent est de revoir cette assurance-maladie en la rendant obligatoire et en fixant les cotisations des membres proportionnellement à leur revenu.
Si l'on considère que, maintenant déjà, 97 pour cent des Suisses sont assurés et membres d'une caisse-maladie, il ne devrait pas y avoir de grandes difficultés à intégrer dans nos caisses-maladie les 3 pour cent restant. Dans ce pourcentage, on retrouve des personnes très âgées qui, étant donné le système actuel, ne peuvent pas s'assurer; on ne les veut pas. En font partie également des gens suffisamment fortunés qui peuvent faire face aux retombées économiques de la maladie et payer eux-mêmes les coûts de leur guérison. Ce pourcentage comprend enfin des personnes qui ne veu-

lent ou ne peuvent pas couvrir les frais d'une assurance-maladie.
Par l'assurance-maladie obligatoire, nous désirons créer un système basé sur la solidarité entre personnes en bonne santé et personnes malades, entre personnes jeunes et personnes âgées, entre célibataires et chargés de famille, entre hommes et femmes –, si tant est que les femmes ont de plus grands frais de maladie; ce que je me permets, en passant, de mettre en doute – et surtout entre personnes de haut et de bas revenus.
Le système facultatif d'aujourd'hui ne donne pas du tout satisfaction. Des caisses-maladie privées ou reconnues se font concurrence, certaines n'acceptant que les bons risques et les autres devant prendre en charge les moins bons risques. Il y a des barrières pour l'admission des assurés, des réserves, des possibilités d'exclusion des membres, des chicanes pour les gens qui doivent ou veulent changer de caisse, sans parler des primes fixées en vertu de critères asociaux, selon l'âge d'admission, le sexe, la région et ne tenant aucun compte de la situation de la personne concernée. Pourtant, dans d'autres branches de la sécurité sociale, les primes sont fixées selon la situation matérielle, proportionnellement au revenu du travail. Il n'y a donc aucune raison objective à ne pas procéder en l'occurrence de la même façon que dans les autres domaines, et cela à la satisfaction générale.
Que dire encore de l'assurance-maladie vue sous l'angle de la politique familiale? On ne peut pas prétendre faire de la politique familiale en supprimant les cotisations à partir du troisième enfant. J'appelle cela de la poudre aux yeux car on risque ainsi de libérer de l'obligation de cotiser des enfants de parents à forte capacité financière alors que les charges pesant sur les familles modestes qui comptent un enfant ou deux deviennent écrasantes. On ne peut pas non plus prétendre faire de la politique familiale lorsque l'on pénalise les femmes par des cotisations plus élevées que celles des hommes et quand on refuse une assurance-maternité décente. On fera de la politique familiale le jour où l'on instaurera une assurance-maladie familiale grâce à laquelle les cotisations perçues en pour cent des revenus du ou des parents qui travaillent couvriront toute la famille. Mais cela ne deviendra possible que lorsque l'assurance-maladie sera rendue obligatoire. Nous vous prions donc de bien vouloir accepter notre proposition afin de combler une importante lacune dans notre système de sécurité sociale et pour permettre d'en assurer un financement social.
Si Monsieur le président me le permet, je développerai déjà la proposition de minorité II car M. Borel a dû s'absenter avec la délégation du Parlement italien.
Si aujourd'hui, vous ne pouvez pas accepter cette obligation générale, nous vous prions de bien vouloir vous rallier à la proposition de la minorité II (M. Borel) qui demande que l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques soient obligatoires au moins pour les personnes dont le revenu et la fortune n'atteignent pas un certain montant fixé par le Conseil fédéral.
Tout le monde sait – et on l'a déjà dit à cette tribune – que la situation des personnes économiquement faibles est actuellement dramatique. Certaines ne peuvent pas être admises dans des caisses; d'autres n'ont pas les moyens de payer les cotisations si bien qu'en cas de maladie, ces personnes sont incapables de faire face à leurs charges matérielles. Nous refusons de les livrer à l'assistance publique; nous ne voulons pas en arriver à ce stade et surtout nous ne voulons pas y revenir. Nous estimons, au contraire, que chacun doit pouvoir être soigné quel que soit son revenu.
Il faut donc que chacun soit assuré et bien assuré. Nous vous prions donc d'accepter au moins la proposition de minorité II au cas où vous devriez refuser la proposition de minorité I.

Günter, Sprecher der Minderheit III: Als erstes möchte ich den Präsidenten bitten, wenn er mich das nächste Mal auf unfaire und unwahre Art und Weise angreift, das so zu tun, dass ich mich dagegen wehren kann.
Der Unterschied zwischen meinem Vorschlag und jenem von Frau Vannay besteht darin, dass bei der Minderheit III die Krankengeldversicherung nur für Arbeitnehmer obligatorisch ist, wie es Ihnen auch die Kommission vorschlägt; bei Frau Vannay ist es ein Vollobligatorium. Es gibt also eine gewisse Differenz, wenn auch keine grosse. Daher sollten diese Anträge in einer Eventualabstimmung einander gegenübergestellt werden.
Unsere Fraktion kann sich sonst allgemein nur schwer für Obligatorien erwärmen. Man wird uns sagen, 97 Prozent der Leute seien ja versichert. Wenn wir aber sehen, wen die 3 Prozent repräsentieren, die nicht versichert sind, dann verstehen wir, warum wir ein Versicherungsobligatorium einführen sollten. Zwei Drittel davon sind Leute, die zwar unbedingt eine Krankenpflegeversicherung haben sollten, dies aber einfach nicht begreifen, weil sie die Konsequenzen nicht überblicken, die heute eine schwere Erkrankung mit sich bringt. Sie können sich nicht vorstellen, dass man sich in den unteren Einkommensschichten heute ernsthafte Krankheiten im Spital aus finanziellen Gründen gar nicht mehr leisten kann. Natürlich werden alle diese Leute, und das ist gut so, auf jeden Fall gepflegt, aber sie fallen in der nächsten Runde dann einfach der Fürsorge zur Last und somit auch wieder dem Staat. Das letzte Prozent machen in der Regel sehr wohlhabende Leute aus, die sich einfach dem Sozialausgleich entziehen.
Es wird immer wieder argumentiert, es handle sich ja da nur noch um ein paar alte Leute, die aus irgendwelchen Gründen nicht in eine Kasse hineingekommen seien. Daher löse sich das Problem von selbst oder, wie Herr Ständerat Hänsenberger im Grossen Rat des Kantons Bern einmal so schön gesagt hat, das Problem stirbt mit den nächsten Jahren aus. Dem ist aber nicht so. Heute gibt es nämlich eine neue Kategorie von Leuten – junge Arbeitslose, junge Drogensüchtige und andere –, die aus irgendwelchen, meist sehr kurzsichtigen Gründen nicht versichert sind und zunehmend Probleme haben. Ich garantiere Ihnen, dass diese Probleme in den nächsten Jahren grösser werden statt kleiner. Gerade weil junge Leute nicht mehr mitmachen, solche, die unbedingt versichert sein müssten, müssen wir damit rechnen, dass hier ein grosses, neues Problem auf uns zukommt; dieses lösen wir am besten, am einfachsten und wahrscheinlich sogar am kostengünstigsten mit einem Obligatorium.
Gestatten Sie mir noch ein Wort zum Eventualantrag Borel. Hier würde ich mich widersetzen. Mir scheint das Teilobligatorium, abgestuft nach Einkommens- und Vermögensverhältnissen, nichts zu bringen als einen riesigen Verwaltungsaufwand, denn es werden dann immer Versicherte entweder über oder unter der Quote liegen – wir wissen das aus andern Bereichen –, was grosse Probleme mit sich bringt. Wenn wir das Problem sauber lösen wollen, müssen wir ein Vollobligatorium einführen; das Teilobligatorium wird uns nichts als Scherereien bringen, womöglich wird der soziale Zweck zudem nicht erreicht, weil nämlich diejenigen, die es am nötigsten hätten, sich irgendwie auch dem zu entziehen versuchen werden.
Ich möchte Sie bitten, wenn Sie die Krankenversicherung für die Zukunft gestalten wollen, zumindest im Bereiche der Krankenpflege ein Vollobligatorium einzuführen. Dann lösen wir viele Probleme, die die Fürsorgebehörden gerade in Gemeinden heute schwer bedrücken, auf elegante Art und Weise.

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

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

Allenspach: Wir sprechen vorerst nur über das Problem der Krankenpflegeversicherung: Soll sie obligatorisch erklärt werden oder nicht? Die Minderheiten beantragen, diese Krankenpflegeversicherung obligatorisch zu erklären. Die Mehrheit der Kommission lehnt dieses Obligatorium ab.
Die Krankenpflegeversicherung basiert in der Schweiz auf der freiwilligen Mitgliedschaft. Abgesehen von kantonalen Ausnahmen wird niemand gezwungen, einer Krankenkasse beizutreten. Diese Freiwilligkeit ist meines Erachtens der beste Garant dafür, dass wir ein pluralistisches, autonomes und leistungsfähiges Krankenversicherungssystem haben. Die Schweiz ist mit dieser Freiwilligkeit gut gefahren. Angesichts einer Versicherungsdichte von über 95 Prozent besteht kein Bedürfnis nach einem Obligatorium mit der ihm folgenden Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des einzelnen. Soweit gelegentlich Minderbemittelte nicht versichert sein sollten und deshalb im Krankheitsfall in soziale Nöte geraten könnten, haben es die Kantone in der Hand, durch Einführung entsprechender kantonaler Obligatorien Abhilfe zu schaffen.
Wir wenden uns nicht gegen diese kantonalen Obligatorien, die ja heute schon bestehen. Wir meinen allerdings, dass es sich dort nicht um Vollobligatorien, sondern vor allem um Teilobligatorien für Minderbemittelte gehen sollte. Wir wenden uns aber ganz entschieden gegen ein Obligatorium auf Bundesebene. Ein solches Obligatorium würde nicht zur Kostendämpfung beitragen, sondern im Gegenteil die Kostensteigerung vervielfachen. Es würde zu einer bürokratischen Organisation oder zu einem zentralisierten System führen und damit letztlich auch das Ende der auf Gegenseitigkeit und Selbsthilfe beruhenden Krankenkassen zur Folge haben.
Wir lehnen das Obligatorium der Krankenpflegeversicherung auf Bundesebene grundsätzlich ab. Sollte es in das Sofortprogramm Eingang finden, müssten wir das gesamte Sofortprogramm bekämpfen. Dies um so mehr, als ein Obligatorium der Krankenpflegeversicherung, würde es hier beschlossen, die anschliessende Änderung vieler weiterer Artikel des Gesetzes zwingend nach sich zöge. Es wäre ausgeschlossen, einfach in Artikel 1 ein Obligatorium zu verfügen und den Rest unverändert zu lassen. Ich möchte Sie deshalb dringend ersuchen, mindestens all jene, welche das Sofortprogramm zügig durch die beiden Räte durchziehen möchten, gegen das Obligatorium der Krankenpflegeversicherung zu stimmen und die Minderheitsanträge abzulehnen. Ansonsten müssen wir annehmen, dass für das Sofortprogramm in diesem Rate nur noch Lippenbekenntnisse zu finden sind.

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

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

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

Art. 1 Abs. 4 erster Satz (Krankenpflegeversicherung)
Art. 1 al. 4 1re phrase (assurance des soins médicaux et pharmaceutiques)

Le président: Vous êtes appelés à vous prononcer sur l'article 1er, 4e alinéa, 1re phrase.
Pour simplifier la procédure de vote, Mme Vannay est d'accord de se rallier à la minorité III.
Le Conseil fédéral, pour sa part, soutient la majorité de la commission.

Abstimmung – Vote
Eventuel – A titre préliminaire

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

Definitiv – Définitivement

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

Art. 1 Abs. 4 zweiter Satz (Krankengeldversicherung)
Art. 1 al. 4 2e phrase (assurance d'une indemnité journalière)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Allenspach: Unsere Fraktion hat für Nichteintreten auf den Beschluss B votiert. Ich habe das in der Eintretensdebatte bekanntgegeben. Konsequenterweise wird sie jetzt dem Antrag Basler, den zweiten Satz von Artikel 1 Absatz 4 zu streichen, zustimmen. Damit wird auch der ganze Artikel 40 der Vorlage in Frage gestellt.
Das Ziel unserer Fraktion – ich habe auch das in der Eintretensdebatte betont – ist die rasche Verwirklichung des Sofortprogramms. Wir haben hier eindeutige Zeitvorgaben, Zeitjalons, gesteckt und verlangt, dieses Sofortprogramm solle auf den 1. Januar 1986 in Kraft treten. Die nationalrätliche Kommission hat sich nahezu ein Jahr mit der Krankengeldversicherung, mit dem Obligatorium und den Lohnprozenten befasst. Es ist dem Ständerat nicht zu verargen, wenn er dieses Obligatorium ebenfalls genau untersuchen und abklären will. Wenn der Ständerat sich mit dieser Materie gründlich befassen will – das muss er aus seiner staatspoltischen Verantwortung –, wird es nicht möglich sein, diese Vorlage mit dem Obligatorium der Krankengeldversicherung auf den 1. Januar 1986 in Kraft treten zu lassen.
Es gibt eine Menge grundsätzlicher Erwägungen, die anzustellen sind. Tatsache ist, dass Arbeitnehmer und Arbeitgeber von weiteren Lohnabzügen genug haben. Man kann nicht jedes Jahr einen neuen zusätzlichen lohnprozentualen Abzug einführen. Es ist eine Tatsache, dass sich die ganze Bevölkerung immer stärker gegen neue zusätzliche Obligatorien und zentralistische Einrichtungen wendet. Und es ist eine Tatsache, dass das Konkordat der Krankenkassen dem Obligatorium der Krankengeldversicherung und lohnprozentualen Finanzierung opponiert. Die Krankenkassen befürchten mit Recht, dass Obligatorium und Lohnprozente ihnen Unabhängigkeit und autonome Gestaltungskraft nehmen werden.
Sie kennen das Schicksal der Arbeitslosenversicherungskassen. Diese haben wegen des Obligatoriums und der Lohnprozente bei der Arbeitslosenversicherung ihren Versicherungscharakter verloren; sie sind reine Zahlstellen geworden. Wir möchten vermeiden, dass die Krankenkassen letztlich auch bloss noch Zahlstellen der Krankenversicherung werden. Dieser Vorgang ist nicht aufzuhalten, wenn Sie jetzt bei der Krankengeldversicherung Obligatorien und Lohnprozente beschliessen. Der letzte Schritt wird nämlich das Obligatorium und die Lohnprozente bei der Krankenpflegeversicherung sein. Der Schweizerische Gewerkschaftsbund und die Sozialdemokratische Partei haben eine diesbezügliche Volksinitaitve bereits angemeldet. Der nächste Schritt, der kommen würde, wäre aber nicht in ferner Zukunft in diesem Rate zu diskutieren; er müsste in wenigen Jahren hier besprochen werden. Eine solche Entwicklung möchten wir, aber auch die Krankenkassen vermeiden.
Es ist ferner eine Tatsache, dass die lohnprozentuale Belastung in der Sozialversicherung immer problematischer wird. Damit werden nämlich vor allem die lohnintensiven Betriebe betroffen. Die lohnintensiven Betriebe sind keineswegs die wirtschaftlich stärksten Betriebe. Je mehr lohnprozentuale Belastungen Sie einführen, desto mehr fördern Sie in den Betrieben die Automatisierung, denn damit können in den Betrieben Lohnkosten durch Kapitalkosten ersetzt werden. Ich frage mich, ob das ausgerechnet mit den Sozialversicherungen erreicht werde!
Wir haben neben diesen grundsätzlichen Erwägungen noch die Probleme, die sich aus dem Zeitablauf ergeben. Falls wir dieses Sofortprogramm nicht auf den 1. Januar 1986 in Kraft setzen können, werden wir in diesem Rate noch darüber sprechen, wenn die Vorarbeiten für die umfassende Revision des Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetzes an die Hand genommen wird. Wir werden also eine Arbeit machen, die man umgehend durch eine neue Gesetzesrevision wieder verbessern, verändern oder flicken muss. Einen solchen Weg einzuschlagen, ist eine falsche Politik. Herr Bundesrat Egli hat versprochen, er werde diese umfassende Revision sofort an die Hand nehmen. Wir werden auch wegen des Fristenablaufs bei der Initiative umgehend handeln müssen. Eine Volksinitiative ist innert bestimmter Fristen zu behandeln; ich nehme nicht an, dass die Verwaltung und dieser Rat zu diesen Volksinitiativen ohne weitere Diskussion und ohne Änderungen bei der Krankenversicherung einfach nein sagen wird.
Aus diesen zeitlichen Gründen bitte ich Sie, den zweiten Satz von Artikel 1 Absatz 4 abzulehnen und dem Antrag Basler zuzustimmen. Nur auf diese Weise können wir dann das ganze Problem des Obligatoriums und der lohnprozentualen Finanzierung im Zusammenhang mit den Initiativen sowohl bei der Krankenpflege wie auch bei der Krankengeldversicherung behandeln. Es wäre falsch, wenn wir heute einen Teil hier vorwegnähmen.
In diesem Sinne beantragt die freisinnig-demokratische Fraktion, dem Antrag Basler zuzustimmen.

Zehnder: Ich bin schon erstaunt über die Diskussion, die jetzt über das Taggeldobligatorium ausbricht, haben wir doch in der Kommission des langen und breiten darüber diskutiert und im Grunde genommen zu diesem Abschnitt den Konsens hergestellt. Es gibt zwei Artikel im ganzen Taggeldbereich, die zur Diskussion Anlass geben, nämlich der Versicherungsbeginn ab 3. Tag oder ab 31. Tag und die Karenzfrist bei Mutterschaft in der Taggeldversicherung. Das sind die beiden Fragen, die noch offen gewesen sind. Was mich aber jetzt vor allem bedrückt, ist das Votum von Kollege Basler. Wir wussten schon immer, dass sich die SVP nicht mit Begeisterung hinter dieses Obligatorium stellen wird, aber ich wusste nicht, dass sie es auf diese Art und Weise an den Tag bringen würde, nämlich dass es hier tatsächlich – wie ich es schon im Eintretensvotum gesagt habe – wiederum darum geht, den Teufel an die Wand zu malen und ganz offen zu erklären, die Wirtschaft ertrage das nicht mehr.
Die Wirtschaft erträgt bald überhaupt nichts mehr, wenn es nach der SVP geht! Das ist bedauerlich! Die Sicherheit des Menschen in diesem Lande steht wohl noch an vorderster Stelle. Ich habe auch darauf hingewiesen, dass wir in dieser Session einen fragwürdigen Beschluss in bezug auf die Landwirtschaft gefasst haben. Dort spielt es keine Rolle, dort dürfen die Millionen rollen. Wir beschlossen und beschliessen Kredite im Zusammenhang mit dem Militär. Auch dort spielt es keine Rolle. Dort kann man Geld ausgeben, aber hier, wo es um die Sicherheit des Menschen geht, wird man sehr knauserig.
Ich bedaure diese Art der Auseinandersetzung. Kollege Basler spricht so, als wären Krankheit und Lohnausfall eine gesuchte Sache der Betroffenen. Das trifft sicher nicht zu. Sicher wird niemand Krankengeld wollen und niemand die Krankenpflegeversicherung beanspruchen, wenn er nicht muss. Wir gehen von diesem Standpunkt aus. Die Taggeldversicherung muss heute noch als Lücke im sozialen Sicher-

heitssystem betrachtet werden! Es ist leider nicht so, dass alle Arbeitnehmer für genügend Taggeld versichert sind. Man kann sagen, dass gut die Hälfte aller Arbeitnehmer in diesem Land genügend versichert sind. Wir müssen feststellen, dass 20 Prozent der werktätigen Bevölkerung nur teilweise gegen Lohnausfall und die weiteren ungenügend versichert sind; wir können feststellen, dass es noch andere gibt, die nichts haben, wenn die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers aufhört. Das sind die Tatsachen.
Wir wollen ja das Taggeldobligatoirum nicht wegen denen einführen, die es schon versichert haben, sondern wir müssen es tun, weil es immer noch solche gibt, die nichts machen, ohne dass sie dazu gezwungen werden. Das ist das Elend, das ist das Schlimme bei der ganzen Geschichte! Deshalb verstehe ich tatsächlich nicht, dass man hier nein sagen kann, wenn man die Situation kennt. Es geht auch darum, dass es in der gleichen Branche Firmen gibt, die ihre Arbeitnehmer sehr gut versichern, und andere, die überhaupt nichts getan haben. Auch aus Konkurrenzgründen ist es richtig, dass hier gleichgezogen wird und dass die Spiesse für alle Arbeitgeber gleich lang sind.
Kollege Allenspach war mit mir in der Subkommission, die die Aufgabe hatte, die Taggeldversicherung gemeinsam zu diskutieren. Als Sozialpartner sollten wir der Gesamtkommission einen Vorschlag unterbreiten. Wir haben uns gefunden. Der sogenannte willkommene Konsens wurde unter den Sozialpartnern hergestellt. Ich verstehe nicht, warum das heute nicht mehr gilt. Bei der Argumentation, das Ziel der FdP sei, die kostendämmenden Massnahmen so rasch als möglich durchzubringen, gehe ich mit Kollege Allenspach einig; auch wir sind dieser Auffassung. Das Ziel dieser Gesetzesrevision ist aber auch, Lücken zu schliessen, und zwar nur die schlimmsten Lücken! Eine solche Lücke ist eben dieses Taggeldobligatorium. Auch der Argumentation, man müsse dem Ständerat Zeit geben, damit er die ganze Taggeldangelegenheit reiflich überdenken könne, kann ich noch zustimmen. Der Ständerat nimmt sich dieses Recht sowieso heraus. Er wird so lange Zeit für sich beanspruchen, wie es ihm passt. Das ist sein Recht. Wir machen das für uns ja auch. Aber das sind doch keine Gründe, um jetzt Abstand zu nehmen von dem, was die Sozialpartner unter sich zuhanden dieser Kommission beschlossen haben.
Es war nur noch die Differenz ab 3. oder 31. Tag, die Karenzfrist, also aufgeschobene oder nicht aufgeschobene Taggeldversicherung. Über die Taggeldhöhe – 80 Prozent –, über die Dauer von 720 Tagen und über alle anderen Detailfragen waren wir uns einig. Warum kommt man jetzt und lässt diese Einigung fallen? Wir werden langsam skeptisch.
Es gibt in dieser Gesetzesdiskussion noch einen andern Punkt – ich komme dann darauf zurück –, wo wir zusammen gesprochen und Vereinbarungen getroffen haben, die nun im nachhinein nicht mehr gültig sind. Es tut mir leid, dass so etwas passiert. Ich bitte nun die Herren Arbeitgebervertreter in diesem Parlament, insbesondere die Mitglieder der FdP-Fraktion, zu ihrem Wort zu stehen und nicht fahnenflüchtig zu werden. Der Antrag auf Korrektur, die in der Kommission in bezug auf die Karenzfrist vorgenommen wurde, wurde nicht von der SP und nicht von der CVP, sondern von Mitgliedern der FdP-Fraktion gestellt. Die Kommission ist auf Antrag der Freisinnigen weitergegangen! Deshalb sollte man jetzt diesen Antrag nicht fallenlassen.
Ich bitte Sie also, daran zu denken, dass es hier um die soziale Sicherheit der arbeitenden Menschen in diesem Lande geht und dass diese soziale Sicherheit nicht immer gewogen werden darf mit dem «Was kostet es?» oder mit anderen Argumenten.
Ich bitte die Ratsmitglieder, hier dem Bundesrat zu folgen und sich seine Argumentation in Erinnerung zu rufen. Ich hoffe, dass diese grundsätzliche Frage zu dieser Gesetzesvorlage positiv entschieden wird.
Ich bitte Sie, der Mehrheit zuzustimmen.

Frau **Segmüller**: Bitte vergessen wir bei der Frage Taggeldobligatorium nicht, dass es hier, bei diesem Artikel, um den Grundsatzentscheid geht, nicht um die Detailberatung. Vom Grundsatz her gesehen vergessen wir wiederum nicht: Betroffen sind alle Arbeitnehmer und im besonderen, das ist unser Hauptanliegen, alle berufstätigen Mütter.
Wie ich bereits beim Eintreten gesagt habe: Es geht darum, eine Lücke zu schliessen, denn es ist nicht gerechtfertigt, dass man als Arbeitnehmer bei Krankheit schlechter gestellt ist als bei Unfall. Für die berufstätigen Mütter aber geht es schlichtweg um die Existenzsicherung während des Mutterschaftsurlaubes. Ohne diese Existenzsicherung, die Sie – hoffe ich – beschliessen, bleibt die Ausdehnung des Mutterschaftsurlaubes von 10 auf 16 Wochen Papier. Es gibt zwei zentrale Punkte in dieser Beziehung: den Kündigungschutz und eben das Taggeldobligatorium als existenzsichernde Grundlage.
Ich weiss, neue Lohnprozente sind heutzutage unbeliebt. Vordringlich aber scheint mir, dass wir hier im Sinne des Mutterschutzes einen Schritt tun. Ich bitte Sie, wo bleibt denn eine Alternativlösung? Es liegt keine vor. Aus diesem Grunde bedenken wir die Grundsätze, um die es hier geht. Namens der CVP-Fraktion ersuche ich Sie, diesen Grundsatzentscheid in positivem Sinne zu fällen. Über die Detailregelungen, 3. Tag, 30. Tag und was dazu gehört, unterhalten wir uns dann wieder bei Artikel 40. Aber bitte zuerst hier vordringlich für den Schutz der Mütter und für die Gleichstellung von Unfall und Krankheit, Ja zum Grundsatzentscheid, Obligatorium für die Taggeldversicherung.

Früh: Ich bedaure sehr, dass es uns nicht gelungen ist, Sie von der Nützlichkeit einer Zweiteilung zu überzeugen. Nun wird dieser zweite Satz des Absatzes 4 zu einem Schicksalssatz. Ich weiss nicht, Herr Zehnder, warum Sie sich so aufregen und so aufgebracht sind. Ich gehöre zwar nicht zur SVP, aber ich bin genauso wie Sie und wie Herr Basler um diese Sicherheit des Arbeitnehmers besorgt. Die Frage stellt sich doch einfach: wie?
Ich komme aus einem kleinen Detailhandelsverband. Die Krankengeldversicherung ist bei uns gesamtarbeitsvertraglich bestens gelöst. Herr Zehnder: Arbeitgeber, das ist nicht ein Eintopf. Da gibt es Grösste, Grosse und Kleine. Ich bin einfach der Meinung, dass für die Kleinen diese Lösung der Freiwilligkeit eine bessere Lösung darstellt.
Mit der Annahme dieses Satzes würde ohne Not den Sozialpartnern eben ein weiterer Bereich entzogen, der bisher wichtiger Bestandteil von Gesamtarbeitsverträgen war. Dieses Thema Krankengeld hat auch sehr viel mit den Grundgedanken zu tun, die ich in meinem Eintretensreferat äusserte, nämlich mit Eigenverantwortlichkeit und Kosteneindämmung. Ich meine, da hat Herr Basler einfach recht.
Wir sprechen so oft von den Soziallasten. Aber nicht nur die Arbeitgeber, auch die Arbeitnehmer sprechen von bald unerträglichen Soziallasten. Lohnprozente werden abgezogen bei AHV, ALV, BVG und jetzt im Rahmen des Sofortprogramms auch noch bei KMVG. Gemäss Schätzungen – ich entnehme sie einigen Papieren – wären das 3,2 Prozent, oder etwa 3 Milliarden Franken ab 3. Tag.
Herr Basler hat schon darauf hingewiesen: mindestens – ich glaube, da sind wir uns einig, Herr Zehnder – 55 Prozent der Arbeitnehmer sind gegenwärtig im Rahmen von Kollektivverträgen des Arbeitgebers für ein Krankengeld in der Höhe so zwischen 60 und 100 Prozent des Lohnes versichert. Etwa 5 Prozent haben sich individuell versichert. Aber die Versicherungsdichte nimmt laufend zu. Mit jeder Revision eines Gesamtarbeitsvertrages kann man feststellen, dass diesem Problem nun wirklich an den Kragen gegangen wird. Ein einziger kleiner Mangel besteht beim freiwilligen System, das will ich auch zugeben: die fehlende Freizügigkeit zwischen Privatversicherung und Krankenkassen, also Übertritt von einer Versicherung zur anderen ohne Nachteile.
Die freiwillige Regelung lässt den Sozialpartnern weitgehend Freiheit. Die im Entwurf vorgesehene Lösung birgt die Frage in sich, ob wir nicht wieder eine Regelung einführen, die erstens einmal schwer kontrollierbar ist und zudem wieder überflüssige administrative Kosten nach sich zieht.
Ich bitte Sie, von einem Obligatorium in diesem Bereich

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

Ammann-Bern: Es geht hier um die Frage des Obligatoriums der Krankengeldversicherung, also um den zweiten Satz. Durch das Obligationenrecht, ergänzt durch die von den Gerichten anerkannte Berner Skala, ist diese Frage gegenwärtig befriedigend gelöst. Es bedarf zum mindesten keiner Aufnahme in das Sofortprogramm.
Hier geht es um eine wesentliche, grundsätzliche Systemänderung, die nochmals sorgfältig überlegt werden muss, wollen wir nicht das ganze Sofortprogramm gefährden. Wir versuchen doch alle verzweifelt, die Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen. Sind sich denn die Befürworter dieses Projekts wirklich nicht bewusst, dass durch dieses Obligatorium unser Gesundheitswesen nochmals wesentlich verteuert wird? Jede Kollektivversicherung bringt weitgehend eine Flucht in die Anonymität, d. h. es ist niemand mehr direkt persönlich interessiert, die Kosten tief zu halten. Jeder versucht, für seine Beiträge das Maximum zurückzuerhalten, unbekümmert um die wirtschaftlichen Konsequenzen. Die Lohnprozente werden ganz einfach nach oben angepasst, mit allen Konsequenzen: ganz am Schluss auch der Verlust der Arbeitsplätze wegen mangelnder Konkurrenzfähigkeit. Es muss auch berücksichtigt werden, dass in der überwiegenden Mehrheit der Betriebe Arbeitsverhältnisse bestehen, welche noch sehr gut überblickbar sind. Zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber besteht ein direktes persönliches Verhältnis, welches durch eine obligatorische Versicherung höchstens gestört wird. Wo die Verhältnisse schwieriger überblickbar sind, steht es dem Arbeitgeber selbstverständlich frei, seinen Verpflichtungen über eine Versicherung nachzukommen.
Es ist doch bezeichnend, dass sowohl die Krankenkassen als auch die Privatassekuranz ein Obligatorium ablehnen. Bezeichnend ist auch, dass dieses Obligatorium Bestandteil der Initiative des Gewerkschaftsbundes darstellt. Dort wird es dann abschliessend zu behandeln sein.
Bereits in der Kommission wurde im allerletzten Moment von Kollege Spälti ein Antrag gestellt, das Krankengeld im Falle der Mutterschaft über das Obligationenrecht zu regeln. Leider wurde – wegen der beschlossenen Unterteilung der Vorlage in zwei Teile – dieser Antrag in der Kommission nicht ausdiskutiert. Es ist selbstverständlich, dass diese Frage bei der Beratung des Teiles B sorgfältig in diesem Sinn gelöst werden muss. Damit sind dann die Wechsel eingelöst, an welche uns Herr Bundesrat Egli durch das Zitieren der Voten Vetsch und Kopp erinnert hat.
Aus diesem Grunde bitte ich, dass gemäss Antrag Basler der zweite Satz in Absatz 4 gestrichen wird. Wir sind dann frei, im Teil B eine befriedigende Lösung für das Krankenkgeld im Falle der Mutterschaft zu finden.

M. **Darbellay:** Tout à l'heure, M. Früh nous a dit qu'il était préférable de régler le problème de l'obligation de s'assurer pour les pertes de gain par le biais des conventions collectives. Il faut rappeler – on l'a fait à maintes reprises – que ces dernières couvrent un nombre important de travailleurs, mais ce sont généralement les personnes ayant les moins bons salaires qui n'y sont pas soumises et il serait faux de les oublier. D'autre part, le projet qui nous est présenté, dans les articles 40 et suivants, respecte l'esprit des conventions collectives. En effet, il prévoit que si, d'une manière générale, l'obligation de s'assurer intervient dès le 31e jour, il peut y avoir exception lorsque le problème est réglé différemment par des conventions collectives ou des dispositions légales. En outre, je rappelle que les assurés sont bien protégés contre les accidents. Par conséquent, pourquoi ne peut-on admettre que les personnes victimes d'une maladie aient la même protection? A mon sens, c'est une lacune grave de notre sécurité sociale et il est temps de la combler. En outre, pour pouvoir présenter notre texte comme un contre-projet valable à l'initiative pour la protection de la maternité, il est nécessaire que les indemnités journalières fassent partie du programme.
C'est la raison pour laquelle je vous invite instamment à accepter la deuxième phrase de l'alinéa 4 de l'article 1er.

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

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

Egli-Winterthur, Berichterstatter: Ich gestatte mir vorauszuschicken, dass ich überrascht bin über die Begründung dieser Anträge; nicht über die Anträge an sich, denn auf diese musste man ja gefasst sein.
Einerseits macht Herr Basler den Vorwurf, dieses Problem sei in der Kommission nicht grundsätzlich behandelt worden. Andererseits widerspricht Herr Allenspach und stellt fest, dass man es über ein Jahr behandelt habe. Man hat es in der Subkommission nochmals behandelt. Ich habe die Protokolle konsultiert und festgestellt, dass schon Herr Basler Anträge gestellt hat. Man hat es also gründlich behandelt!
Es gibt einige generelle Bemerkungen dazu: Einerseits möchte ich ganz klar und deutlich sagen, dass in der ersten Lesung eine Subkommission eingesetzt wurde, bei der Arbeitgebervertreter und Arbeitnehmervertreter paritätisch vertreten waren. Diese Subkommission führte Vorbesprechungen durch mit den Sekretären des Zentralverbandes Schweizerischer Arbeitgeber und des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes. Man hat sich dann auf eine Lösung geeinigt: Taggeld ab dem 3. Tag. Die Gesamtkommission hat mit allen gegen 1 Stimme – und das war nicht diejenige Herrn Baslers – dieser Lösung zugestimmt. Die einzige Stimme dagegen erfolgte – ich habe das auch im Protokoll konsultiert –, weil dem Antrag, das Taggeld ab dem 31. Tag zu gewähren, nicht entsprochen wurde. Die Kommission hat

also diesem Antrag praktisch einstimmig in erster Lesung zugestimmt. Ich möchte das einfach vorausschicken.
Es erstaunt nun heute schon, wenn ausgerechnet vier Kommissionsmitglieder an das Pult kommen und erklären, kein Obligatorium zu wollen. Es ist mir aber klar warum, und ich werde das im Namen der Kommissionsmehrheit auch ausführen. Wir lehnen ja diesen Antrag ab bzw. wir beantragen, dem Taggeld zuzustimmen.
Es wird argumentiert, es sei ja über Gesamtarbeitsverträge und Gesetzgebung geregelt. Zum Teil trifft das zu. Nicht geregelt ist es aber bei einem Stellenwechsel. Wir sind ja gegen die goldenen Fesseln – auch bei der Sozialversicherung. Es gibt Gesamtarbeitsverträge, bei denen die Krankenlohnzahlung nach Dienstjahren festgelegt ist. Wenn ein Mitarbeiter den Betrieb wechselt, muss er im neuen Betrieb entsprechend den gesamtarbeitsvertraglichen Bestimmungen beginnen, die in diesem Betrieb gelten. Er kann im alten Betrieb sechs Monate den vollen Lohnanspruch haben und muss im neuen wieder mit zwei oder vier Wochen beginnen, je nach Vereinbarung. – Dann gibt es Betriebe, die eine Kollektivversicherung haben. Wenn man dort austritt, geht man dieser Kollektivversicherung verlustig und muss die neue Regelung beim neuen Arbeitgeber annehmen. – Weiter gibt es zahlreiche Betriebe, die überhaupt nichts Rechtes haben.
Zum Missbrauch: Wenn Sie die Fahne betrachten, stellen Sie fest, dass die Kommission in der letzten Sitzung das Taggeldobligatorium ab 31. Tag beschlossen hat. Sie überlässt es den Vertragspartnern, durch Gesamtarbeitsvertrag oder Normalarbeitsvertrag separate Regelungen zu treffen, dass das Obligatorium erst ab 91. Tag gilt, sofern der Arbeitgeber mindestens die gleichen Zahlungen erbringt, wie das Obligatorium vorsieht.
Nun muss mir Herr Basler schon näher erklären, wo der Missbrauch erfolgt. Der Missbrauch würde erst am 31. Tag erfolgen. Ein Grund für den 31. Tag war nämlich, dass der Arbeitnehmer nicht bereits vom 3. Tag an ein Zeugnis bringen muss; es geht also darum, den Arztbesuch bei einer einfachen Grippe zu verhindern. Der Arbeitgeber führt die Kontrolle in seinem Betrieb selber durch; er hat in diesem Fall ein Interesse daran, sie durchzuführen. Wenn die Versicherung bezahlt, ist dieses Interesse geringer.
2. Ich habe einen dringenden Verdacht, insbesondere gegen Herrn Allenspach – er wird das zwar bestreiten –: Er hat immer für das obligatorische Taggeld gestimmt und sich dafür eingesetzt, bis der Beschluss gefasst wurde, dass es erst vom 31. Tag an gewährt wird. Und hier hege ich nun den Verdacht, dass das, was unsere Leute uns immer wieder sagten, zutrifft: Wenn man die Taggeldversicherung vom 3. Tag an macht, bedeutet das – wie Herr Früh gesagt hat – eine Prämie von 3,2 Prozent des Monatslohns. Im Gesetz heisst es, mindestens die Hälfte davon bezahle der Arbeitgeber; der Arbeitnehmer müsste also 1,6 Prozent – im Maximum – bezahlen. In über 90 Prozent der Fälle ist die Krankheitsdauer nicht länger als 30 Tage. Wenn man das Taggeld erst vom 31. Tag an macht, muss der Arbeitgeber den Lohn im ersten Monat nach der bisherigen Berner Skala bezahlen. Die andere Lösung, bei der der Arbeitnehmer die Hälfte finanziert, bedingt eine Verteuerung des Betriebes. Und gerade hier – Herr Allenspach – stimmt Ihre Argumentation eben nicht. Sie erklären, dass die Taggeldversicherung die Betriebe zu Rationalisierungen zwingen werde. Die Taggeldversicherung vom 31. Tag an kostet den Arbeitgeber in personalintensiven Betrieben aber bedeutend weniger als vorher der volle Monatslohn. Da habe ich eben einen gewissen Verdacht . . . Das gilt übrigens auch für Herrn Ammann.
Ich möchte noch auf den Missbrauch bei den Betagten (Votum Basler) hinweisen. Das ist auch ein Produkt der Subkommission. Die Subkommission wollte eben den Missbrauch verhindern: Wenn der Arbeitnehmer immer obligatorisch versichert war – gemäss den Vorschlägen des Bundesrates –, ist er auch über das 65. Altersjahr hinaus versichert. Das bedeutet, dass er dann ebenfalls während 540 respektive 720 Tagen das Taggeld erhalten würde.
Aber, Herr Basler, wenn ein Arbeitgeber heute schon korrekt handelt, dann bezahlt er – selbst für den Postboten – auf dem Stundenlohn einen Zuschlag für einen allfälligen krankheitsbedingten Lohnausfall, oder er bezahlt den Lohnausfall. Es entsteht also gar keine neue Last: Er bezahlt den Lohnausfall entsprechend der Arbeitsleistung oder die entsprechenden prozentualen Zuschläge zum Taggeld.
Ich möchte auf das Grundsätzliche zurückkommen. Es wurde ganz klar und deutlich in diesem Saal schon mehrmals gesagt, dass der Vorschlag für die Revision des KMVG ein Gegenvorschlag zur Mutterschaftsinitiative ist. Ohne eine klare Taggeldregelung in diesem Gesetz kann das nicht mehr als Gegenvorschlag, auch nicht als indirekter Gegenvorschlag, bezeichnet werden; den Müttern muss man dann erklären, warum man dies nicht macht und nicht mehr zu seinen früheren Versprechungen steht!
Ich möchte nicht mehr Frau Kopp zitieren, ich möchte auch nicht Frau Füeg oder Herrn Vetsch zitieren. Aber ich zitiere Herrn Schnyder-Bern: «Die Fraktion der Schweizerischen Volkspartei nimmt in ablehnendem Sinne zur Volksinitiative für einen wirksamen Schutz der Mutterschaft Stellung.» Weiter sagt er: «Ganz abgesehen davon, dass die überwiegende Mehrheit unseres Volkes solche umfassende und viel zu weitgehende Massnahmen nicht für notwendig hält, dürfte sich namentlich der über die ganze Dauer der Schwangerschafts-, des Mutterschafts- und Elternurlaubs erstreckende Kündigungsschutz für junge Frauen positiv auswirken.» Ferner «Wenn der Bundesrat uns vorschlägt, das Problem der Mutterschaftsversicherung, des Mutterschaftsurlaubs und des Kündigungsschutzes während der Schwangerschaft im Rahmen der Teilrevision der Krankenversicherung zu lösen, so schliessen wir, also die Fraktion der Schweizerischen Volkspartei, uns dieser Lösung an. Es ist vernünftig und rasch durchführbar, weil dadurch Bestehendes ausgebaut werden kann. Administrativ werden unerhebliche zusätzliche Vorkehrungen notwendig sein, was ebenfalls von Vorteil sein wird.»
Man kann nicht eine Initiative nicht behandeln mit dem Argument, man verwirkliche das Anliegen in der Krankenversicherung, und dann später die Regelung, die man damals befürwortet hat, bekämpfen. Ich möchte nicht urteilen. Aber ich möchte Sie bitten, sich bei der Abstimmung daran zu erinnern.
Ich bitte Sie, im Sinne der Kommission diesem Taggeldobligatorium zuzustimmen.

M. **Dupont**, rapporteur: La proposition de rendre obligatoire l'indemnité journalière comble, comme le dit le message, une lacune dans notre système de sécurité sociale. Nous avons accepté de rendre obligatoire l'assurance-chômage et depuis plus longtemps l'assurance-accidents. Nous savons aujourd'hui que la quasi-totalité des travailleurs de ce pays est assurée contre la maladie, soit par une assurance individuelle, soit par une assurance collective, avec toutefois des lacunes qui ont d'ailleurs été soulignées: l'impossibilité de libre-passage dans la plupart des cas et les différences sensibles de qualité de ces assurances qui pénalisent tout particulièrement les travailleurs les plus modestes.
M. Basler grossit les difficultés administratives qu'entraînerait l'institution de l'obligation. Tout cela a été examiné et nous savons parfaitement que, comme cela a été le cas pour d'autres obligations généralisées en matière d'assurances, rien n'a été changé au système mis en place. Il n'est pas question de porter atteinte à l'ensemble des caisses-maladie en préconisant cette solution. La consultation a parfaitement démontré qu'on pouvait éviter de telles embûches en prenant certaines précautions. M. Basler a tort également lorsqu'il dit que le Suisse est surassuré. Peut-être certains Suisses le sont-ils, mais ce n'est pas une généralité.
Quant à mes collègues de parti, MM. Allenspach, Früh et Ammann, ils noircissent également et inutilement le danger de surcharge financière pour nos entreprises et les rigueurs pour notre économie.
Il est assez curieux de constater qu'en 1939 déjà, des membres influents du groupe radical préconisaient l'institution

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

Bundesrat **Egli:** Ich möchte Sie auch meinerseits bitten, den Vorschlägen des Bundesrates zuzustimmen.
Ich habe zwar meinen Katalog an Argumenten für die Taggeldversicherung bereits in meinem Eintretensvotum auf den Tisch gelegt; viel Neues gibt es also nicht mehr zu bemerken. Ich beschränke mich auf vier Punkte, die teilweise auch schon berührt wurden.

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

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

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

4. Ich muss Sie doch nochmals an das Agreement erinnern, von dem ich im Eintretensreferat sprach, das Agreement, das in einer Unterkommission zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern abgeschlossen wurde. Man wurde sich dort darüber einig, dass man diese Krankengeldversicherung wollte. Wohl – da haben Sie recht – sprach man von einer Wartefrist von drei Tagen. Das war die Konzession, die gemacht wurde, damit alle diesem Agreement zustimmen konnten, und es waren alle darüber erfreut, dass sie mit dieser Lösung vor die Gesamtkommission traten.
Diese Hypothese wurde während der ganzen Beratungen in der Kommission aufrechterhalten, bis am letzten Tag der Beratungen. Dort wurde ein Antrag gestellt, dass die Wartezeit von drei Tagen wieder auf 30 Tage ausgedehnt würde, und zwar aus einem Kreise – das wurde auch heute schon betont –, der heute nicht etwa zu den Befürwortern des Taggeldes gehört. Ausgerechnet aus diesem Kreise kam dieser Vorschlag. Man muss fast vermuten, dass dieser Vorschlag damals gemacht wurde, um heute einen Anlass zum Rücktritt von der früheren Vereinbarung vorschützen zu können. Aber das wäre keine loyale Politik.
Ich bitte Sie, in sich zu gehen, an die damalige Situation zu denken und dann nach Ihrem Gewissen zu entscheiden und dieser Taggeldversicherung zuzustimmen.

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

Abstimmung – Vote

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

Art. 1 Abs. 5 (neu)
Antrag der Kommission

Mehrheit
Ablehnung des Antrages der Minderheit

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

Art. 1 al. 5 (nouveau)
Proposition de la commission

Majorité
Rejeter la proposition de la minorité

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

Günter: Wir schlagen Ihnen einen neuen Artikel 1 Absatz 5 vor mit folgendem Wortlaut: «Der Bund fördert im besonderen Versuche mit neuen Versicherungsmodellen, welche eine Dämpfung der Krankheitskosten auf einer sozialen Basis erwarten lassen.» Zwar hat die Kommission auf Antrag der Arbeitsgruppe im bestehenden Gesetz eine Änderung in Artikel 16 Absatz 3 vorgenommen, welche neu eine Versicherung zum Beispiel im Sinne des amerikanischen HMO, also der Gesundheitskassen, gestattet. Gemäss früherem Gesetz wären unter Umständen derartige Versicherungsmodelle nicht möglich gewesen. Man hat damit einen Schritt in die richtige Richtung getan. Wir glauben aber, dass das nicht genügt. Wenn wir ein neues, besseres System entwikkeln wollen, muss es in sozialer Hinsicht mindestens so gut sein, wie es heute ist, lieber noch besser. Es muss aber auch einen kostendämpfenden Effekt aufweisen, den das heutige System nicht kennt. Das heutige System hat kostentreibende und nicht kostendämpfende Effekte. Es ist natürlich schwierig, die beiden Postulate Kostendämpfung und soziale Ausgestaltung zu vereinen. Wir glauben aber, dass es Systeme gibt, die zumindest Anreize in die richtige Richtung schaffen können, die ein System gestatten, wo derjenige, der sich vernünftig verhält, besser wegkommt als derjenige, der das Falsche tut.
Ich habe es Ihnen schon gestern gesagt: In unserem heutigen System haben wir den umgekehrten Zustand. Je dümmer man sich verhält – auch als Anbieter, zum Beispiel als Arzt, oder als Mitglied der paramedizinischen Berufe –, je unverantwortlicher man sich verhält, desto grösser ist in der Regel das Einkommen. Da ist einfach etwas an unserem System, das nicht stimmt. Ich glaube, das spüren Sie alle. Der Drang nach einem neuen System, wenn man eines finden würde, ist doch einfach vorhanden. Die Frage ist natürlich: Finden wir eines? Wenn wir aber eines finden wollen, dann müssen wir auf die Suche gehen; und erfolgreich auf die Suche gehen können wir nur, wenn wir diesen Versuchen etwas nachhelfen. Wenn nämlich neue Versuche gemacht werden, ist das ein erhebliches Risiko für denjenigen, der die Versicherung einführt, aber vor allem natürlich für denjenigen, der diese Versicherung eingeht, also für den Kunden und Träger. Wir können noch hundert Jahre am grünen Tisch studieren, was gut und was schlecht ist für die Schweiz; herausfinden werden wir es erst dann, wenn wir es im Massstab 1 zu 1 ausprobieren und Versuche anstellen. Damit nun das Risiko – und weil wir alle Interesse an diesen Versuchen haben, müssen sie jetzt nun einfach stattfinden –

zumindest für die Patienten ausgeklammert werden kann, muss sich der Bund an diesen Versuchen beteiligen. Damit der Bund das auf ordentliche Art und Weise tun kann, müssen wir jetzt eine gesetzliche Grundlage schaffen. Mit diesem Artikel, den wir Ihnen vorschlagen, schaffen wir die gesetzliche Grundlage, dass der Bund mithelfen kann, zukunftsträchtige Modelle zu schaffen. Irgend etwas müssen wir uns ja einfallen lassen auf diesem Gebiet. Mit den bestehenden Möglichkeiten geht einfach zuwenig. Nur sagen: Ihr dürft schon, wenn Ihr wollt, und dann schauen wir von Staates wegen zu, genügt in der heutigen Situation nicht mehr.
Wir schaffen mit dem vorgeschlagenen neuen Artikel 1 Absatz 5 den Freiraum, der dringend notwendig ist, um neue Möglichkeiten zu suchen.
Ich bitte Sie daher und im Hinblick darauf, dass wir doch noch einen kleinen Punkt wieder in das Gesetz einbringen können, der die Zukunft regelt und nicht immer nur die Vergangenheit, hier zuzustimmen.

Hegg: Wir unterstützen den Antrag Günter, und ich möchte Sie alle bitten, ein gleiches zu tun. Es lässt sich nämlich absehen, dass mit der vorgeschlagenen Revision die Probleme der Krankenversicherung längerfristig nicht gelöst sein werden und dass der Kostenanstieg weitergehen wird. Das herkömmliche System hat im Hinblick auf eine Kostendämpfung einige grundlegende Fehler eingebaut. So bestraft es den Arzt, der seine Patienten rasch und mit verhältnismässig wenig Aufwand heilt, mit Einnahmenverlusten und umgekehrt; es belohnt also die gute und rationelle ärztliche Arbeit nicht. Besonders in Zeiten einer Ärzteschwemme hat dies für die Kostenentwicklung verheerende Wirkungen zur Folge. Auch auf Seiten der Patienten belohnt es ein Verhalten, das solidarisch und verantwortungsbewusst das Ganze im Auge behält, zuwenig.
Neue Versicherungssysteme, wie dasjenige der Gesundheitskassen oder der amerikanischen HMO, versuchen, diese Fehler auszumerzen. Nun meine ich zwar nicht, dass ein solches System, das man ohne Bedenken anstelle der herkömmlichen Kassen einfach übernehmen könnte, fixfertig vorliegt. Zum Beispiel betrachte ich ein Bonus-Malus-System auf Patientenseite als fragwürdig. Man muss sich aber doch die Frage stellen, ob es nicht wenigstens richtig wäre, zum Beispiel für Raucher oder Übergewichtige im Sinne des Verursacherprinzips höhere Versicherungsprämien zu verlangen und diejenigen mit einer Prämienerleichterung zu belohnen, die durch eine gesunde Lebensweise und verantwortungsbewusstes Verhalten für das Ganze Kosten einsparen helfen.
Das sind Überlegungen zu einem neuen System. Ich betrachte es deshalb als äusserst dringlich, dass man in der Schweiz vorläufig wenigstens Erfahrungen mit neuen Systemen sammeln kann, damit man sie bei einer künftigen Revision, die wegen der Kostenentwicklung ganz sicher kommen wird, auswerten kann.
Ich bitte Sie dringend, dem Antrag Günter zuzustimmen. Wenigstens Erfahrungen sollte man vorläufig sammeln können.

Frau **Grendelmeier:** Ich möchte Sie dringend bitten, den Antrag Günter zu unterstützen. Wir haben doch bisher gesehen, dass sich im Krankenwesen – Gesundheitswesen wage ich hier nicht mehr zu sagen – nichts ändern wird. Wir haben gesehen, dass das Schwarzpeterspiel weitergeht. Jeder findet, der andere müsse sparen, und jeder findet, der andere sei der grösste Kostenverursacher.
Weshalb? Das ist ziemlich einfach. Weil es uninteressant ist, am bisherigen Versicherungssystem etwas zu ändern. Mit anderen Worten: Viel zu viele Kreise verdienen viel zuviel Geld mit der heutigen Situation. Deshalb glaube ich, wir können, wo immer wir wollen, versuchen, etwas zu ändern, es wird nichts bringen; wie wenn man versuchte, auf einen alten Rock einen neuen Flick aufzunähen: er wird immer wieder reissen. Deshalb müssen wir unseres Erachtens versuchen, ein neues Versicherungsmodell zu entwickeln. Es besteht noch nicht in seiner Gänze, so dass man es einfach übernehmen könnte, aber es bestehen sehr viele mögliche Modelle, beispielsweise in Amerika; das HMO-System – es wurde vorhin angedeutet – wäre eine Möglichkeit, die es zu prüfen gälte.
Nur wenn es nicht mehr interessant ist, krank zu sein, die Krankheit zu behandeln und an der Krankheit zu verdienen, wird sich irgend etwas ändern. Erst dann werden wir von einem Gesundheitswesen reden können, das diesen Namen auch verdient. Mit anderen Worten: Krankheit darf nicht rentabel sein, für keinen der drei Hauptbeteiligten, und das sind der Patient, der Arzt und die Krankenkasse. Nur so, wenn wir alles auf den Kopf stellen und die Gesundheit honorieren, werden alle die Postulate, alle die Forderungen, die in dem Gesetz enthalten sind, auch durchführbar sein.

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

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

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

Abstimmung – Vote

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

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

Schluss der Sitzung um 12.45 Uhr
La séance est levée à 12 h 45

Dreizehnte Sitzung – Treizième séance

Mittwoch, 3. Oktober 1984, Nachmittag
Mercredi 3 octobre 1984, après-midi
14.30 h

Vorsitz – Présidence: M. Gautier

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision
Assurance-maladie. Révision partielle

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 1337 hiervor – Voir page 1337 ci-devant

Art. 1 Abs. 6 (neu)
Antrag Günter

a. Der Bund koordiniert die statistische Erfassung von Morbidität und Mortalität nach geographischen Gesichtspunkten und in Relation zu den Umweltbelastungen mit dem Ziel, krankmachende Faktoren und neu entstehende Bedrohungen unserer Gesundheit frühzeitig zu erfassen und allenfalls zu bekämpfen;

b. Zu diesem Zwecke fördert er insbesondere auch weiterführende, langfristig angelegte nationale Forschungsprojekte.

Art. 1 al. 6 (nouveau)
Proposition Günter

a. La Confédération coordonne les statistiques sur la morbidité et la mortalité selon les régions et les nuisances en vue de déceler à temps et de combattre les facteurs pathogènes et les nouvelles menaces qui pèsent sur la santé publique;

b. A cet effet, elle encourage en particulier la réalisation de vastes programmes nationaux de recherche à long terme.

Günter: Herr Seiler hat heute vormittag gesagt, er sehe eine Sitzung voraus, in der wir als erweiterte Kommission funktionieren und tagen. Ich stelle fest, dass er sich getäuscht hat. Die Kommission ist eher kleiner statt grösser geworden – es sind kaum mehr als 31 Mitglieder hier im Saal. Gestatten Sie mir trotzdem, kurz meinen Antrag zu begründen; er lag der Kommission nicht vor und wurde von unserer Fraktion erarbeitet.
Ich habe schon im Eintretensvotum kurz darauf hingewiesen, vor wenigen Wochen sei in Deutschland ein Krebsatlas publiziert worden. Die meisten von Ihnen werden ihn in der einen oder anderen Illustrierten gesehen haben. Wer die deutsche Waldschadenkarte geistig noch in Erinnerung hat, wird vielleicht beim Anblick dieser Bilder sofort eine zumindest für den Laien auf den ersten Blick erstaunliche Übereinstimmung feststellen.
Wir können uns tatsächlich fragen, ob unsere Tannen und Obstbäume so sehr viel empfindlicher seien als die Menschen. Das ist zumindest eine etwas kühne Theorie. Wir können zudem feststellen, dass für unsere Medizin immer mehr Geld ausgegeben und trotzdem nicht mehr erreicht wird. Wir haben daraus immer geschlossen, dass der Grenznutzen der Medizin erreicht ist, das heisst, dass wir Mediziner für nichts arbeiten, wahrscheinlich zum Plaisier des Publikums, obwohl es für die Patienten keineswegs lustig ist, allzu sehr behandelt zu werden.
Die andere Theorie, die ich für mindestens ebenso glaubwürdig halte, ist die, dass das Lebensalter nicht mehr ansteigt; nicht deshalb, weil die angewandte Medizin nichts nützt, sondern weil neue Kräfte aufgetreten sind, die in einer anderen Richtung wirken, nämlich auf eine Verkürzung des Lebensalters hin als Folge einer zunehmenden Schädigung unserer Gesundheit. Was die Umwelt schädigt, ist sicher auch für uns Menschen nicht gut. Die heutige medizinische Statistik eignet sich nicht dazu, den allfälligen Zusammenhang aufzuzeigen; es bestehen fast keine Daten, die man vernünftigerweise verwenden könnte.
Wir haben aber gewisse Anhaltspunkte: Beispielsweise nimmt der plötzliche Kindestod – die Tatsache, dass Kleinkinder im Alter bis zu etwa neun Monaten, die am Abend gesund zu Bett gebracht werden, am nächsten Morgen tot sind – eindeutig wieder zu. Wissenschaftliche Erklärungen dafür gibt es nur wenige. Ferner nehmen allergischen Erkrankungen wie Heuschnupfen zu. Wir wissen auf der anderen Seite, dass zum Beispiel das Blei in der Umwelt unser Gehirn schädigt, dass Kinder, die vermehrt Blei ausgesetzt sind, mehr psychische Störungen haben. Wir wissen auch, dass unser Boden immer mehr mit Schwermetallen durchsetzt wird.
Mit anderen Worten: Es kommt hier ein Problem auf uns zu, das in recht kurzer Zeit zum Problem Nummer 1 unseres Gesundheitswesens werden könnte. Daher sollten wir ein Frühwarnsystem aufbauen, damit es uns nicht geht wie den Förstern, die eines Tages festellen mussten: Der Wald stirbt; er stirbt – warum haben wir das nicht früher gemerkt? Nun müssen wir Massnahmen treffen, Notprogramme – im Mai, Sie erinnern sich, das Borkenkäfergesetz –, und andere Programme, die wir alle gerne hätten und die noch lange nicht wirken; Katalysatoren, die wir vielleicht in den neunziger Jahen haben werden, obwohl wir sie jetzt haben sollten. Das wenigstens sollte uns im Bereich Krankenversicherung – wenn wir schon so wenig erreichen – nicht passieren. Wir sollten ein Frühwarnsystem aufbauen, das uns vor der zunehmenden Vergiftung warnt, wenn sie auf den Menschen durchzuschlagen beginnt. Persönlich vermute ich, das sei schon längst der Fall, aber es wird sicher in den nächsten Jahren noch zunehmen. Ich habe mit dem eidgenössischen Gesundheitsdirektor gesprochen und festgestellt, dass seine Ängste ebenfalls in diese Richtung gehen. Zumindest leidet er Mangel an Daten, an der Tatsache, dass nichts Vernünftiges verfügbar ist.
Ich schlage Ihnen daher vor, jetzt die gesetzliche Grundlage zu schaffen, damit gehandelt werden kann. Der Bund koordiniert die statistische Erfassung für Morbidität und Mortalität nach geographischen Gesichtspunkten und in Relation zu den Umweltbelastungen. Die Erkrankung und die Sterblichkeit sollen nach geographischen Gesichtspunkten und in Beziehung zur Umweltbelastung erfasst werden mit dem Ziel, krankmachende Faktoren und neu entstehende Bedrohungen unserer Gesundheit frühzeitig zu erfassen und allenfalls zu bekämpfen. Zu diesem Zweck fördert der Bund insbesondere weiterführende, langfristig angelegte nationale Forschungsprojekte. Wenn wir die Kosten langfristig im Griff behalten wollen, ist unser Antrag ein ganz zentrales Anliegen. Ich hoffe und bitte Sie inständig darum, wenigstens hier Verständnis zu haben. Andernfalls werden Sie in drei, vier Jahren feststellen müssen: «Ja, das haben wir gar nicht gewusst, dass es jetzt so schlimm ist. Wie kommt das? Jetzt müssen wir ein Notprogramm ausarbeiten.»
Wir haben aktuelle, sehr dringende Gesundheitsprobleme, die wir jetzt behandeln. Dies hier ist kein aktuelles Gesundheitsproblem, aber es ist mit grosser Wahrscheinlichkeit das Problem, das uns in fünf bis zehn Jahren beschäftigen wird. Und da es ohnehin noch lange geht, bis das Gesetz in Kraft tritt – wenn es überhaupt je in Kraft treten wird –, sollten wir heute präventiv einen derartigen Artikel einbauen. Ich bitte Sie daher um Zustimmung.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Herr Günter schlägt einen neuen Artikel 1 Absatz 6 vor. In Artikel 39 Absatz 2 wird dem Begehren teilweise Rechnung getragen, wenn es heisst: «Der Bund kann im Bereich der Krankenversicherung statistische Erhebungen durchführen oder durchführen lassen. Die Kassen, Ärzte, Apotheker, Chiropraktoren,

Hebammen, medizinischen Hilfspersonen, Laboratorien und Heilanstalten oder ihre Organisationen müssen an solchen Erhebungen mitwirken.»
Wir haben in der Kommission also an dieses Problem gedacht. Bereits heute laufen verschiedene Forschungsprogramme über den Nationalfonds – so das sogenannte Forschungsprogramm 8 –, die sich mit gesundheitspolitischen Fragen und insbesondere auch mit Fragen der Kosteneindämmung befassen. Deshalb ist es nicht unbedingt nötig, hier den Vorschlag von Herrn Günter zu übernehmen. Wir haben ihn bereits in Artikel 39 Absatz 2. Allerdings heisst es dort: «Er kann». Beim Vorschlag von Herrn Günter heisst es: «Er muss». Das ist der einzige Unterschied. Wenn irgend etwas Dringendes auftaucht – die Mortalitätsstatistik wird bereits gemacht –, wird man sicher sofort in diese Forschung einsteigen.
Ich beantrage Ihnen also Ablehnung.

M. **Dupont,** rapporteur: Il est vrai que l'article 39, 2e alinéa, répond en partie à la proposition émise par M. Günter. Lors de l'entrée en matière, j'ai cependant souligné le manque de statistiques solides et sérieuses dans le domaine de la santé publique, sur un certain nombre de points particuliers. Lorsque nous regardons celles faites dans quelques pays industrialisés – je possède certaines statistiques des Etats-Unis et surtout du Canada – je m'aperçois que nous n'en avons pas d'aussi denses et d'aussi précises, de telle sorte que je serais tenté de donner suite à la proposition Günter.
Je vous laisse le soin d'apprécier personnellement cette dernière.

Günter: Nachdem ich meine Redezeit bei weitem nicht ausgeschöpft habe, Sie aber zugegebenermassen sonst strapaziere, gestatten Sie mir noch eine Bemerkung: Es geht um zwei ganz verschiedene Dinge, die Herr Eggli im Zusammenhang mit dem Artikel, den ich Ihnen vorschlage, genannt hat; da es um Statistik geht, hört es sich im ersten Augenblick gleich an. Aber das eine von der Kommission zitierte Anliegen ist die Versicherungsstatistik, während mein Anliegen in einen Bereich führt, der im Moment nicht beackert wird, nämlich zu den Problemen Umwelt, Erkrankung und Verhältnis nach geographischen Gesichtspunkten. Damit soll versucht werden, neuartige Vergiftungen frühzeitig zu erfassen. Man kann nicht, wie der Kommissionspräsident denkt, warten, bis etwas passiert, um dann zu forschen. Sonst geschieht genau das, was jetzt beim Wald der Fall ist: dass wir zehn Jahre zu spät kommen. Ich gebe zu, dass man unter Umständen bei weitester Interpretation einen Teil meiner Anliegen in andere Artikel hineininterpretieren könnte; das wäre aber eine völlig neuartige Auslegung dieses Artikels, denn so war er, zumindest wie wir ihn in der Kommission beraten haben, nicht gemeint.
Ich würde daher empfehlen: Sollten Sie meinem Antrag nicht folgen, schlage ich vor, dass wir uns in Zukunft daran erinnern, dass auch derartige Forschungen mit diesem Artikel gemeint sind. Aber ich möchte Ihnen trotzdem beliebt machen, dass wir besser klar sagen, was wir meinen.

Präsident: Die Berichterstatter verzichten auf das Wort.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Günter	31 Stimmen
Dagegen	51 Stimmen

Art. 2 Abs. 1
Antrag der Kommission
Streichen (nicht ins Sofortprogramm)

Art. 2 al. 1
Proposition de la commission
Biffer (pas dans le programme d'urgence)

Angenommen – Adopté

Art. 2 Abs. 2bis
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 2 al. 2bis
Proposition de la commission
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 2 Abs. 3
Antrag Reimann
Die von den Kantonen oder Gemeinden in Anwendung des ersten Absatzes erlassenen Bestimmungen sowie die Erlasse der Kantone gemäss Absatz 2bis bedürfen der Genehmigung des Bundesrates.

Art. 2 al. 3
Proposition Reimann
Les dispositions prises par les cantons ou les communes en application du 1er alinéa de même que les dispositions prises par les cantons en application de l'alinéa 2bis sont soumises à l'approbation du Conseil fédéral.

Reimann: Mein Antrag zu Artikel 2 Absatz 3 soll bezwecken, dass Erlasse der Kantone für Beiträge an wirtschaftlich Schwächere gemäss Absatz 2bis dieses Artikels der Genehmigung durch den Bundesrat bedürfen. Eine gewisse Koordination drängt sich insofern auf, als man die weit auseinandergehenden Leistungen der Kantone berücksichtigt. Diese grossen Unterschiede der Beiträge an wirtschaftlich Benachteiligte von einem Kanton zum andern lassen sich mit nichts rechtfertigen, wenigstens nicht in diesem Ausmass. Eine Genehmigungspflicht durch den Bundesrat gäbe diesem die Möglichkeit, gewisse Rahmenbestimmungen zu erlassen was zu einer wünschbaren Harmonisierung der kantonalen Leistungen führen würde. Ich habe zwar Verständnis dafür, dass man den Kantonen nicht allzu viel vorschreiben will, nachdem sie bereits die Hälfte der Bundesbeiträge aufbringen und sich im Spitalbereich an bundesrechtliche Rahmenbedingungen halten müssen. Aber bei den Prämienbeiträgen für wirtschaftlich schwächere Versicherte handelt es sich um eine sozialpolitisch ausserordentlich wichtige Massnahme, vor allem, wenn man die kaum mehr tragbaren Prämiensummen berücksichtigt, die zum Beispiel ein Familienvater aufzubringen hat.
Leider wird diese Möglichkeit des sozialen Ausgleichs von vielen Kantonen vernachlässigt. Es scheint mir deshalb richtig und gegenüber den Kantonen keineswegs unbillig, wenn sie ihre Erlasse über die Gewährung von Prämienbeiträgen dem Bund zur Genehmigung einreichen müssen. Die blosse Aussetzung einer Frist für den Erlass von Bestimmungen durch den Bundesrat genügt meines Erachtens nicht. Wir haben genügend negative Beispiele bei der Konkretisierung anderer Bundesgesetze auf Kantonsebene. Ausserdem ist nicht einzusehen, weshalb obligatorische kantonale und kommunale Gesetze, die in der Regel Prämienbeiträge für wirtschaftlich schwächere Versicherte vorsehen, dem Bund zur Genehmigung einzureichen sind, während für Prämienbeitragserlasse ohne gleichzeitige Versicherungspflicht diese Verpflichtung nicht besteht.
Es ist zu erwarten, dass man mir von Bundesratsseite entgegenhalten wird, mit Artikel 38ter Absatz 2 Buchstabe c sei bereits dafür gesorgt, dass die Kantone wirksame Prämienerlasse einführen. Nach der Übergangsbestimmung Iter Buchstabe s tritt Artikel 38ter jedoch erst in Kraft, wenn durch die erste Stufe der Neuverteilung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen eine angemessene Entlastung der Kantone in anderen Bereichen erfolgt. Aber auch der Bundesrat wird mir zugeben müssen, dass man sich über diese Angemessenheit noch während einiger Zeit unterhalten wird. Es ist deshalb kaum zu erwarten, dass Artikel 38ter für die Förderung wirksamer Prämienbeiträge in absehbarer Zeit – wenn überhaupt – etwas bringt.

Wie ich bereits ausgeführt habe, stellen Prämienbeiträge für Familien und für Einzelpersonen mit bescheidenem Einkommen eine dringliche Massnahme der sozialen Hilfe dar. Man darf diese Sozialhilfe nicht davon abhängig machen, ob die Kantone ihren Saldo aus der Aufgabenverteilung für tragbar halten oder nicht.
Ich bitte Sie deshalb, die kantonalen Prämienbeiträge gleich zu behandeln wie die kantonalen Obligatorien und meinem Antrag zuzustimmen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Wie Herr Reimann bereits ausgeführt hat, ist sein Antrag eine Ergänzung zum bestehenden Artikel 2 Absatz 3. Nach diesem Artikel können die Kantone die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungskreise obligatorisch erklären usw. Dann heisst es: «Die von den Kantonen oder von den Gemeinden in Anwendung des ersten Absatzes erlassenen Bestimmungen bedürfen der Genehmigung des Bundesrates.» Also wenn ein Kanton oder eine Gemeinde die Krankenversicherung obligatorisch erklärt, muss das durch den Bundesrat genehmigt werden. Herr Reimann will nun, dass auch die Beiträge an die wirtschaftlich schwachen Leute, die obligatorisch versichert sind, durch den Bundesrat genehmigt werden müssen.
Ich möchte darauf hinweisen, dass dieser Vorschlag der Kommission nicht vorgelegen hat, weshalb ich dazu nur persönlich Stellung nehmen kann. Die Ansicht von Herrn Reimann hat zweifellos etwas für sich, auch wenn man das in Verbindung mit Artikel 38ter betrachtet. Ich möchte daher den Entscheid Ihnen überlassen.

M. **Dupont**, rapporteur. Les dispositions de la loi actuelle à l'article 2 s'inscrivent dans le cadre d'un système fédéraliste qui accorde des compétences aux cantons. Ou l'on supprime ces dernières en faisant autre chose, mais si l'on désire laisser aux cantons faire une politique de la santé, il faut leur donner la possibilité de disposer à leur guise des subventions qu'ils entendent accorder, pour autant qu'ils les accordent jusqu'au minimum que nous fixerons en tant que critères de base. A partir de là, c'est aux cantons eux-mêmes à régler ce problème. Je rappelle également que la Confédération n'a pas de droit de tutelle sur les communes et que seuls les cantons le possèdent. Dès lors, ils peuvent vérifier, approuver ou laisser les compétences aux communes. D'ailleurs, l'article 2, 2e alinéa, de la loi fédérale dit: «Il est loisible au canton de céder ses compétences aux communes.» Cela signifie que les cantons sont libres d'accorder des compétences plus larges à ces dernières en matière de subventions dans le domaine de la caisse-maladie mais aussi de leur laisser la liberté de choisir la catégorie de personnes à revenu modeste, où les jeunes par exemple jusqu'à vingt ans, peuvent être assurés obligatoirement dans le secteur des frais médicaux et pharmaceutiques. Il y a là une indépendance qui est laissée aux cantons et au travers d'eux, aux communes, de faire une véritable politique avec les compétences attribuées à ces organes.
Ce serait dépouiller définitivement les cantons et les communes des compétences qui leur sont accordées dans un système que l'on désire encore fédéraliste. C'est la raison pour laquelle je propose, car nous touchons là véritablement une question de fond et de principe, de rejeter la proposition Reimann.

Allenspach: Wir haben hier über einen Antrag zu entscheiden, der in der Kommission in dieser Form nicht vorgelegen ist.
Es besteht dabei die Gefahr, dass aufgrund eines nicht ausreichend erörterten Antrages fundamentale Entscheidungen getroffen werden, die in die Kompetenz der Kantone und der Gemeinde eingreifen. Gemäss Antrag Reimann soll der Bundesrat den Kantonen und den Gemeinden vorschreiben können, welche Beiträge sie für die Minderbemittelten auszurichten haben. Der Bundesrat muss die entsprechenden Reglemente genehmigen; wenn er sie einmal nicht genehmigt, dann müssen die Kantone doch etwas tun, also eine Anpassung im Sinne des Bundesrates vornehmen. Wenn der Bundesrat den Kantonen und Gemeinden vorschreiben darf, welche Beiträge sie an Minderbemittelte zu entrichten haben, muss diese Kompetenz klar und ausdrücklich im Gesetz festgelegt werden; sie darf nicht auf dem Wege der Interpretation eingefügt werden.
Falls aber die Kantone und Gemeinden weiter gehen wollen als der Bundesrat, soll ihnen nicht verboten werden, etwas mehr für die wirtschaftlich Schwächeren zu tun, als dies dem Landesdurchschnitt oder den Intentionen des Bundesrates entspricht. Mir scheint, dass der Antrag Reimann abgelehnt werden muss, weil er einen Ausgangspunkt schafft, in die Befugnis der Kantone und Gemeinden einzugreifen. Das bedeutet eine Belastung der Vorlage, die ohnehin schon genügend belastet ist. Wir sollten zurückhaltend sein, wenn die Vorlage überhaupt über die Runden kommen soll.
Ich empfehle Ihnen, den Antrag Reimann abzulehnen.

Hösli: Auch ich möchte Sie ersuchen, diesen sehr zentralistischen Antrag abzulehnen. Als ich noch ein junger Bürger war, hat die Glarner Landsgemeinde grundsätzlich beschlossen, als Beitrag des Kantons 20 Prozent des Bundesbeitrages zu leisten. Das war damals ein Erfolg; das war ein Entschluss eines ganzen Volkes. Und jetzt muss eine Landsgemeinde hingehen und beim Bund gnädigst anfragen, ob wir zuviel oder zuwenig gegeben haben. Das rührt in einer Art und Weise an den Föderalismus, die wir nicht akzeptieren können.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Ich muss mich bei Herrn Reimann entschuldigen, wenn ich sagte, dass der Antrag in der Kommission nicht behandelt worden sei. Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass er in der Kommission von Herrn Bratschi vorgelegt wurde. Die Kommission hat ihn abgelehnt, wie ich nun in den Papieren festgestellt habe, so dass ich als Berichterstatter Ihnen in dem Fall auch empfehlen muss, diesen Antrag abzulehnen.

Bundesrat **Egli:** Zu diesem Antrag Reimann bedarf es vorerst einer formellen Abklärung. Herr Reimann versteht ihn als eine Ergänzung zum bestehenden Artikel 2. Der Rat hat denn auch soeben beschlossen, die Artikel 1 und 2bis nicht in das Sofortprogramm zu übernehmen. Nun bezieht sich aber der Antrag Reimann bzw. dieser Absatz 3 im Antrag Reimann gerade auf Absatz 2bis, den Sie nicht ins Sofortprogramm übernehmen möchten.
Offenbar müssen wir die Sache umkehren und davon ausgehen, dass Herr Reimann Artikel 2bis in das Sofortprogramm aufnehmen möchte, so dass sich dann Artikel 2 Absatz 3 richtigerweise auf diesen Absatz 2bis beziehen kann. Abgesehen davon muss ich darauf aufmerksam machen, dass heute schon ein Absatz 3 unter Artikel 2 besteht, den Herr Reimann offenbar ersetzen will. Aber das ist vielleicht Sache, wenn nicht des Ständerates, so der Redaktionskommission.
Der Bundesrat hat absichtlich hier keine Genehmigungspflicht eingeführt, und zwar weil er den Kantonen – und, Herr Hösli, nicht nur den Landsgemeindekantonen, auch den übrigen – die Freiheit lassen wollte, ihre Beiträge an die minderbemittelten Kassenmitglieder selbst festzusetzen. Wenn Sie schon dem Bundesrat die Aufgabe überbinden möchten, diese Beiträge zu genehmigen, dann müssen Sie ihm gleichzeitig zum mindesten eine Vorschrift geben, nach welchen Gesichtspunkten diese Beiträge der Kantone festzusetzen wären. Ohne diese Voraussetzung müsste der Bundesrat völlig willkürlich entscheiden. Er hätte keine Anhaltspunkte. Schon aus diesem Grunde muss ich bitten, dem Bundesrat keine solche Aufgabe zu überbinden und deshalb den Antrag Reimann abzulehnen.

Präsident: Wenn Sie dem Antrag Reimann zustimmen, würden Sie implizit auch Artikel 2 Absatz 1 in der Fassung, wie Sie ihn auf der Fahne haben, annehmen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Reimann	27 Stimmen
Dagegen	66 Stimmen

Art. 2bis (neu)

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 2bis (nouveau)

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 3 Abs. 4bis

Antrag der Kommission

Streichen (nicht ins Sofortprogramm)

Antrag Berger

Aufnahme ins Sofortprogramm
Text nach Entwurf des Bundesrates

Art. 3 al. 4bis

Proposition de la commission

Biffer (pas dans le programme d'urgence)

Proposition Berger

Inclure dans le programme d'urgence
Texte selon projet du Conseil fédéral

M. **Berger:** Lors des débats de la dernière séance de la commission qui a approuvé le programme d'urgence, nous avions décidé au début de nous limiter à ce programme défini par la sous-commission. Aujourd'hui, les présidents de groupe nous offrent la possibilité de reprendre certains des articles que nous jugerions souhaitables de revoir lors de ce débat. Mon intention consiste donc à inclure dans le programme d'urgence, cet article 3, alinéa 4bis. Lors de la lecture du dossier que j'ai reçu en début d'année, puisque j'étais nouveau commissaire, dossier fort volumineux en l'occurrence, j'ai été surpris de l'importance, en nombre et en intention, accordée au terme «transparence».
C'est une impression qui s'est dégagée à la lecture des différents procès-verbaux, pour la plupart des commissaires. Aussi, je me suis inquiété de connaître la raison pour laquelle cet article 3, alinéa 4bis, avait été biffé du programme d'urgence. Je n'ai reçu aucune réponse malgré l'importance que représente cet article concernant justement cette transparence souhaitée par la plupart d'entre nous et qui a trait aux relations entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire. Le rôle de l'assurance complémentaire n'est plus à démontrer.
Parallèlement à l'assurance dite de base en soins médicaux et pharmaceutiques, elle représente une complémentarité indispensable pour certains assurés, notamment ceux des secteurs primaires, des arts et métiers, des professions libérales. Cette complémentarité permet donc à cette catégorie d'assurés d'obtenir une couverture parfaitement conforme à ses besoins qui, il faut le dire, sont souvent très spécifiques. Le mérite de cet article 3, alinéa 4bis est bien de clarifier les relations entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire.
Pour cette raison, sa présence dans le programme d'urgence me paraît tout à fait indiquée. Cette disposition devrait définir, tant aux assureurs qu'aux assurés, les possibilités et les limites que leur offre l'assurance complémentaire. Je vous propose d'entrer en matière sur cet article et de l'accepter dans la version du Conseil fédéral. Je tiens à préciser que cet objet a été soumis à l'analyse de la commission qui l'a adopté en première et en deuxième lecture, sans modification.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Die Subkommission wie die Kommission haben darauf verzichtet, diesen Antrag ins Sofortprogramm aufzunehmen, und zwar aus folgenden Gründen: Dieser Antrag bringt nicht sehr viel Neues. Der ursprüngliche Entwurf des Bundesrates wollte allerdings den Kassen eine grössere Gestaltungsfreiheit bei den Zusatzversicherungen bringen, zum Beispiel bei der Dauer von Vorbehalten, so dass die Kassen in diesem Fall bei Zusatzversicherungen die Vorbehalte kürzer oder länger festlegen könnten.
Die Kommission hat es nicht für nötig befunden, die Zusatzversicherungen – sie sind relativ gut geregelt – ins Sofortprogramm aufzunehmen. Darum beantrage ich Ihnen diese Lösung abzulehnen.

M. **Dupont,** rapporteur: Cela ne me semble pas être quelque chose d'important. On pourrait accepter cette proposition. Il est vrai qu'il serait intéressant de disposer d'une telle transparence. Mais, je crois que l'on a mieux à faire, si précisément l'intention de ce programme d'urgence est d'abaisser les coûts de la santé, en n'entraînant pas les caisses à couvrir ces frais administratifs. En effet, la plupart d'entre elles disposent aujourd'hui de programmes sur ordinateur et elles devraient engager des transformations et modifications pour s'adapter au programme d'urgence qui les touche de très peu. Certaines caisses font déjà maintenant une distinction et indiquent à leurs assurés la cotisation séparément pour les assurances complémentaires.
D'entente avec le président de la commission et pour les raisons précitées, cela ne me semble pas être quelque chose d'urgent à régler. Nous vous proposons de résoudre cette question dans la phase suivante de modification et de révision de la loi sur l'assurance-maladie et de laisser de côté cette suggestion intéressante, mais non prioritaire.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Berger	34 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	44 Stimmen

Art. 5

Antrag der Kommission

Streichen (nicht ins Sofortprogramm)

Proposition de la commission

Biffer (pas dans le programme d'urgence)

Angenommen – Adopté

Art. 6bis

Antrag der Kommission

Abs. 1

Streichen (nicht ins Sofortprogramm)

Antrag Berger

(fällt dahin)
Aufnahme ins Sofortprogramm

Abs. 2

Mehrheit

Streichen (nicht ins Sofortprogramm)

Minderheit

(Vannay, Borel, Bratschi, Eggli-Winterthur, Gloor, Günter, Neukomm, Zehnder)
. . . nach Eintrittsalter und nach örtlich bedingten . . .

Abs. 3

Mehrheit

Streichen (nicht ins Sofortprogramm)

Minderheit I

(Günter)
Für Mann und Frau gelten dieselben Prämien.

Minderheit II
(Vannay, Borel, Bratschi, Eggli-Winterthur, Gloor, Neukomm, Zehnder)
Streichen

Abs. 4 und 5
Streichen (nicht ins Sofortprogramm)

Art. 6bis
Proposition de la commission

Al. 1
Biffer (pas dans le programme d'urgence)

Proposition Berger
(est caduque)
Inclure dans le programme d'urgence

Al. 2
Majorité
Biffer (pas dans le programme d'urgence)

Minorité
(Vannay, Borel, Bratschi, Eggli-Winterthour, Gloor, Günter, Neukomm, Zehnder)
... d'après l'âge d'entrée et les différences...

Al. 3
Majorité
Biffer (pas dans le programme d'urgence)

Minorité I
(Günter)
Les mêmes cotisations s'appliquent aux hommes et aux femmes.

Minorité II
(Vannay, Borel, Bratschi, Eggli-Winterthour, Gloor, Neukomm, Zehnder)
Biffer

Al. 4 et 5
Biffer (pas dans le programme d'urgence)

Abs. 1 – Al. 1

Angenommen – Adopté

Abs. 2 und 3 – Al. 2 et 3

Mme **Vannay**, porte-parole de la minorité: Ce n'est certes pas un hasard si la sous-commission chargée de proposer la «révision de la révision partielle» n'a pas repris l'article 6bis dans le programme d'urgence. Le courage politique n'est pas au rendez-vous ces temps et, s'agissant des femmes, on peut toujours attendre! On aurait eu l'occasion de satisfaire aux exigences d'un postulat qui revient pourtant régulièrement devant notre conseil, et cela depuis des années. Il s'agit de celui de l'égalité des cotisations entre les deux sexes. Mais, le jour où l'on pouvait effectivement y donner suite, voilà que les rats ont quitté le bateau. Et pourtant un peu d'histoire s'impose.
Le 6 décembre 1977, une motion de Mme Spreng demandait cette égalité de cotisations entre les hommes et les femmes dans le cadre de l'assurance-maladie. Au nombre des signataires de cette motion, encore présents dans notre conseil mais peut-être pas dans la salle, je retrouve MM. Bonnard, Cevey, Dupont, Flubacher, Gautier, Raoul Kohler, Schwarz. Il y avait aussi Mme Bauer et M. Delamuraz, conseiller fédéral. Cette motion fut transformée en postulat.
Le 18 avril 1978, Mme Morf déposait une nouvelle motion sur la situation faite à la femme dans la LAMA, et demandait aussi des cotisations égales pour les deux sexes. Au nombre des signataires ici présents et non socialistes figurait Mme Blunschy. La motion fut également transformée en postulat.
La motion Grobet, présentée le 30 novembre 1981, représentait la troisième tentative et a aussi été transformée en postulat. M. Egli, conseiller fédéral, s'en remettait alors à la décision du Parlement dans le cadre de la révision partielle de l'assurance-maladie. Je crois donc qu'il ne faut pas éluder la question et y répondre aujourd'hui.
Encore une fois, il s'agit d'une question de justice et de solidarité, une question de principe autant que d'égalité de traitement. On prétendra encore que les femmes coûtent cher, beaucoup plus que les hommes, aux caisses-maladie. Cela est facile lorsqu'on assimile la maternité à la maladie et que tous les soins qui entourent la mise au monde des enfants et la prise en charge des bébés à leur naissance sont portés sur le compte de la mère auprès des caisses-maladie. Cela est aussi facile lorsqu'on sait qu'un nombre important des maladies des hommes sont couvertes soit par l'assurance-militaire, soit par la CNA, sans tenir compte du lourd tribut dû à l'alcoolisme ou aux accidents payés différemment, selon qu'il s'agit d'un travailleur ou d'une femme sans contrat de travail, donc relevant d'une assurance-accidents ou d'une caisse-maladie.
Même si, compte tenu de tout cela, on devait constater que la santé des femmes est vraiment plus fragile que celle des hommes, il faudrait en connaître la raison et il faudrait que, par solidarité, les hommes acceptent de payer davantage pour cette deuxième moitié de l'humanité malheureusement plus faible et souffreteuse.
Je ne m'attarderai pas à parler maintenant des principes d'égalité qui motivent également l'unité de primes, je pense que d'autres le diront. On nous rétorquera, sans doute, qu'il faut comparer ce qui est comparable, que la santé n'est pas un domaine où règne l'égalité, ou encore que les risques sont différents chez les hommes et chez les femmes. Je crois donc qu'il faut vraiment abandonner cette notion de risque, car elle ne doit pas et ne peut pas entrer en ligne de compte lorsqu'on veut mettre sur pied une assurance sociale. Le seul risque, je le répète, est celui lié à la maternité. Si la grossesse et l'accouchement entraînent parfois des atteintes durables et profondes à la santé de la femme, je pense qu'il faudrait que vous, Messieurs, ayez la décence de ne pas punir la femme pour cela, mais que vous acceptiez aussi d'en partager le prix, faute de pouvoir en partager les conséquences.
Enfin, l'autre risque est peut-être – j'allais l'oublier – celui de la plus grande longévité de la femme, inégalité choquante aux yeux de certains, voire privilège incompréhensible aux yeux d'autres. Je vous laisse le choix des moyens pour y mettre fin.
En conséquence, je vous prie d'abandonner une pratique que nous sommes les seuls au monde à avoir eu l'idée géniale de mettre en place. Cessons de fixer des primes, des cotisations aux caisses-maladie en fonction du sexe, et acceptons de biffer de notre loi cette notion qui n'aurait jamais dû y figurer. Je vous demande donc, à l'article 6bis, 2e alinéa, de supprimer le mot «sexe» ainsi que l'alinéa 3 qui devient alors inutile puisqu'il stipulait que «les cotisations des femmes ne peuvent dépasser de plus de dix pour cent celles des hommes».
De plus, je me rallie à la proposition de M. Günter, qui veut une garantie supplémentaire et dit «que les mêmes cotisations s'appliquent aux hommes et aux femmes». Il est bien évident que si vous n'acceptiez pas de supprimer la possibilité légale d'échelonner les cotisations d'après le sexe, je renoncerais à la proposition de biffer l'alinéa 3 qui consisterait encore un garde-fou nécessaire.

Günter: Ich möchte meinerseits im Namen unserer Fraktion den Antrag Vannay unterstützen und danke Frau Vannay, dass sie meinem Vorschlag, in dem wir ganz klar und deutlich sagen, dass die Prämien für Mann und Frau gleich gross sein sollen, ausdrücklich zustimmt. Die Frauen verursachen tatsächlich höhere Krankheitskosten, das ist bekannt. Die Mehrkosten bestehen also real. Auf der anderen Seite können die Frauen nichts dafür, dass sie höhere Kosten verursachen, im Gegenteil, gehen sie doch in der

Regel im grossen Durchschnitt mit ihrer Gesundheit vernünftiger um als die Männer.
Die Gründe für die höheren Frauenprämien sind einerseits die Mutterschaft mit ihren normalen, aber auch mit ihren krankheitsverursachenden Folgen. Ein Teil ist aber auch dadurch erklärbar, dass die Frau sozial in vielerlei Hinsicht noch benachteiligt ist. Es ist altbekannt in der Medizin, dass Unterschichten mehr Gesundheitsprobleme haben, insbesondere auch mehr psychosoziale Probleme. Entsprechend kommt auch die erhöhte Morbidität der Frauen zum Teil von ihrer noch nicht gleichrangigen Stellung her. Weiter trägt das höhere Lebensalter, das nicht zuletzt eine Folge der vernünftigeren Lebensweise ist, die wir ja nicht tadeln können, und die Tatsache, dass Frauen weniger gegen Unfall versichert sind – zum Beispiel als Hausfrauen – und daher Unfälle vermehrt den Krankenkassen angelastet werden, zur Verursachung von Mehrkosten bei.
Im Zuge der gleichen Rechte und Pflichten für Mann und Frau ist die Solidarität zwischen den Geschlechtern ein dringendes Muss. Es ist zwar so, dass in versicherungsmathematischer Hinsicht ein Unterschied besteht. Von dort her könnte man ein Recht auf höhere Frauenprämien ableiten. Die staatspolitische Sicht, die gleiche Rechte und Pflichten verlangt, geht diesem «kleineren» Recht der Versicherungsmathematik nun eindeutig vor. Diese Maxime fordert auch Solidarität zwischen den Geschlechtern. Es gibt daher nur eine richtige Lösung, nämlich ganz klar und deutlich festzulegen, dass für Männer und Frauen die gleichen Prämien gelten.
Ich bitte Sie, hier zuzustimmen, damit dieser alte Streit in einem partnerschaftlichen Sinne zwischen den Geschlechtern gelöst werden kann.

Frau **Gurtner:** Unsere Fraktion unterstützt den Antrag von Frau Vannay. Gleiche Prämien für Mann und Frau ist eine alte Forderung und sollte gemäss dem Prinzip der Solidarität in der Krankenversicherung längst realisiert sein.
Die sogenannten Frauenkosten in den Krankenpflegen sind tatsächlich 50 bis 60 Prozent höher als die Kosten der Männer. Die Gründe für die höheren Frauenkosten im Gesundheitswesen sind mangels entsprechender Untersuchungen nicht völlig klar. Es gibt aber einige plausible Erklärungen dafür.
Viele Frauen pflegen ihre kranken Angehörigen zu Hause, helfen also damit, Krankenpflegekosten zu sparen. Umgekehrt ist es sehr selten, dass Männer kranke Angehörige zu Hause pflegen. Ulrich Müller, Präsident des Krankenkassenkonkordats, sieht darin einen wesentlichen Punkt, warum die Krankenpflegekosten für Frauen höher sind als für Männer.
Krankheitsrisiko und -kosten steigen mit dem Alter. Frauen leben im Durchschnitt länger als Männer. Bei den über 65jährigen stehen 250000 verwitweten Frauen nur rund 50000 Witwer gegenüber. Allerdings ist der proportionale Kostenanstieg mit zunehmendem Alter bei Frauen und Männer unterschiedlich. Eine Zusammenstellung der Krankenkasse des Kantons Bern (KKB) zeigt, dass bei den Männern ein 50jähriger Versicherter im Durchschnitt die doppelten, ein 70jähriger Versicherter sogar die fünffachen Kosten, bei den Frauen eine 60jährige Versicherte die doppelten, eine 70jährige Versicherte die dreifachen Kosten der 20jährigen Versicherten verursachen. Eine Interpretation dieser Statistik ist noch nicht schlüssig. Hinzu kommen noch die Mutterschaftskosten und die subsidiäre Unfallversicherung, die viele Frauen umfasst.
Die Frauen sind nicht verantwortlich für ihre höheren Krankenpflegekosten und sind auch nicht mit höheren Prämien zu bestrafen. Eine soziale Krankenversicherung kann von ihrem Charakter her keine Risikoprämien verlangen. Die Regelung der Eintrittsalterprämie ist gerade ein Beispiel einer nichtrisikogerechten Prämie, bei der die Solidarität zwischen jung und alt spielt. Die Solidarität zwischen Mann und Frau muss in der Krankenversicherung ebenfalls voll zum Tragen kommen. Es ist klar, dass die höheren Frauenkosten nicht auf die Pro-Kopf-Prämie der Männer überwälzt werden können. Hier müssen die Bundessubventionen bis zum vollen Ausgleich der Prämien eingesetzt werden.
Kein anderes Land in Europa kennt übrigens eine solche Diskriminierung der Frauen in der Krankenpflegeversicherung, wie wir sie mit der 10 Prozent höheren Prämie haben. Aufgrund des Gleichberechtigungsartikels in der Bundesverfassung stellt sich ohnehin die Frage, ob die 10 Prozent höheren Prämien nicht verfassungswidrig sind.

Frau **Grendelmeier:** Es sind verschiedene Gründe aufgeführt worden, warum die Frauen höhere Kosten verursachen, ohne dass der Grund dafür mit Sicherheit festgestellt werden kann. Aber ich bitte Sie, hier für einmal den Geschlechtsunterschied zu berücksichtigen, vor allem, wenn man die Mutterschaftsleistungen in dieses Gesetz integriert! Daraus ergeben sich zwangsläufig höhere Kosten der Frauen. Und ebenso – es ist bereits gesagt worden – muss die höhere Lebenserwartung der Frau zwangsläufig zu höheren Kosten führen. Die Sozialversicherung, und die Krankenkasse ist eine soziale Versicherung, steht dafür ein, dass der Gesunde für den Kranken bezahlt – er hat dafür das Privileg gesund zu sein –, dass der Junge für den Alten bezahlt und dass auch die gesünderen Männer für die krankheitsanfälligeren Frauen bezahlen. Das sind naturgegebene Fakten. Wir sollten daher mit diesem alten Zopf aufhören und die Kosten gleichmässig verteilen. Denken Sie daran: auch nach der Revision sollte das Krankenversicherungsgesetz ein soziales Gesetz bleiben.

Früh: Frau Grendelmeier, es gibt Zöpfe, die Geld kosten. Die Kommission war der Meinung, einen Auftrag zu haben: nämlich den, die Krankenkosten herabzusetzen. Deshalb hat die Mehrheit der Kommission dieses Thema nicht in das Sofortprogramm aufnehmen wollen. Ich möchte Sie bitten, diesen Antrag betreffend Prämiengleichheit abzulehnen. Differenzen müssen nicht immer, aber sie dürfen jetzt noch bestehen. Sie bestehen auch anderenorts, zum Beispiel bei der Nichtbetriebsunfallversicherung SUVA, wo die Differenz wesentlich höher ist, also ungefähr 50 Prozent, und dies mit dem Einverständnis des Gesetzgebers.
Nun zur Finanzierung: Wir sollten unserem Auftrag nachkommen und mit diesem Sofortprogramm eine Kostensenkung herbeiführen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass der Bund nun einfach seine Beiträge erhöht, denn darauf würde es ja hinausgehen: der Bund müsste etwa 200 Millionen Franken an neuen Bundessubventionen locker machen. Ich erinnere Sie einfach an diese unsere Mission, den Bund in diesem Bereich nicht noch mehr zu belasten.
Ich möchte Sie bitten, diese Anträge abzulehnen. Sie werden wieder aufgegriffen werden, denn die Kommission arbeitet ja an diesem Programm weiter, aber im Moment sollten wir uns strikt auf dieses Sofortprogramm beschränken.

Frau **Segmüller:** Der Solidaritätsvertrag der sozialen Krankenversicherung beruht auf Freiwilligkeit. Vergessen wir das nicht. Wir haben heute morgen wieder darüber abgestimmt: die Krankenpflegeversicherung bleibt freiwillig. Damit sind der Solidarität, die wir verlangen können, Grenzen gesetzt. So war es bis heute, und so wird es auch weiterhin sein. Das bedeutet: Wir haben den Generationenvertrag – die Jungen bezahlen für die Alten mit –, und wir haben einen beschränkten Solidaritätsausgleich zwischen Mann und Frau, indem die Prämiendifferenz nicht mehr als 10 Prozent betragen darf. Es ist schlechterdings nicht möglich, ohne ein Obligatorium den vollen Ausgleich zu erzwingen. Es wäre wünschbar – da bin ich mit meinen Vorrednerinnen durchaus einverstanden –, aber ich bitte Sie, vergessen Sie nicht, wir machen heute ein Sofortprogramm. Es hat nur das Allernotwendigste darin Platz, das Wünschbare muss – leider – warten. In diesem Sinne muss ich Sie bitten, den Antrag von Frau Vannay abzulehnen.
Auch dies möchte ich Ihnen noch zu bedenken geben: Die Tatsache, dass die Mutterschaftsleistungen in diesem KUVG integriert sind, ist keine Strafe. Dafür zu fordern, dass wir

Prämiengleichheit haben müssen, finde ich fehl am Platz, denn der Bund gleicht ja die Kosten für Mutterschaft vollumfänglich an die Kassen aus. Diese zwei Dinge haben miteinander hier nichts zu tun. Man kann nicht vom Einschluss der Mutterschaftsleistungen ableiten, dass wir ein Anrecht auf eine Prämiengleichheit hätten. Der Hauptgrund bleibt: Es ist wünschbar, aber nicht zwingend notwendig; deshalb gehört es nicht ins Sofortprogramm.
Ich bitte Sie, den Antrag Vannay abzulehnen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Ich möchte vorerst darauf hinweisen, dass die Kommission beantragt hat, Artikel 6bis nicht aufzunehmen, weil bei diesem bundesrätlichen Vorschlag praktisch alles gleich bleibt. Da die vorgeschlagenen Verbesserungen aber nicht Dringlichkeitscharakter haben, verzichtete die Kommission darauf, diese aufzunehmen. Es war lediglich darin vorgesehen, dass bei Arbeitsverhältnissen auch die Beiträge in Lohnprozenten erhoben werden können. Bei den Nettoprämien für die Kinder kann man das heute auch beim neuen Artikel über die Verordnung erlassen.
Nun zum Streitpunkt: Obwohl ich persönlich den Minderheitsantrag auch unterschrieben habe und der Meinung bin, es wäre Zeit dafür, muss ich auch die Meinung der Kommissionsmehrheit vertreten. Das, was die Kommissionsmehrheit gesagt hat, ist eben nicht ganz ohne Anlass. Aber vielleicht darf ich einen Irrtum einmal nochmals klarstellen: Die Krankenpflegekosten für die Frauen sind nach Abzug der Mutterschaft 50 bis 60 Prozent höher als diejenigen der Männer. Allerdings stimmt es, wie Frau Gurtner sagt, dass mit zunehmendem Alter der Ausgleich der Kosten erfolgt. Ein 80jähriger Mann kostet im Durchschnitt ungefähr gleichviel wie eine 80jährige Frau. Natürlich, weil die Frauen das Glück haben, älter zu werden, kosten sie dann eben entsprechend gesamthaft mehr. Das Unfallkostenrisiko, welches immer wieder als eine der Kostenverteuerungen für die Frauen dargestellt wird, weil sie subsidiär versichert sind, beträgt nach Berechnungen der KKB – also der gleichen Krankenkasse, die Frau Gurtner angeführt hat – 3 bis 5 Prozent. Das Konkordat hat uns mitgeteilt: etwa 4 bis 5 Prozent vom Durchschnitt der Prämien. Also kann die ganze Differenz nicht mit dem Unfall erklärt werden.
Was aber entscheidend ist in dieser Beziehung: Wenn Sie diesem Antrag von Frau Vannay und von Herrn Günter zustimmen, dann müssen Sie gleichzeitig zustimmen, dass statt 923 Millionen Franken ungefähr 1125 Millionen Franken Bundesbeiträge gewährt werden. Da müssten Sie diese Konsequenzen ziehen.
Ich weiss, dass die Befürworter dieses Antrages dem zustimmen würden. Da haben wir keine Differenz. Aber ich sage Ihnen auch, warum: Es ist schön, von Solidarität zu sprechen und zu erwarten, dass die Männer die erwartete Solidarität mit höheren Beiträgen ausüben. Ich habe in meinem Eintretensreferat schon darauf hingewiesen, dass wegen der Kürzung der Bundesbeiträge und der Teuerung, die wir im Gesundheitssektor erleben, die Männer im Durchschnitt heute schon etwas über 10 Prozent zu hohe Prämien bezahlen. Wenn man das nun nochmals den Männern anlastet, wird noch häufiger passieren, was heute schon passiert: dass sogenannte Männerkassen existieren, dass in Betrieben mit hohem Männeranteil Betriebskrankenkassen existieren und dazu noch Kollektivverträge geschlossen werden, und dass die Frauen die Geprellten sind. Die Frauen sind dann in ihrer öffentlichen oder anderen privaten Krankenkassen und, weil diese Kassen wenig Männer haben, müssen die Beiträge inzwischen erhöht werden. Dort sind dann die Frauen wiederum die Geprellten.
Also: Wenn Sie nicht bereit sind in diesem Rat, den Ausgleich zwischen Frauen- und Männerprämien über den Bund bezahlen zu lassen, dann müssen Sie den Antrag ablehnen. Wenn Sie aber bereit sind, diese Bundesbeiträge zu leisten, dann können Sie zustimmen.
Das sind die Überlegungen, warum die Kommissionsmehrheit diesen Antrag ablehnt, und ich bitte sie im Namen der Kommissionsmehrheit, diese Anträge ebenfalls abzulehnen.

M. **Dupont**, rapporteur: Lors du débat sur l'entrée en matière, j'ai dit qu'il était temps. si ce n'est d'accorder l'égalité, du moins un rapprochement tarifaire substantiel correspondant à la proposition faite par le Conseil fédéral. J'ai également affirmé, en allant dans le même sens que l'intervention de Mme Grendelmeier, que les statistiques précises faites dans les pays industrialisés montraient que la durée de vie en bonne santé des hommes était égale, si ce n'est supérieure, à celle des femmes et que, par là-même, leur durée d'activité dépasse celle de ces dernières; ce qui permet de faire jouer la solidarité dans ce contexte.
Je suis donc partisan de cette égalité, de ce rapprochement tarifaire. Mais, c'est un avis personnel. La majorité de la commission a décidé de biffer du programme d'urgence cette proposition pour des raisons essentiellement financières. Cela touche surtout les cantons modestes sur le plan financier. Ils ne pourraient pas appliquer cette solidarité. Dès lors, ce serait à la Confédération qu'incomberait l'apport des moyens nécessaires à ce correctif. Cela entraînerait une dépense d'environ 200 millions que nous devrions couvrir par le budget ordinaire de la Confédération.
C'est donc pour ces raisons et non pour des principes que cette proposition du Conseil fédéral a été renvoyée à un projet ultérieur et biffée du programme d'urgence.

Bundesrat **Egli**: Sehr gerne möchte ich den Antragstellern der Minderheit zustimmen. Auch ich persönlich empfinde diese Differenz in der Prämienleistung zwischen Mann und Frau als störend. Es müsste eigentlich alles getan werden, um diese Differenz zu beseitigen, aber leider stösst ein solches Bemühen zurzeit an den Grenzen, die uns durch die Natur der Sache gesetzt sind.
Erstens einmal stelle ich fest, dass schon bis heute diese maximale Prämiendifferenz von 10 Prozent zwischen Mann und Frau gemäss Gesetz bestand. Was könnte unternommen werden, um Prämiengleichheit zu erreichen? Entweder müssten die Solidaritätsbeiträge der Männer entsprechend angehoben werden, oder der Ausgleich müsste durch staatliche Leistungen geschaffen werden. Wir haben beides, wenn auch nicht vollständig, aber annäherungsweise getan. Sie wissen: die Frauen verursachen ungefähr um 50 Prozent mehr Kosten mit ihren Krankheiten, ohne Berücksichtigung der Mutterschaftsversicherung. Die Männer leisten hieran Solidaritätsbeiträge.
Es wäre theoretisch möglich, diese noch mehr anzuheben; aber es wird das geschehen, was bereits Herr Eggli ausgeführt hat: Bei der freiwilligen Krankenversicherung stünde es den Männern frei, die Kasse zu verlassen und eine anders strukturierte Kasse mit weniger Frauen aufzusuchen, welche den Männern weniger Solidaritätsbeiträge aufbürdet. Das ist die eine Grenze. Die zweite Grenze sind die staatlichen Beiträge. Gemäss Artikel 36bis der Vorlage leistet den Bund Beiträge für die Verminderung des Prämienunterschiedes zwischen Mann und Frau. Aber wenn wir die ganze noch verbleibende Differenz ausgleichen wollten, bräuchten wir 200 Millionen Franken. Eine Mehrsubvention von 200 Millionen Franken ist aber unter den heute gegebenen Umständen undenkbar.
Ich möchte warnen: Wenn Sie ein Referendum gegen unsere Vorlage provozieren wollen, dann müssen Sie diesem Minderheitsantrag zustimmen.
Darf ich noch auf einen Gesichtspunkt hinweisen, den auch Frau Grendelmeier angeschnitten hat: auf die Frage der verfassungsmässigen Gleichheit der Geschlechter. Die vorliegende Bestimmung hat damit nichts zu tun. Eine unterschiedliche Behandlung der Geschlechter ist überall dort – trotz des Gleichheitsartikels 4 BV – möglich und zulässig, wo der Unterschied in der Natur der Geschlechter liegt, beispielsweise beim Militärdienst oder in der Mutterschaftsversicherung. Gerade diese Differenz beruht eben auch auf dem Unterschied der Geschlechter, indem die Frauen im Gesundheitswesen 50 Prozent mehr Kosten verursachen. Darum kann Artikel 4 BV nicht herangezogen werden, um diese Differenz zu beseitigen.

Le président: Je vous propose de voter séparément sur la proposition de Mme Vannay concernant l'alinéa 2 et sur celle de M. Günter à propos de l'alinéa 3, à laquelle Mme Vannay se rallie.

Abs. 2 – Al. 2

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit (Vannay)	44 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	66 Stimmen

Abs. 3 – Al. 3

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit (Günter)	41 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	61 Stimmen

Abs. 4 und 5 – Al. 4 et 5

Angenommen – Adopté

Art. 11

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 12 Abs. 1 Ziff. 1 Bst. a

Antrag der Kommission

a. die Untersuchungen und Behandlungen durch einen Arzt; (Rest streichen)

Art. 12 al. 1 ch. 1 let. a

Proposition de la commission

a. Les examens et les traitements auxquels procède un médecin; (biffer le reste)

Angenommen – Adopté

Art. 12 Abs. 1 Ziff. 1 Bst. b

Antrag der Kommission

b. die Heilanwendungen und Pflegeleistungen von medizinisch-therapeutischem Personal oder Personen der spitalexternen Krankenpflege, die ein Arzt angeordnet hat;

Minderheit

(Günter, Basler, Früh, Zehnder)

... angeordnet hat. Die Kosten der durch einen Arzt angeordneten und gegebenenfalls überwachten spitalexternen Krankenpflege können von den Krankenkassen, den Wohnsitzgemeinden bzw. -kantonen verrechnet werden.

Art. 12 al. 1 ch. 1 let. b

Proposition de la commission

b. Les traitements et les soins administrés, sur prescription d'un médecin, par le personnel paramédical ou le personnel prodiguant des soins à domicile;

Minorité

(Günter, Basler, Früh, Zehnder)

... à domicile. Les caisses-maladie peuvent facturer aux communes ou cantons de domicile les frais pour soins prodigués hors de l'hôpital, qui sont justifiés. La commune, le canton ou la caisse-maladie peut faire dépendre le paiement du montant ainsi dû du contrôle des soins par le médecin-traitant du patient;

Günter, Sprecher der Minderheit: Ich kann Ihnen Besserung in Aussicht stellen: meine Anträge werden nun allmählich seltener. Ich schlage Ihnen hier vor: «Die Kosten der durch einen Arzt angeordneten und gegebenenfalls überwachten spitalexternen Krankenpflege können von den Krankenkassen, den Wohnsitzgemeinden bzw. -kantonen verrechnet werden.»

Wir haben schon einmal ausgeführt, dass die Krankenversicherung heute die Fürsorge in den Gemeinden ganz massiv gegenüber früher entlastet hat. Es wäre daher nur sinnvoll, wenn jetzt, in einer Zeit der Probleme für die Krankenversicherung, die Gemeinden wieder etwas vermehrt mithelfen würden, und zwar im Bereich der spitalexternen Krankenpflege. Nicht nur, weil damit eine Entlastung finanzieller Art in einem Bereich herbeigeführt wird, der tatsächlich in den Bereich der Gemeinden gehört, sondern weil wir mit allen Mitteln dazu beitragen müssen, die spitalexterne Krankenpflege zu fördern; denn hier ist eines der wenigen Mittel, das ganz sicher dazu beitragen kann, die Kostensteigerung in den Spitälern einzuschränken.

Wie oft erleben wir es doch, dass Patienten aus sozialen und pflegerischen Gründen im Spital behalten werden müssen, die unter anderen Umständen ohne weiteres mit medizinisch gutem Gewissen nach Hause entlassen werden könnten, ja wahrscheinlich sich sogar dort viel wohler fühlen würden, wenn nur die Pflege etwas mehr gesichert wäre. Aber es ist noch weitaus schlimmer: Manchmal muss man die Patienten sogar aus finanziellen Gründen im Spital behalten, weil nämlich dort alles bezahlt ist, zu Hause aber, obwohl *summa summarum* für die Volkswirtschaft natürlich viel günstiger, sehr viel vom Patienten berappt werden muss, vom Essen bis zur Haushälterin und oft auch noch bis zur Pflegerin. Kein Wunder, dass die Patienten selbst unter diesen Umständen versuchen, die Entlassung bei nicht vollständig wiederhergestellter Gesundheit möglichst zu verzögern. Man ist ja in bezug auf Betreuung im Spital besser gestellt und erst noch, wenn man nach Hause geht, finanziell der Dumme.

Hier, glaube ich, ist auch ein Punkt, wo eine Änderung einsetzten kann. Es ist mir völlig bewusst, dass mein Antrag allein in diesem Bereich die Welt nicht in Ordnung bringt. Aber auch hier wieder: Es ist eine punktuelle Verbesserung, die zumindest dazu beiträgt, die spitalexterne Krankenpflege etwas zu verbessern. Ich weiss, dass es Orte in der Schweiz gibt, wo sie gut organisiert ist. Es gibt aber auch andere Orte. Es ist mir bewusst, dass die spitalexterne Krankenpflege im Grunde genommen langfristig die Krankenkassen entlastet und daher von Ihnen viel mehr gefördert werden müsste. Auf der anderen Seite wissen Sie so genau wie ich, dass in einer ersten Phase der Förderung der spitalexternen Krankenpflege die Kosten natürlich ansteigen werden; denn wir haben dann eben zwei Infrastrukturen: die in den Spitälern, die reduziert werden müsste, und die neu aufgebaute spitalexterne Krankenpflege. Das heisst, mindestens in einer Übergangsphase muss etwas geholfen werden, damit dann eben gespart werden kann. Es ist hier wie in vielen anderen Bereichen auch: man muss zuerst etwas investieren, wenn man am Schluss etwas davon haben will. Ich glaube, dass wir hier eine Möglichkeit haben, einen Teil Sozialpolitik, den wir den Kassen aufgebürdet haben, wieder zurückzuverlagern.

Eigentlich müsste man im Antrag nur von den Gemeinden schreiben. Aber Sie wissen, wie das ist: Wir haben kein Recht, direkt für die Gemeinden zu legiferieren, also sind wir gezwungen, das über die Kantone zu tun.

Ich gestehe Ihnen offen, dass es wahrscheinlich Möglichkeiten gibt, diesen Antrag intelligenter zu formulieren. Leider ist uns – ich habe ihn ja in der Kommission vorgebracht – keine bessere Formulierung in den Sinn gekommen. Aber auch hier ist es ja so: Wir haben noch einen Zweitrat hinter uns, und es scheint mir wichtig, dass man das Prinzip zu verankern versucht: nämlich die Gemeinden noch vermehrt an der spitalexternen Krankenpflege zu beteiligen, die Krankenkassen zu entlasten; alles mit dem Ziel, dass nicht wieder derjenige, der sich richtig verhält, am Schluss noch dafür zahlen muss.

Ich sage es Ihnen noch einmal: Wir haben viele Patienten in den Spitälern, die nicht dort hingehören. Wir behalten sie zum Teil, weil die Pflege zu Hause nicht genügend ist. Nicht zuletzt kommt ein erheblicher Druck von den Patienten, die

wirklich erst nach Hause gehen wollen, wenn sie ganz gesund sind, weil sie wissen, dass sie, wenn sie früher nach Hause gehen, zusätzliche Kosten haben. Im Spital ist eben alles gut geregelt, und in der spitalexternen Krankenpflege ist das nicht der Fall. Wir sollten versuchen, zumindest hier wieder einen kleinen Schritt weiterzukommen.

Zehnder: Es mag etwas eigenartig erscheinen, dass da bei der Minderheit neben Kollege Basler auch noch der Name Zehnder steht und wir hier am gleichen Strick ziehen. Es ist tatsächlich so, dass ich mich in einem gewissen Dilemma befinde. Einerseits will ich ja die Hauskrankenpflege mit allen nur möglichen Mitteln unterstützen. Ich betrachte diese Institution als dringend notwendig und segensreich, schon aus der Erfahrung heraus, die man gemacht hat, seit diese Institution besteht. Aber was genau unter spitalexterner Krankenpflege zu verstehen ist, geht eigentlich aus dem Text vón Artikel 12 Absatz 1 Buchstabe b nicht hervor.
Die Pflegeleistungen, die auf Anordnung eines Arztes von Personen der spitalexternen Krankenpflege gewährt werden, können so weit interpretiert werden, dass darunter auch Haushaltarbeiten verstanden werden könnten. Ich habe die Botschaft dazu gelesen. Dort ist das mehr oder weniger ausgedeutscht. Aber mir geht es jetzt in erster Linie darum, dass das auch in den Gesetzesmaterialien nochmals verdeutlicht wird, d. h. nur ein Punkt. Dadurch würde indessen der Aufgabenbereich der Krankenversicherung, wenn also Haushaltarbeiten einbezogen wären, einmal mehr zur Entlastung der Kantone und Gemeinden ausgeweitet. Was geschieht überdies mit den Gemeindeschwestern? Sollen sie von den Krankenkassen statt wie bisher von den Gemeinden bezahlt werden? Auch dies wäre eine reine Lastenverschiebung ohne irgendwelchen zusätzlichen Nutzen für die Patienten.
Die Organisation der Hauspflege ist zweifellos Aufgabe der Gemeinden und Kantone. Nachdem wir immer wieder von Aufgabenteilung reden, scheint mir gerade das ein gutes Beispiel für eine Aufgabe der Gemeinden und Kantone zu sein. Sie werden um so grosszügiger organisieren, je weniger sie dadurch belastet werden. Je grösser das Angebot, desto grösser auch die Nachfrage. Dieser zweifelhafte Grundsatz gilt leider für das ganze Gesundheitswesen. Wir laufen deshalb Gefahr, mit der Leistungspflicht der Krankenkassen für die spitalexterne Krankenpflege eine neue Kostenlawine auszulösen. Die Kostenersparnis bei den Spitalaufenthalten mag in einigen Fällen zutreffen. Sie wird aber bei weitem durch den Mehraufwand infolge erhöhter Nachfrage übertroffen werden. Die einzige Möglichkeit, diesen Aufwand in Grenzen zu halten und eine Koordination zwischen Hauspflege und Angebot an Betten in Akutspitälern herbeizuführen, besteht in der finanziellen Beteiligung der Gemeinden und Kantone. Und das will ich. Ich will nicht etwa die Haus- und Krankenpflege abschaffen oder zusätzlich belasten, ich will nur, dass die Kosten dort entsprechend belastet werden, wo sie heute schon belastet werden, nämlich bei den Gemeinden und den Institutionen, die hier so segensreich wirken.
Ich ersuche Sie daher, dem Minderheitsantrag zuzustimmen.

Allenspach: Dieser Minderheitsantrag Günter ist in der Kommission erst in letzter Minute eingebracht und behandelt worden. Er ist auch, wie Herr Günter selbst bemerkt hat, sehr rudimentär formuliert. Er ist in der vorliegenden Fahne sogar grammatikalisch falsch. Das soll uns aber nicht hindern, wenn der Antrag vernünftig wäre, ihm zuzustimmen.
Dieser Antrag hat wohl einen vernünftigen Kern, er ist aber in seiner Auswirkung zu wenig durchdacht und greift vor allem in das Problem des Verhältnisses des Bundes zu den Kantonen und Gemeinden – also auch in die Aufgabenteilung – ein. Der Antrag geht vom richtigen Gedanken aus, dass die spitalexterne Krankenpflege billiger zu stehen kommt als der Aufenthalt in den kostenintensiven Heilanstalten. Er definiert aber den Begriff der spitalexternen Krankenpflege nicht. Es ist alles andere als klar, was unter spitalexterner Krankenpflege zu verstehen ist. Gemäss Wortlaut des Antrages würde auch dann spitalexterne Krankenpflege angenommen werden können, wenn es sich um eine rein häusliche Krankenpflege handelt. Gemäss Auffassung des Antragstellers kann aber nur jene Pflege als spitalexterne Krankenpflege bezeichnet werden, welche anstelle eines Aufenthaltes in einer Heilanstalt vorgenommen wird. Die Formulierung, wie sie hier vorliegt schliesst aber nicht aus, auch jene Krankheiten, die normalerweise zu Hause behandelt werden, unter diesen Artikel zu subsumieren.
Es stellt sich weiter die Frage, ob wir in diesem Gesetz die Gemeinden dazu verpflichten können, Kosten auf dem Gebiete der Krankenpflege zu übernehmen. Bis anhin mussten die Gemeinden keine Krankenpflegekosten erstatten, es sei denn, dass durch zu hohe Prämien der Krankenversicherung oder durch Nichtversicherung soziale Notlagen entstünden. Mit diesem Antrag verpflichten wir die Gemeinden, auch dann Kosten zu übernehmen, wenn keine soziale Notlage besteht. Es ist fraglich, ob hier der richtige Ort ist, über die bisherige traditionelle Aufgabenteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden hinwegzugehen und den Gemeinden auf einem völlig neuen Gebiete, auf dem Gebiete der Krankenpflege, Leistungen aufzuerlegen. Ganz abgesehen davon, dass eine solche Leistungspflicht wieder Subventionen nach dem Giesskannenprinzip mit sich brächte.
Ist es sinnvoll, wenn eine Gemeindekrankenschwester die Leistungen den Krankenkassen verrechnet und die Kassen gemäss diesem Antrag alsdann ihre Leistungen, die sie der Gemeinde für die Krankenschwester bezahlen, wieder von der Gemeinde zurückvergütet erhalten? Das ist sicher ein unproduktiver, unsinniger administrativer Aufwand. Wir sollten dafür sorgen, dass wir die Kosten der Krankenversicherung, ja des Gesundheitswesens insgesamt, nicht noch durch einen überflüssigen administrativen Apparat erhöhen. Aus diesen Gründen bitte ich Sie deshalb, den Antrag Günter abzulehnen. Sollte der Ständerat von sich aus auf ähnliche Ideen kommen – besser formuliert und durchdacht –, dann ist es ihm ja unbenommen, von sich aus einen solchen Antrag in die Diskussion zu stellen. Das scheint mir der bessere Weg zu sein, als dass wir hier dem Ständerat einen unfertigen und undurchdachten Absatz zur Weiterbehandlung übergeben.

Hösli: Auch ich muss Sie bitten, diesen Antrag abzulehnen, zuerst einmal aus staatspolitischen Gründen: In diesem Saal haben wir uns in den letzten Monaten stundenlang über die Aufgabenteilung Bund/Kantone unterhalten und gestritten; wir werden dies weiterhin tun müssen.
Wollen wir gerade hier, wo bis jetzt klar ist, was der Bund zu tun hat und was die Kantone und Gemeinden zu tun haben, wieder ein Netz knüpfen? Zudem ist zu fragen: Ist der Vorschlag überhaupt praktikabel? Der Arzt soll das anordnen und gegebenenfalls überwachen. Ja, wer soll das überwachen: der Fürsorgerat oder eine Krankenschwester oder der Arzt? Der Arzt wird für seine Bemühungen mehr Honorar aufschreiben, als die ganze Arbeit für die Pflege kostet. Das ist doch kein Vorgehen! Diese Formulierung ist absolut unmöglich.
Dann wird von Haus- und Krankenpflege gesprochen. Diese Unterscheidung ist zu ungenau. Wir haben eine eigentliche Hauspflege. Das ist der Fall, wenn eine Hauspflegerin hingeht und im Haushalt mithilft, Kinder zu betreuen und vielleicht dieses oder jenes im Haushalt in Ordnung zu bringen. Daneben haben wir die Hauskrankenpflege. Die Kantone und die Gemeinden tun, was sie tun müssen in dieser Sache. Der Kanton Glarus hat letztes Jahr die Beiträge an solche Vereinigungen verdoppelt, und zwar von 60 000 auf 120 000 Franken. Ich habe mich persönlich erfolgreich bemüht, dass die Haus- und Krankenpflegevereine der Gemeinden zur Gründung eines gemeinsamen Kantonsverbandes schreiten, damit dieser dort einspringen kann, wo Not am Mann bzw. an der Frau ist. Wenn vielleicht in einem gewissen Moment in einer kleinen Gemeinde weder eine Hauspflegerin noch eine Krankenschwester vorhanden ist, wird gewis-

sermassen mit einer «fliegenden Brigade» geholfen. Man springt dort ein, wo es notwendig ist. Wir ziehen auch Gelder ein, abgestufte Gelder. Es ist doch klar, dass eine Millionärsfrau etwas mehr bezahlen muss als eine Arbeiterfrau.
Für die Lösung solcher Probleme bedarf es keines Bundesgesetzes, sondern man muss das den Kantonen und Gemeinden überlassen. Schon jetzt bezahlen bei uns die Fürsorgegemeinden – wir haben selbständige Fürsorgegemeinden – zum grossen Teil die Defizite sowohl der Haus- wie der Krankenpflegevereine. Es wird also für diese Sachen gesorgt, ohne dass Vater Bund ständig dreinredet.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Ich muss Sie ebenfalls bitten, diesen Antrag abzulehnen. Mir hat sogar der Beschluss der Kommission nicht gefallen, dass solche Leistungen durch die Krankenkassen übernommen werden müssen. Ich sage Ihnen sogleich warum. Aber zuerst noch ein Wort zum Antrag von Herrn Günter. Er bläht die Verwaltung lediglich auf und verursacht Kosten, ohne dass er etwas bringt.
Anfang der siebziger Jahre, als die Städte Basel und Zürich daran gingen, die Gemeindekrankenpflegetarife einzuführen, war bei uns der Druck ebenfalls vorhanden, solche Tarife einzuführen. Das heisst, dass die Krankenpflegeorganisationen aufgrund der Leistungen der Gemeindeschwestern Rechnung stellen. Wir kamen aufgrund von eingehenden Abklärungen zur Feststellung, dass über 70 Prozent der Taxeinnahmen nachher wieder für die Verwaltung aufgebraucht werden. Wenn nun die Gemeindeschwester bzw. die Orgnisationen für solche Leistungen Rechnungen stellen müssen und die Krankenkassen sie übernehmen, dann haben sie auch die Verwaltungskosten zu bezahlen. Anschliessend geht die Rechnung noch an die Gemeinde. Diese muss überprüfen, ob ein ärztliches Zeugnis vorhanden ist und ob die Pflege zu Recht (aufgrund des Arztzeugnisses) erfolgt ist. Wenn man das zusammenrechnet, bleibt für die effektiven Kosten, die durch die Pflege entstanden sind, wenig mehr übrig. Das muss man sich einfach vorstellen. Wir kämpfen ständig gegen die Aufblähung der Verwaltung, bringen aber in jedem Gesetz solche Vorschläge, die die Verwaltung noch mehr aufblähen, so dass schliesslich nichts Konkretes mehr herausschaut.
Von mir aus gesehen – Herr Günter hat das in der Kommission bereits gehört – wäre es sinnvoller, man würde die Gemeindekrankenpflege gratis erbringen. Sie wird nicht missbraucht und funktioniert sehr gut. Das kann ich bei uns feststellen, wo die Gemeindekrankenpflege gratis ist. Man muss nur immer wieder entsprechend den steigenden oder sinkenden Belastungen, die diese Leute haben, Anpassungen vornehmen.
Die Kommission hat diesen Antrag aus diesen und ähnlichen Überlegungen mit grossem Mehr abgelehnt. Ich möchte Sie bitten, diesen Antrag ebenfalls abzulehnen.

M. **Dupont**, rapporteur: Je suis un fervent partisan des soins à domicile. Je ne vais pas énumérer ici ce qui peut être réalisé dans ce domaine, mais je voudrais cependant signaler que l'article proposé par la majorité et par le Conseil fédéral étend déjà par rapport à la situation actuelle, le nombre des prestations en faveur des soins à domicile, et les détermine avec précision. La proposition en question voudrait, purement et gratuitement, charger les cantons et les communes, tout en ignorant le coût et les limites de ces prestations, alors que je le répète, il s'agit ici d'une atteinte directe aux compétences des cantons et des communes qui ont pour tâche d'appliquer une telle politique. Nous devons nous contenter de fixer clairement le cadre légal. Ce but est atteint par l'intermédiaire de l'article 12, alinéa *b*, grâce à la majorité de la commission et au Conseil fédéral. Nous n'avons pas à nous lancer dans une aventure qui porte atteinte au fédéralisme et qui, en outre, ne permet pas de fixer aujourd'hui les limites et le coût de cette opération, tandis que, précisément, notre programme d'urgence se veut d'être une limite à l'explosion des coûts de la santé publique. En conséquence, je vous demande de rejeter la proposition qui nous est soumise.

Bundesrat **Egli**: Ich schliesse mich der Auffassung der Kommissionsmehrheit an, und zwar aus zwei Überlegungen:
Die erste Überlegung ist staatspolitischer Art. Herr Hösli hat darüber gesprochen: Ich empfinde den Minderheitsantrag als Einmischung in die kantonalen Kompetenzen. Die Organisation des Gesundheitswesens und die Regelung der Kostenübernahme des Gesundheitswesens sind Sache der Kantone, in die sich der Bund nicht einmischen sollte.
Die zweite Überlegung ist sachlicher Art: Das von der Minderheit vorgeschlagene Konzept ist kompliziert und sogar widersprüchlich. Die Hauskrankenpflege wird heute weitgehend von den Kantonen oder Gemeinden organisiert und auch finanziert. Die Krankenkassen entrichten auf freiwilliger Basis bzw. aufgrund von Zusatzversicherungen bestimmte Vergütungen. Es wäre aber widersprüchlich, eine Leistungspflicht der Kasse gegenüber den Trägern der Hauskrankenpflege – sei es der Kanton oder die Gemeinde – einzuführen und gleichzeitig vorzusehen, dass die Kantone oder Gemeinden die Leistungen der Kassen wieder zurückvergüten müssten.
Notwendig ist eine sinnvolle und angemessene Aufteilung der Lasten für die Hauskrankenpflege zwischen Kantonen bzw. Gemeinden, Krankenkassen und Patienten. Der Entwurf des Bundesrates schafft die Grundlage für eine solche Lastenverteilung, indem auch die Krankenkassen verpflichtet werden können, einen Teil der Kosten der Hauskrankenpflege – nämlich einen bestimmten Teil, der vom Arzt angeordnet worden ist – zu übernehmen und bestimmte Leistungen von Medizinalpersonen, die vom Arzt angeordnet worden sind, zu entschädigen. Diesen Teil sollen sie aber nicht wieder einem Dritten belasten können.
Ich bitte Sie also, den Minderheitsantrag abzulehnen.

Günter: Ich habe das Recht, noch ein zweites Mal zu sprechen, denn es sind viele unrichtige Dinge behauptet worden, die einfach richtiggestellt werden müssen.
Der Text wurde natürlich gemeinsam mit den Juristen der Verwaltung aufgestellt, und zwar nachdem verschiedene Herren in der Kommission Einwendungen gemacht hatten. Eine Einwendung kam von Herrn Landolt und von Herrn Allenspach, die forderten, man müsse die spitalexterne Krankenpflege durch den Arzt überwachen lassen, sonst werde Missbrauch betrieben. Ich habe das Überwachtwerden auf Wunsch dieser Kollegen hier aufgenommen. Jetzt kommen sie und sagen, die Überwachung verursache einen ungeheuren Verwaltungsaufwand und sind dagegen. Zuerst war man dagegen, weil nicht überwacht wird, jetzt ist man dagegen, weil überwacht wird. Ich möchte doch um etwas Konsequenz bitten.
Mein Vorschlag sieht vor, dass die Krankenkassen die Rechnungen den Gemeinden schicken können. Ich sehe nicht ein, wo da die Verwaltung aufgebläht wird. Ich möchte dem Kommissionspräsidenten eines sagen: Wenn in seiner Gemeinde keine Rechnung gestellt wird, dann wird auch keine zurückgeschickt. Sein Vorschlag ist also mit meinem Vorschlag durchaus kompatibel.
Eine letzte Information: Die Kommission hat den Vorschlag nicht mit grosser Mehrheit, sondern mit 13 zu 9 Stimmen abgelehnt. Für mich ist das keine grosse Mehrheit. Das zentrale Problem – ich möchte noch einmal darauf hinweisen, insbesondere für Herrn Dupont – ist eben, dass das Spital gratis ist; so wie wir das heute organisiert haben, wird im Spital alles bezahlt. Solange Sie es für die spitalexterne Krankenpflege nicht auch so machen, ist jedermann wirklich blöd, wenn er nicht im Spital bleibt, solange er noch etwas konsumieren kann. Im Spital ist heute alles gratis! Infolgedessen geht man nach Möglichkeit nicht nach Hause, wenn es nicht unbedingt nötig ist.
Es ist sehr leicht, eine neue Idee lächerlich zu machen. Man kann das durch Übertreiben spielend erreichen. Aber ich stelle einfach fest, dass im Hinblick auf die spitalexterne Krankenpflege in der Vorlage sehr wenig steht, obwohl

jedermann Ihnen sagt, dass das der Punkt ist, wo Sie ansetzen müssen, wenn Sie die Hospitalisationskosten und die -raten senken wollen. Wollen wir ein Gesetz machen, das kostenkämpfend wirkt? Dann sollten wir in diesem zentralen Punkt nicht wieder sagen, der Antrag sei nicht gut genug formuliert, man wolle noch warten damit.
Ich möchte sie doch bitten, wenigstens hier einen Nagel einzuschlagen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	38 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	69 Stimmen

Art. 12 Abs. 1 Ziff. 1 Bst. c und d
Antrag der Kommission

Bst. c
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Bst. d
die von einem Arzt verordneten Arzneimittel . . .

Art. 12 al. 1 ch. 1 let. c et d
Proposition de la commission

Let. c
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Let. d
Les médicaments et les analyses ordonnés par un médecin, ainsi que les moyens...

Angenommen – Adopté

Art. 12 Abs. 1 Ziff. 2
Antrag der Kommission
2. bei stationärer Versorgung: die Behandlungspauschale für die allgemeine Abteilung und die Taxen für besondere diagnostische und therapeutische Leistungen (Art. 22quinquies);

Antrag Stucky
2. bei stationärer Versorgung: die Behandlungspauschale für die allgemeine Abteilung, die Teilzeitpauschale und die Taxen . . .

Art. 12 al. 1 ch. 2
Proposition de la commission
2. ... en division commune et les taxes pour prestations diagnostiques et thérapeutiques (art. 22quinquies);

Proposition Stucky
2. ... en division commune, le forfait pour hospitalisation à temps partiel et les taxes...

Stucky: Der Bundesrat hat in seiner Vorlage etwas zu vereinfachend bei der stationären Behandlung nur die Behandlungspauschale in die Grundversicherung eingeschlossen. Die Kommission hat dann die Fassung um die Tarife für therapeutische und diagnostische Leistung erweitert. Weggelassen bleibt aber die sogenannte teilstationäre Behandlung, die «one day surgery».
Worum handelt es sich dabei? Als Beispiele nenne ich die sogenannte Nierenwaschung (Hämodialyse), die Krebsnachbehandlung, das Schneiden der Tonsillen oder Handoperationen. Immer kommt der Patient am Morgen ins Spital, wird behandelt und anschliessend an die medizinisch-therapeutische Behandlung auch gepflegt, er geht aber abends wieder nach Hause; vielleicht kommt er am nächsten Tag, vielleicht sogar regelmässig wieder, zum Beispiel alle zwei Tage, was gerade bei der Krebsnachbehandlung sehr oft der Fall ist.
Merkmal ist – und das möchte ich hervorheben –, dass es sich nicht allein um eine medizinische Betreuung handelt, die in Rechnung gestellt wird, nicht allein um den therapeutischen Tarif, der zur Anwendung kommt, sondern auch um Leistungen der Spitäler im Bereich der Pflege und Unterkunft, also um ein Zwitterding zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Diesen Zwischenbereich hat man rechtlich nicht behandelt. Er spielt aber praktisch eine bedeutende Rolle und sollte sogar eher ausgebaut werden; er liegt ohnehin in Richtung der heutigen medizinischen Behandlung. Die Spitäler sind natürlich versucht, falls sie freie Betten haben, solche Patienten einfach zu behalten und damit die Betten zu füllen. Damit werden aber Kosten verschoben; im grossen und ganzen findet eine Verteuerung statt. Diese sollte man, wie vorher diskutiert, gerade vermeiden.
Der Bundesrat hat nun – ich komme zur rechtlichen Behandlung – in seinem Entwurf (Art. 19bis Abs. 7) vorgeschlagen, dass der Bundesrat zuständig sei, Art und Höhe der Kassenleistung bei einem partiellen Aufenthalt zu bestimmen. Diese Lösung scheint mir aber nicht zu genügen, sondern wir sollten eine rechtlich bessere Lösung finden. Es gibt zwei Varianten: Ich hätte Ihnen vorschlagen können, einfach die alte Fassung des bisherigen Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes beizubehalten (Art. 12 Abs. 2 Ziff. 2), aber diese ist zu undurchsichtig für die Kassen, zu undurchsichtig auch für den Patienten. Darum habe ich sie nicht gebracht, sondern den Versuch gemacht, die Sache positiv zu regeln. Dieser Versuch muss auch eine Definition bringen; darum ist mein Antrag zugegebenermassen ein bisschen kompliziert, denn er beschlägt zwei verschiedene Artikel.

1. In Artikel 12 Absatz 1 Ziffer 2 schlage ich vor, dass diese Teilzeitentschädigung – wie ich sie nennen möchte – eingeschlossen wird in die Vertragshoheit zwischen Kasse und Spital. Es soll also nicht der Bundesrat bestimmen, sondern es sollen die Kassen mit den Spitälern solche Teilzeitentschädigungen festlegen können.

2. Ich möchte – und das ist eigentlich selbstverständlich – sicherstellen, dass die teilstationäre Behandlung in der Grundversicherung eingeschlossen ist.

3. Ich möchte hervorheben, dass ein Unterschied zur ambulanten Behandlung besteht, dass man also nicht einfach auf die Botschaft verweisen kann, wo bei der ambulanten Behandlung in diesem Falle nur auf die psychiatrische Behandlung hingewiesen wird und wo nur der Ausdruck «Höhe» gebraucht wird, statt dass man auch den Umfang festlegt.

4. Ich möchte auch eine Definition einbringen, die systematisch zum Artikel 22quinquies Absatz 1bis neu gehört.
Sie finden sie in der berichtigten Fassung. Man kann dort sogar die Worte in der zweiten Zeile «jedoch wiederholten» streichen. Sie sind nämlich nicht charakteristisch für die teilstationäre Behandlung oder – wie ich auch sagte – für die «one day surgery». Ich bitte Sie also entsprechend diese Worte zu streichen. Die Definition sollte dann richtig sein. Ich muss, damit auch die Vertragshoheit noch einmal zum Zug kommt, selbstverständlich in Artikel 22quinquies Absatz 2 noch einmal auf die Teilzeitentschädigung hinweisen, falls es nicht zu einer Einigung zwischen Kasse und Spital kommt. Ich bedaure, dass es einen etwas komplizierten Vorschlag gegeben hat, aber es ging mir prinzipiell darum, hier eine in der Luft liegende Lösung rechtlich zu regeln.

Frau **Segmüller:** Ich begrüsse den Vorschlag von Herrn Stucky. Er beinhaltet das, was ich in der Subkommission einzubringen versucht habe. Ich wurde überstimmt. Sie werden es mir daher erlauben, dass ich hier den Vorschlag unterstütze. Es besteht eine Lücke, die wir mit dem Antrag schliessen können. Er hilft aufs Ganze gesehen Kosten sparen und vermeidet unnötige Hospitalisationen. Der Ausdruck «one day surgery» kommt aus den USA. Es gibt dort ganze Heilanstalten, die auf diese Art Medizin spezialisiert sind.
Es handelt sich hier nicht um eine richtige Pauschale, daher der Ausdruck «Entschädigung» und nicht «Pauschale». Es geht darum, mit einem fixen Betrag die pflegerische Nach-

betreuung abzugelten, sei es nach einer Behandlung, sei es nach einem operativen Eingriff. Gerade weil die operativen Eingriffe, die auf diese ambulante Art gemacht werden können, an Bedeutung zunehmen, ist es so wichtig, dass bei Artikel 22quinquies Absatz 1bis der Abschnitt «jedoch wiederholten Tagesaufenthaltes» gestrichen wird. Das würde dann nämlich gerade diese operativen Eingriffe ausschliessen.
Im Sinne der volkswirtschaftlichen Ersparnis von Kosten sollten Sie also diesen Anträgen in diesem abgeänderten Sinne zustimmen.

Wick: Ich möchte den Antrag ebenfalls unterstützen. Die moderne Medizin bemüht sich sehr, die Pflegetage zu reduzieren. Wenn man zum Beispiel unser Spital nimmt, so hatten wir vor 20 Jahren noch eine durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer von 23 Tagen. Heute sind es im Akutsektor etwa 12 Tage. Das ist ein statistisches Mittel, und dieses statistische Mittel rührt zum Teil davon her, dass wir heute sehr viele Patienten gerade in der Nachsorge ganz anders behandeln als früher.
Ich komme wieder auf die Onkologie, also auf die Behandlung der Tumorkrankheiten. Hier ist es so, dass heute Patienten als sogenannte Tagespatienten ambulant nachbehandelt werden können. Das ist genau das, was dieser Vorschlag von Herrn Stucky abdeckt. Statt dass die Patienten zwei, drei Tage – früher gar eine bis zwei Wochen – im Spital liegen, kommen sie heute nur für einen Tag. Das wollen wir ja. Wir wollen ja unsere Patienten wieder nach Hause schicken. Wir wollen sie den Eltern übergeben. Es ist nicht nur eine Frage der «one day surgery», es ist auch eine Frage der «ohne day pediatrics». Deshalb scheint es mir absolut nötig und erforderlich, dass man jetzt diesem Antrag zustimmt.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Ich kann nur persönlich dazu Stellung nehmen, weil wir den Antrag, wie Frau Segmüller es bereits gesagt hat, in der Kommission nicht behandelt haben. Ich glaubte zuerst, das ganze Problem sei durch Artikel 19bis Absatz 7 abgedeckt; das ist aber nicht ganz der Fall. Wenn ich mir nun die Geschichte überlege, so kommt mir ein anderes Beispiel in den Sinn: das sind die ambulanten Geburten in den Spitälern, bei denen die Frau morgens 9 Uhr ins Spital geht und nachmittags 16 Uhr wieder nach Hause. Nach der heutigen Praxis kommt eine solche Geburt viel teurer, als wenn sie erst am anderen Morgen nach Hause geht, weil sie eben als ambulant gilt. Bei der Krebsnachbehandlung ist es ähnlich.
Herr Stucky möchte zudem, dass solche Verträge zwischen den Krankenkassen und den Spitälern – oder Spitalträgern – direkt abgeschlossen werden können und nicht der Bund das tut, wie es Artikel 19bis Absatz 7 vorsieht. Aber nachdem die Kommission keine Stellung zu diesem Antrag genommen hat, kann ich nicht ja oder nein sagen für die Kommission und möchte dies in Ihre guten Hände legen.

M.**Dupont,** rapporteur: La commission n'a pas traité de ce problème mais il a été soulevé en sous-commission, comme l'a indiqué Mme Segmüller. Il serait logique d'accepter cette propostion. En effet, alors qu'une hospitalisation partielle serait suffisante, il serait inutile d'obliger une personne à subir une hospitalisation complète, uniquement parce que ce serait la seule façon d'obenir le remboursement des frais. Dans ce domaine, nous restons dans le cadre hospitalier, autrement dit le lieu est bien décrit et les posslblités de soins sont clairement définies. Cependant, des ordonnances d'application devront être très précises, de façon à ce que l'on n'applique pas le principe de l'hospitalisation partielle pour tout et pour rien, remplaçant par exemple toute une série de traitements à domicile par une hospitalisation partielle. Il faut donc être prudent. Il est vrai que bien des cas sont connus, et parfaitement définis, tels ceux qui ont été cités par un certain nombre de collègues.
S'il convient d'accepter cette proposition, c'est en sachant déjà aujourd'hui que ce problème devra être réglé de façon précise dans le cadre de l'hospitalisation.

Bundesrat **Egli:** Ich glaubte anfänglich auch, dass das von Herrn Stucky aufgeworfene Problem durch unseren Artikel 19bis Absatz 7 abgedeckt ist. Aber nach seinen Ausführungen müssen wir wahrscheinlich doch etwas tiefer schürfen. Es geht Herrn Stucky offenbar um Fälle wie beispielsweise Nierendialysen oder gewisse Krebsbehandlungen sowie auch gewisse psychische Leiden, welche in Spitälern behandelt werden, ohne dass der Patient die Nacht im Spital verbringt.
Nun möchte er einmal sicher sein, dass a) diese Fälle durch die Grundversicherung gedeckt sind. Dazu kann ich sagen: das ist der Fall. Jede Behandlung ist im Sinne von Artikel 12 Absatz 1 entweder ambulant oder stationär. Die Abgrenzung erfolgt nur, weil für die Leistungspflicht der Kassen verschiedene Grundsätze gelten, d. h. für die stationäre Behandlung ist grundsätzlich eine Behandlungspauschale vorgesehen.
Sie möchten weiter, Herr Stucky, dass solche Behandlungen nicht als rein stationäre Behandlungen gelten und einfach mit der Behandlungspauschale abgegolten werden. Dazu folgendes: Bereits heute gilt eine Behandlung als stationär, wenn der Patient mindestens eine Nacht in der Heilanstalt verbringt. Dies soll auch in Zukunft so bleiben. Der Bundesrat wird in der Verordnung zu regeln haben, wie bei partiellen Aufenthalten in Heilanstalten vergütet wird, ob nach den Grundsätzen der stationären oder der ambulanten Behandlung. Das Problem hat sich im übrigen durch die Beschlüsse der Kommission entschärft, indem auch bei stationären Behandlungen gewisse Leistungen gesondert in Rechnung gestellt werden können (vgl. Art. 12 Abs. 1 Ziff. 2).
Und Sie wollen schliesslich sicher sein, dass auch für solche Behandlungen die anwendbaren Tarife vertraglich vereinbart werden. Dazu die Antwort: Die anwendbaren Tarife werden sowohl für die stationären wie die ambulanten Behandlungen durch Verträge festgelegt sein. Neben der stationären Behandlung (Art. 22quinqies) ist auch die ambulante Behandlung durch Heilanstalten ausdrücklich erwähnt (Art. 22quater Abs. 2). Soviel zu diesem wohl etwas komplexen Sachverhalt, den Sie, Herr Stucky, aufgeworfen haben.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Stucky	offensichtliche Mehrheit
Dagegen	Minderheit

Art. 12 Abs. 1 Ziff. 3–5
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 12 al. 1 ch. 3–5
Proposition de la commission
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 12 Abs. 2–5
Antrag der Kommission

Abs. 2
Die Leistungen der Krankenpflegeversicherung für Behandlungen durch einen Zahnarzt umfassen die vom Bundesrat näher bezeichneten Behandlungen nicht vermeidbarer Erkrankungen und ihrer Folgeschäden im Kausystem sowie, falls hierfür keine andere Versicherung aufkommt, die Behandlung unfallbedingter Schäden des Kausystems. Absatz 1 Ziffer 1 ist sinngemäss anwendbar.

Abs. 3
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 4
Der Bundesrat bestimmt die Voraussetzungen, unter denen

ein Beitrag für Badekuren gewährt wird, sowie dessen Höhe und Dauer.

Abs. 5

... bezeichnen. Er schliesst neue oder bereits angewandte Untersuchungen oder Behandlungen nach Methoden, deren Wirkung nicht wissenschaftlich nachgewiesen ist oder die unzweckmässig oder unwirtschaftlich sind, von den Leistungen aus. Ganz oder teilweise schliesst der Bundesrat Leistungen für Untersuchungen oder Behandlungen aus, die nicht mehr oder nur noch teilweise auf eine Krankheit gerichtet sind.

Art. 12 al. 2 à 5

Proposition de la commission

Al. 2

Les prestations dues au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques pour soins donnés par un dentiste comprennent les traitements, à désigner par le Conseil fédéral, d'affections non évitables du système de mastication et de leurs suites ainsi que le traitement de lésions du système de mastication causées par un accident, lorsqu'elles ne sont prises en charge par aucune autre assurance. Le 1er alinéa, chiffre 1er, est applicable par analogie.

Al. 3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 4

Le Conseil fédéral fixe les conditions valables pour le versement de la contribution aux frais de cure de même que le montant et la durée dudit versement.

Al. 5

... et pharmaceutiques. Il exclut de ces prestations des méthodes d'examen ou de traitement nouvelles ou déjà appliquées, dont l'efficacité n'est pas prouvée par des méthodes scientifiques, qui ne sont pas appropriées à leur but ou pas économiques. Il exclut tout ou partie des prestations pour des examens ou des traitements qui ne portent plus, ou en partie seulement, sur une maladie.

Angenommen – Adopté

Art. 12 Abs. 6

Antrag der Kommission

Der Bundesrat erstellt nach Anhören der von ihm bestellten Arzneimittelkommission eine Liste ...

... aufgenommen, deren Wirkung nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen ist und die zweckmässig und wirtschaftlich sind.

Mehrheit

Ablehnung des Antrages der Minderheit

Minderheit

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

... wirtschaftlich sind. Die Arzneimittelkommission wacht darüber, dass die Liste der Pflichtleistungen eine hinreichende Anzahl Arzneimittel für die verschiedenen Arten von Heilanwendungen enthält.

Antrag Hegg

(Fassung der Kommission)

... aufgenommen, deren Anwendung wissenschaftlich anerkannt, zweckmässig und wirtschaftlich ist.

Art. 12 al. 6

Proposition de la commission

... la Commission des médicaments nommée par lui, une liste ...

Majorité

... appareils dont l'efficacité est prouvée par des méthodes scientifiques et qui sont appropriés à leur but et économiques

Minorité

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

..., approprié et économique. Elle veille à faire figurer dans la liste des prestations obligatoires un nombre suffisant de médicaments utilisés par les divers types de médecine.

Proposition Hegg

(version de la commission)

... appareils dont l'usage est scientifiquement reconnu, approprié et économique.

Hegg: Wie Sie sehen, habe ich die Formulierung des Bundesrates aufgegriffen, die mir weniger unglücklich scheint als die Fassung der Kommission. Vermutlich wollte die Kommission die im Gesetz angepeilten Anforderungen an die Mittel, die von den Krankenkassen vergütet werden, genauer erfassen. Ich bin jedoch der Auffassung, dass der Kommissionstext pseudogenau ist und im Lichte einer philosophisch reflektierten Wissenschaftskritik nicht standhält. Die Medizin ist keine exakte Experimentalwissenschaft, sondern eine empirische Wissenschaft oder, wie man diesen Tatbestand auch schon genannt hat, eine Kunst. Die vorgeschlagene Fassung der Kommission fordert aber, dass alle angewendeten Mittel der Heilkunde, die von den Kassen anerkannt werden, in ihrer Wirkung nachgewiesen sind, d. h. nach meiner Auffassung: nach naturwissenschaftlichen Methoden nachweisbar sind, denn Wirkung ist ein naturwissenschaftlicher Begriff. Das bedeutet also: im Experiment reproduzierbar.

Eine solche Forderung ist nicht realistisch, wenn ich an die Realität des ärztlichen Sprechzimmers denke. Sie ist die Realität eines Versuchslabors. Erstens darf man am Menschen aus ethischen Gründen nicht experimentieren. Gut, dann weicht man zum Tierexperiment aus. Nun sehen Sie meine Befürchtungen. Ich befürchte, dass der Text der Kommission zur Opferung von noch mehr Versuchstieren führen wird, als sonst schon, ohne dass wirklich etwas für die menschliche Gesundheit abfällt; denn die Ergebnisse der Tierversuche sind nur sehr bedingt auf Menschen übertragbar; ausserdem stellt sich die Frage, ob nicht auch hier ethische Grenzen zu beachten sind.

Was soll diese Jagd nach einer Pseudogenauigkeit und nach einer als neurotisch zu bezeichnenden Pseudosicherheit? Die Naturwissenschaft erfasst nun einmal nicht den ganzen Menschen. Die Welt der Ursachen und Wirkungen ist nicht die ganze Welt. Es gibt auch die Welt der Vorstellungen, Motive und Gefühle, Schmerz, Leid und Krankheitsgefühl, mit welchen sich der Arzt ja auch auseinandersetzen muss, nicht nur mit Befunden auf dem Röntgenbild und Labortests. Dieser Schmerz ist nie messbar in einem naturwissenschaftlichen Sinne, sondern nur mitteilbar zwischen Subjekten. Messbar sind immer nur die Begleiterscheinungen des Schmerzes. In seiner vollen Wirklichkeit erfahrbar ist der Schmerz nur am eigenen Leib. Natürlich gibt es Wirkungen, die in die Subjektivität hineinreichen. Denken Sie zum Beispiel an die Alkoholwirkung auf die subjektive Befindlichkeit im Rausch. Sie können die Schwere eines Rausches aber nie messen, immer nur die Alkoholpromilles, und die brauchen nicht parallel zu verlaufen mit der Schwere des Rausches. Das kann man auch auf andere Probleme anwenden; dass dem so ist, beruht nicht auf einem Mangel an Wissen, sondern auf existentiellen Gründen.

Oder ein Beispiel aus meiner ärztlichen Spezialität: Es gibt kein objektives, naturwissenschaftlich exakt definiertes Kriterium, das uns erlauben würde, einen Schizophrenen von einem Nichtschizophrenen zu unterscheiden. Einige Wissenschaftler haben zwar immer behauptet, es sei nur eine

Frage der Zeit, bis auch dieses Kriterium gefunden werde. Aber die Frage ist immer noch offen, und der Glaube, dass dem so sei und so sein müsse, ist nicht mehr Wissenschaft, sondern Ideologie; Formulierungen, die auf Ideologien zurückgehen, haben in einem Gesetz nichts zu suchen.
Aus den gleichen Gründen, wie wir die Formulierung der Kommission ablehnen und für die ursprüngliche bundesrätliche Fassung eintreten, setzen wir uns auch für den Minderheitsantrag Borel ein. Wir sind gegen eine engherzig-ideologische Eingrenzung der ärztlichen und anderer therapeutischen Mittel. Es geht hier nicht nur um Medikamente, sondern auch um andere Mittel, die von den Kassen vergütet werden.
Ich bitte Sie, auf diesen Antrag einzugehen und ihm zuzustimmen.

M. **Borel**, porte-parole de la minorité: Pour que ce soit tout à fait clair, ma proposition concerne essentiellement les médicaments homéopathiques. Je ne me porte pas, à cette tribune, comme défenseur de la médecine homéopathique. Je constate simplement que bon nombre de médecins, dans ce pays, pratiquent partiellement ou même de manière essentielle cette médecine grâce à laquelle ils arrivent à guérir un certain nombre de leurs malades. Ma proposition n'a pas pour but de nous prononcer au Parlement sur la validité d'une méthode thérapeutique plutôt que d'une autre.
A priori l'on pourrait penser que ma proposition aura pour effet une augmentation des coûts. Personnellement, j'ai la conviction contraire. Cette conviction provient d'une enquête faite par la Fédération romande des caisses-maladie. Lorsqu'au début de nos travaux en commission, nous avons consulté les divers milieux intéressés, nous avons entendus la Fédération romande des caisses-maladie. Cette dernière nous a dit que les caisses-maladie étaient en faveur du remboursement des médicaments de la médecine dite «parallèle», en particulier des médicaments homéopathiques. Cette prise de position est fondée sur une enquête faite par cette Fédération romande qui a conclu que, d'une manière générale, dans les caisses romandes faisant partie de cette fédération, les malades qui utilisaient d'une manière régulière ou en tout cas de manière importante des médicaments homéopathiques, coûtaient nettement moins cher que les autres et cela même si le prix de leurs médicaments était remboursé intégralement. C'est une catégorie de malades qui pratique ce «Selbstbehalt» dont on parle tellement au niveau de la participation du malade et qui est très consciente de soi, qui pose beaucoup de questions au médecin, qui souhaite savoir pourquoi on les traite de cette manière plutôt que d'une autre. Or, ces personnes qui ne suivent pas aveuglément leur médecin, qui demandent des renseignements, permettent de freiner de manière générale les coûts de la santé, et elles méritaient d'être encouragées. Il serait utile qu'il y ait de plus en plus de personnes qui se posent des questions sur les traitements que le conseille leur médecin. C'est dans cette clientèle-là que l'on retrouve particulièrement ceux qui utilisent la médecine homéopatique. Nous avons tout intérêt, pour diminuer le coût de la santé, à intégrer dans le système général des assurances-maladie ces malades conscients qui, très souvent, préférent des médicaments homéopatiques aux médicaments chimiques.

Früh: Es gibt pharmazeutische Spezialitäten, die sind eher für die Prävention und leichtere Erkrankungen bestimmt. Damit meine ich die von Herrn Borel angesprochene Homöopathie oder auch die Physiotherapie, Aromatherapie und andere solcher Therapien. Dann gibt es die für die Akutbehandlung vorbehaltene Allopathie, also die stärkeren Heilmittel, die vor allem in dieser Spezialitätenliste enthalten sind.
Ich meine, und ich wiederhole das immer wieder, dass diese Medikamente für die Präventivmassnahmen doch in den Bereich der Eigenverantwortung gehören. Ich war zwar damals auch nicht ein Befürworter eines Präventivgesetzes; denn ob sich jemand gesund verhält und auf welche Weise, das ist ein Problem der Information und nicht des Gesetzes. Ich habe an diesem Pult heute morgen schon ausgeführt, dass jemand anderes für den Verkauf dieser Heilmittel zuständig sein sollte. Vor allem glaube ich, es könnte Aufgabe der Ärzte, Apotheker und Drogisten sein, nicht nur Heilmittel zu verkaufen, sondern den Leuten auch beizubringen, wie man gesünder leben kann und was für gesündere Verhaltensweisen nötig wären. So könnte man der Volksgesundheit einen Dienst erweisen, mit Informationen, die in diesem Bereich einen recht wichtigen Beitrag zu leisten vermögen.
Es ist durchaus möglich, Herr Borel – da gehe ich mit Ihnen einig –, dass die Kosten nicht ansteigen würden, wenn man diese Heilmittel in die Spezialitätenliste aufnehmen würde. Ich weiss, dass diese Mittel eher billiger sind. Ich glaube aber, dass noch eine andere Dimension vorhanden ist. Es gibt Berufe in der Schweiz, nämlich die Apotheker und Drogisten, die für die Vermittlung dieser freiverkäuflichen Heilmittel ausgebildet sind; die können das. Es wäre doch unverständlich, wenn man den Bezug dieser einfacheren Heilmittel mit einer Arztkonsultation verbinden müsste, die wesentlich teurer wäre.
Ich glaube, das Bemühen, die eigene Gesundheit zu erhalten, ist ein positives Element des menschlichen Verhaltens, genau wie jede andere Form der Verantwortung um das eigene Wohlbefinden. Schon immer hatte der Mensch sich selbst zu ernähren, für sich selbst Schutz zu finden. Ebenso hat er sich eben auch um seine kleinen Unpässlichkeiten, leichten Erkrankungen und einfachen Verletzungen selbst zu kümmern, ohne damit die Gemeinschaft zu belasten. Ein erfreulicher Nebeneffekt wird damit sichtbar. Es manifestiert sich ein zunehmendes Selbstvertrauen und die Fähigkeit, in eigener Verantwortung leichtere körperliche Beschwerden und Leiden zu behandeln. Lassen wir doch den Mitbürgern die Möglichkeit, die kleinen Leiden des Alltags mit einfachen Heilmitteln selbst zu behandeln, ohne einen Arztbesuch, der nur alles teurer macht. Wir strapazieren damit weder die Krankenkasse noch den Staat, wir strapazieren damit auch nicht die Solidarität.
Ich bitte sie – obwohl ich sehr grosse Sympathie für diesen Antrag von Herrn Borel habe –, diesen abzulehnen.

Le président: M. Hegg retire sa proposition. Il nous reste donc la proposition de minorité défendue par M. Borel. La parole est au président de la commission.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Nachdem Herr Hegg seinen Antrag zurückgezogen hat, habe ich es etwas leichter, denn es wäre mir schwer gefallen, in seine philosophischen Höhen hinaufzusteigen.
Zum Antrag von Herrn Borel möchte ich lediglich eines sagen: Die Mehrheit der Kommission hat diesen abgelehnt. Aber ich finde es etwas bemühend – es tut mir leid, dies feststellen zu müssen –, dass Kommissionsmitglieder hier die Forderung stellen, auch homöopathische Mittel, sofern ihre Wissenschaftlichkeit und ihre Wirksamkeit nachgewiesen werden, in diese Vorlage aufzunehmen. Denn sie sind bereits aufgenommen, darum ist diese Formulierung erfolgt! Wenn man die damalige Berichterstattung in der Presse und in den Massenmedien verfolgt, wurde das als das grosse Resultat der Kommissionssitzung dargestellt.
Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, dass alle Mittel, deren Wirksamkeit mit wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen ist, die zweckmässig und wirtschaftlich sind, in die Arzneimittelliste aufgenommen werden sollen, egal zu welcher medizinischen Richtung sie zu zählen sind, ob zur traditionellen Chemie oder zur Homöopathie usw.
Ich möchte Sie also bitten, den Antrag Borel abzulehnen, da er überflüssig ist.

M. **Dupont**, rapporteur: Je crois tout de même que ce débat n'est pas inutile parce qu'il rappelle que de plus en plus la médecine utilise aussi des techniques douces, peut-être en tirons-nous des enseignements. Je ne suis pas un spécia-

liste mais je sais que les Chinois allient la médecine millénaire avec la médecine moderne et il est vrai, aujourd'hui, que des techniciens et technocrates en médecine en viennent à utiliser de plus en plus des médecines douces. Personnellement, je peux reconnaître la valeur et l'intérêt de cette méthode, je souhaite simplement et je crois que cela est possible, la rédaction du texte de la majorité, de couvrir ce type de médicaments pour autant que leur efficacité ait été prouvée scientifiquement. C'est toute l'interprétation que l'on peut donner à cette expression qui paraît claire et précise, parce qu'en fait souvent il faudra très longtemps pour prouver que ces médecines sont efficaces, alors qu'un certain nombre de scientifiques et de médecins estiment que, pour des raisons souvent psychosomatiques, psychologiques, etc., elles sont parfaitement appropriées.
Puisque nous estimons la rédaction du texte proposé par la commission suffisante et qu'elle devrait couvrir ce type de médicaments, la majorité de la commission vous propose de rejeter la proposition Borel.

Bundesrat **Egli:** Der Bundesrat schliesst sich der Kommissionsmehrheit wie auch der Begründung der beiden Herren Referenten an.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	33 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	69 Stimmen

Art. 12 Abs. 7
Antrag der Kommission
Streichen (nicht ins Sofortprogramm)

Art. 12 al. 7
Proposition de la commission
Biffer (pas dans le programme d'urgence)

Angenommen – Adopté

Art. 12bis
Antrag der Kommission

Abs. 1–4
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 5
... werden. Während Entwöhnungskuren unter ärztlicher Kontrolle darf es nicht ...

Art. 12bis
Proposition de la commission

Al. 1–4
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 5
... que l'assuré suit, sous contrôle médical, une cure de désintoxication.

Angenommen – Adopté

Art. 12bis[1]
Antrag der Kommission
Artikel 12quater vom 9. Oktober 1981 wird Artikel 12bis[1].

Art. 12[bis1]
Proposition de la commission
L'article 12[quater] du 9 octobre 1981 devient l'article 12[bis1].

Angenommen – Adopté

Art. 12ter
Antrag der Kommission
Streichen (nicht ins Sofortprogramm)

Art. 12[ter]
Proposition de la commission
Biffer (pas dans le programme d'urgence)

Angenommen – Adopté

Art. 12quater
Antrag der Kommission

Abs. 1 und 2
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 3
Streichen

Art. 12quater
Proposition de la commission

Al. 1 et 2
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3
Biffer

Angenommen – Adopté

Art. 12quinquies (neu)
Antrag Grendelmeier
Titel
Gesundheitsfonds

Abs. 1
Der Bund errichtet einen Gesundheitsfonds.

Abs. 2
Der Fonds dient der Vorbereitung und Verwirklichung langfristiger Massnahmen zur Krankheitsvorbeugung.

Abs. 3
Der Fonds wird finanziert über einen Prämienzuschlag und, im Sinne des Verursacherprinzips, durch Abgaben auf Tabak, alkoholhaltigen Getränken und Raffinadezucker, d. h. auf Produkten, die die Volksgesundheit nachgewiesenermassen gefährden.

Art. 12[quinquies] (nouveau)
Proposition Grendelmeier
Titre
Fonds de la santé publique

Al. 1
La Confédération crée un fonds de la santé publique.

Al. 2
Le fonds est affecté à la préparation et à la réalisation de mesures prophylactiques à long terme.

Al. 3
Le fonds est financé d'une part au moyen d'un supplément de primes et d'autre part, en vertu du principe de causalité, au moyen de taxes sur le tabac, sur les boissons alcooliques et sur le sucre raffiné, c'est-à-dire sur des produits qui portent indéniablement atteinte à la santé publique.

Frau **Grendelmeier:** Warum ein Gesundheitsfonds? Ich habe heute morgen angedeutet, dass wir uns im allgemeinen mehr um die Krankheit kümmern als um die Erhaltung der Gesundheit; dass wir nur zu einer Änderung unseres unseligen Krankenwesens kommen – in bezug auf die Kosten –; dass wir nur dann den Fuss in die Drehtüre halten und diesen Teufelskreis unterbrechen können, wenn wir umdenken, und zwar radikal. Das betrifft sowohl den Patienten als auch den Arzt sowie die Krankenkassen. Wir müssen aufhören zu glauben, dass wir das Kranksein als Geschäft

betrachten können, dürfen oder müssen. Das bedeutet, dass wir der Prävention sehr viel mehr Nachachtung verschaffen müssen.
Ich weiss aus meiner beruflicher Erfahrung als Wissenschaftsjournalistin, in der ich mich vorwiegend mit medizinischen Problemen abgegeben habe, dass die Präventivmedizin innerhalb der Fakultäten ein Aschenputteldasein fristet. Denn was will der Präventivmediziner? Er will die Krankheit verhindern. Und das ist – begreiflicherweise! – für den Rest der Fakultätsangehörigen eine *contradictio in adjecto*, denn sie leben letzten Endes von der Krankheit.
Wenn wir nun einen Gesundheitsfonds fördern und einrichten möchten, so deshalb, weil wir damit auch eine Finanzierungsmöglichkeit liefern, indem wir die gesundheitsschädigenden Produkte viel stärker besteuern, als das bisher der Fall war. Das betrifft vor allen Dingen die alkoholischen Getränke. Wir wissen, wir haben eine minime Biersteuer, wir haben eine Schnapssteuer. Und merkwürdigerweise ist in der Bevölkerung noch immer die Meinung verbreitet, dass wir eine allgemeine Alkoholsteuer haben, was, wie Sie wissen, nicht zutrifft. Nun bitte ich meine welschen Kollegen wegzuhören, den ich weiss, dass ich jetzt in ein Wespennest steche: Wir möchten auch eine angemessene Steuer auf dem Wein. Wir wissen – ich darf in Klammer einfügen, dass ich sehr gerne ein Glas Wein trinke; viele von Ihnen tun das auch und sind deshalb nicht gefährdet und nicht Alkoholiker – wir wissen alle, auch mes amis romands, dass der Alkoholismus immer noch eine der grössten und schwerstwiegenden Volkskrankheiten in unserem Land darstellt.
Wir verlangen aber auch auf einem anderen Produkt eine Steuer: nämlich auf dem Raffinadezucker. Auch dieser stellt ein schwerwiegendes Mittel zur Beeinträchtigung der Gesundheit dar. Nicht nur die Gesundheit der Zähne wird betroffen; Zucker verursacht in erheblichem Ausmass Diabetes und Übergewicht und damit schwerste Kreislaufstörungen. Zucker ist ein unnötiges – ich gebe zu, sehr gutes – Nahrungsmittel, er ist aber in der raffinierten Form unnötig. Wir haben genügend Zucker in den Früchten, im Honig; es wäre durchaus möglich, den Zucker sinnvoll zu ersetzen. Wir bekommen heute beinahe kein Lebensmittel mehr, das nicht in irgendeiner Form zusätzlichen Raffinadezucker enthält. Das ist unnötig und schädlich. Deshalb sind wir der Ansicht, streng nach dem Verursacherprinzip: Wer Zucker im Übermass konsumiert, wer raucht – ich beziehe mich da durchaus ein –, wer im Übermass Alkohol trinkt, soll das selber mit einem gewissen Beitrag finanzieren; er soll bezahlen für die Krankheiten, die er durch diesen Konsum auslöst.
Ich glaube, damit hätten wir eine Möglichkeit, die Kosten in den Griff zu bekommen – wir sind uns klar, dass es nur ein Teil davon und niemals alles ist. Aber indem wir krankheitsverursachende Produkte besteuern, können wir der Kostenspirale entgegenwirken. Das schmerzt ganz bestimmt weniger als eine schwerwiegende Krankheit, und es schont unser gesamtes Krankenwesen in Bezug auf das Portemonnaie.
Ich bitte Sie, diesen Gesundheitsfonds und meinen Antrag zu unterstützen.

M. **Revaclier:** Comme vous le pensez bien, je vais vous inviter à repousser l'amendement proposé par Mme Grendelmeier à l'article 12^quinquies. Il doit être rejeté à la fois parce qu'il n'est pas conforme à la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, que la fiscalité sur le tabac et l'alcool est déjà affectée à l'AVS-AI et que d'une manière générale, cet amendement néglige la responsabilité individuelle du citoyen.
Dans son message, au chiffre 113, le Conseil fédéral déclare que, sur le plan constitutionnel, l'assurance-maladie est de la compétence de la Confédération et la santé publique essentiellement de celle des cantons. Ainsi la prophylaxie est une tâche qui relève indéniablement des cantons. La constitution d'un fonds fédéral de la santé, avec ses ordonnances et directives d'utilisation, constituerait une atteinte aux prérogatives cantonales dans le domaine de la santé publique.
Le moment n'est pas venu de donner de nouvelles tâches à la Confédération. Du reste cantons et communes assument déjà de nombreuses tâches de prévention, par exemple en matière de publicité en faveur de l'alcool ou du tabac, et peuvent ainsi interdire l'affichage public.
Enfin, l'éducation des jeunes ou des adultes en la matière relève des départements cantonaux de l'instruction publique, domaine strictement réservé aux cantons. Laissons donc aux cantons le soin de conduire leur propre politique en matière de prévention et de prophylaxie.
Il est proposé que ce fonds soit financé par le prélèvement de taxes supplémentaires sur le tabac et les boissons alcooliques. C'est donc oublier que le peuple a déjà choisi de financer l'AVS et l'assurance-invalidité par ce moyen. Ainsi les recettes affectées à l'AVS-AI ont rapporté, en 1983, 931 millions de francs, soit 682 millions par l'imposition du tabac, 49 millions par l'impôt sur la bière et 200 millions par l'imposition des boissons distillées provenant du bénéfice de la Régie des alcools. En fait, le montant des taxes sur les boissons alcooliques et le tabac dépasse largement le milliard de francs sans compter l'impôt sur le chiffre d'affaires qui alimente directement la caisse fédérale.
La fiscalité sur ces produits atteint donc la limite du raisonnable puisque au-delà d'un certain plafond l'expérience démontre que la fiscalité devient dissuasive de la consommation, engendrant alors une baisse de la production des taxes. Une augmentation substantielle de la charge fiscale sur l'alcool et le tabac irait donc à l'encontre du but recherché, soit la constitution d'un fonds fédéral de la santé publique.
Par ailleurs, le taux de l'impôt sur la bière ne peut être relevé que par une modification constitutionnelle puisque, selon l'article 41^ter de la constitution, la charge grevant la bière demeure en l'état du 31 décembre 1970. Le dernier relèvement des taxes sur les produits distillés est récent. Celles-ci frappent déjà lourdement les producteurs de fruits et de produits agricoles souvent difficiles à écouler – il s'agit en l'occurrence de cerises ou de pruneaux – ou exposés à des conditions climatiques défavorables.
Les taxes sur le tabac au bénéfice de l'AVS-AI ont été relevées cette année.
Quant au vin, le produit agricole principalement visé par l'amendement proposé par Mme Grendelmeier, il est soumis à l'impôt sur le chiffre d'affaires dont les taux ont été relevés le 1^er octobre 1982. Par trois fois depuis 1935, le principe d'un impôt spécial sur le vin a été refusé par le peuple suisse qui a suivi en cela la Suisse romande très sensibilisée par cette question.
La taxation du sucre raffiné, autre proposition de Mme Grendelmeier, me surprend d'autant plus que le groupe du Landesring a souvent combattu toute taxe supplémentaire sur le sucre importé, même par voie référendaire. Cette proposition pourrait peut-être être reprise lors de la discussion du nouveau régime du sucre dans le projet qui vient d'être publié.
Alors, pourquoi arrêter là la liste des produits à taxer? Pourquoi ne pas la compléter et «surtaxer» par exemple l'abus de médicaments?
Enfin, d'une manière plus générale, je vous invite à ne pas suivre cette philosophie politique qui entend faire le bien de nos concitoyens malgré eux. Au nom de ce principe qui fait fi de la responsabilité individuelle de chaque citoyen, vous punissez sans discernement les gens qui abusent de quelque chose; ou le dégustateur éclairé d'un verre de bon vin, «la plus saine et la plus hygiénique des boissons», selon Louis Pasteur, le célèbre biologiste français. Et puis, vous punissez également le petit enfant qui suce de temps en temps un bonbon ou l'amateur d'un bon cigare après un repas gastronomique. Croyez-moi, tout cela fait également partie de la qualité de la vie pour le défense de laquelle vous ne pouvez prétendre au monopole.
C'est pour ces raisons que je vous propose de rejeter l'amendement de Mme Grendelmeier.

Bonny: Ich möchte Sie ebenfalls bitten, den Antrag von Kollegin Grendelmeier abzulehnen. Sicher ist die Absicht gut gemeint. Ich hatte fast Hemmungen, Frau Grendelmeier, hier ans Rednerpult zu treten, nachdem Sie auch auf das Übergewicht angespielt haben. Trotzdem muss ich Ihnen sagen, dass mich der vorgeschlagene Weg in verschiedener Hinsicht nicht zu überzeugen vermag.
Zuerst einmal in juristischer Hinsicht: dieser Absatz 2 in Ihrem Antrag, «der Fonds dient der Vorbereitung und Verwirklichung langfristiger Massnahmen zur Krankheitsvorbeugung», ist derart weit gefasst, dass ich ohne Übertreibung behaupten kann, dass man ein Milliardenprogramm hineinverpacken könnte. Man könnte die grossen Problembereiche der Luftverschmutzung, der Lebensmittelhygiene, der Gesundheitsaufklärung in dieser Richtung darin unterbringen. Das ist mir zu wenig präzis; wir würden gleichsam die Katze im Sack kaufen.
Zweitens möchte ich meinen, dass es auch nicht abgestimmt ist auf eventuelle andere kommende Massnahmen. Es gab kürzlich ein Vernehmlassungsverfahren über ein Präventivgesetz. Das hat ein schlechtes Echo gefunden bei den Kantonen; ich glaube zu wissen, dass zurzeit auch bei den Bundesbehörden die Schaffung eines Präventivfonds in Prüfung ist. Man sollte zuerst einmal wissen, was unter der Federführung des Bundesamtes für Gesundheitswesen auf diesem Gebiet geht.
Dann hat Herr Revaclier bereits auf den dritten Punkt hingewiesen: auf Kompetenzkonflikte, die beispielsweise dann entstehen könnten, wenn man in den Volksschulen zu einer weiteren Information auf diesem Gebiet schreiten würde. Das wäre an sich nicht unvernünftig, würde aber ganz klar einen Eingriff in die Kompetenz der Kantone darstellen.
Es stellen sich auch Fragen der Abgrenzung von der Forschungspolitik. Auch hier haben wir der Begründung von Frau Grendelmeier nichts Präzises entnehmen können.
Dann kommt die ganze *crux* mit der Finanzierung, der Absatz 3 gewidmet ist. Ich habe Ihnen vorhin, Frau Grendelmeier, mit Interesse zugehört, als Sie sich zu Artikel 6 äusserten. Sie distanzierten sich dort ziemlich deutlich vom Verursacherprinzip bei den Krankenkassenprämien. Jetzt wird es wieder hervorgeholt. Ich finde, wir sollten auch in diesem Punkt konsequent sein.
Ganz dezidiert nein sagen muss ich dann zu den indirekten Steuern, die vorgeschlagen werden. Wir sind in der Finanzpolitik des Bundes darum bemüht, etwas Ordnung herzustellen; ich bin deshalb entschieden dagegen, dass jetzt da ein neues Kässeli geschaffen wird. Ganz abgesehen davon glaube ich, dass die Prämien der Krankenkassen bereits derart hoch sind, dass eine weitere Aufstockung vom Volk wohl kaum verstanden würde.
Ich bin schliesslich überzeugt, dass wir mit Ihrem Vorschlag eine weitere politische Hypothek in diese Vorlage einbauen. Ich glaube, das Votum von Kollega Revaclier mit Bezug auf die Haltung der Westschweiz hat hier deutliche Zeichen gesetzt.
Ich möchte aber nicht nur negativ sein. Denn auch hier könnte man sich einmal mehr fragen: Mehr Freiheit, weniger Staat? Freiheit nicht im Sinne, dass alles gestaltet sein soll. Meines Erachtens wäre es durchaus möglich, dass die Krankenkassen beispielsweise auf diesem Gebiete aktiv werden und sich vielleicht sogar entschliessen könnten, einen solchen Fonds zu gründen, wenn sie der Überzeugung sind, es könnte langfristig auf diese Weise eine finanzielle Entlastung herausgeholt werden. Dem möchte ich in keiner Weise entgegentreten. Es geht aber nicht an, im Rahmen des Sofortprogramms diese ausserordentlich komplexe, in meinen Augen zu wenig durchdachte Neuerung einzuführen.
In diesem Sinne bitte ich Sie, den Antrag Grendelmeier abzulehnen.

Frau **Grendelmeier:** Ich wollte Ihnen, Herr Bonny, kein schlechtes Gewissen anhängen, das ist ungesund, und wir reden hier von Gesundheit. Aber ich muss mich doch wehren. Sie haben mir einen Widerspruch untergejubelt, den ich nicht auf mir sitzen lassen kann. Sie haben gesagt, ich sei für das Verursacherprinzip eingestanden. Stimmt! Und ich hätte etwas anderes gesagt bei Artikel 6. Stimmt nicht! Denn es ist ein wesentlicher Unterschied, ob ich eine Krankheit *verursache* oder ob ich eine Frau *bin*. Dafür kann ich nichts.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Die Kommission hat diesen Antrag nicht behandelt, hingegen hat sie eine ähnliche Motion von Herrn Günter abgelehnt, so dass ich annehmen darf, auch im Namen der Kommission sprechen zu können.
Frau Grendelmeier, ich würde diesem Fonds sogar noch zustimmen, wenn heute vormittag das Krankenversicherungsobligatorium beschlossen worden wäre. Es wäre nicht richtig und nicht gerecht, wenn die Versicherten in diesen Gesundheitsfonds einbezahlen müssten, während jene, die nicht versichert bzw. bei einer Privatassekuranz versichert sind und gesamthaft gesehen die gleichen Kosten verursachen, nichts zu bezahlen hätten.
Im weiteren möchte ich auf die Problematik der Formulierung dieses Antrages hinweisen. Sie schreiben: «Abgaben auf Tabak, alkoholhaltigen Getränken und Raffinadezucker, d. h. auf Produkten, die die Volksgesundheit nachgewiesenermassen gefährden.» Wie wollen Sie einen derartigen Gesetzesartikel vollziehen? Das ist doch völlig unmöglich. Für den einen ist Zucker gar nicht gesund, ein anderer verträgt ihn – das gilt auch für alle anderen Produkte. Frau Grendelmeier, wenn Sie im Übermass Mineralwasser trinken, ist das auch schädlich. *(Heiterkeit)* Alles, was im Übermass getrunken oder gegessen oder genossen wird, ist schädlich. Wie wollen Sie hier eine Abgrenzung machen?
Ferner möchte ich Sie darauf aufmerksam machen, dass der Nationalrat den Alkoholzehntel – ich glaube, Herr Reichling hat den Antrag gestellt – zur Bekämpfung des Alkoholismus und seiner Folgen und zur Bekämpfung anderer Süchte von 5 Prozent auf 10 Prozent erhöht hat. Das möchte ich ganz klar sagen. Wir machen also nicht nichts, wir haben durchaus etwas getan.
Aber es geht nicht nur um die Walliser oder die Westschweizer Weinbauern. Ich habe eigentlich erwartet, dass die Thurgauer auch auf die Bühne kommen und wegen ihrem Most protestieren; denn es würden – das ist ganz klar – alle diese Produkte entsprechend besteuert. Es glaubt doch niemand im Ernst, nicht einmal Frau Grendelmeier, dass das Schweizervolk einem solchen Vorschlag zustimmen würde.
Ich bitte Sie, diesen Antrag abzulehnen.

M. **Dupont,** rapporteur: Madame Grendelmeier, je ne défendrai pas les vignes de Valais ou de la Suisse romande, je ne traite pas votre proposition à la légère, mais je crois que tout a été dit.
Manifestement, cette suggestion doit être versée au dossier de la loi sur la prévention, parce que c'est le but recherché et que, pour le moment en tout cas, l'alinéa 3 entraîne une série de modifications constitutionnelles importantes, pratiquement impossible à réaliser dans le cadre de la révision partielle actuelle. Dès lors, les points un et deux sont irréalisables.
Je vous propose de rejeter cette suggestion pour les raisons précitées.

Bundesrat **Egli:** Frau Grendelmeier, Sie sind hier in das Gebiet der Prävention oder Gesundheitsvorsorge vorgedrungen. Vielleicht wissen Sie, dass sich der Bundesrat auch schon mit dem Gedanken abgegeben hat, in dieser Hinsicht etwas zu unternehmen. Vermutlich ist Ihnen bekannt, dass ein entsprechendes Gesetzesprojekt sogar in Vernehmlassung gegeben, jedoch nicht sehr gnädig aufgenommen worden ist. Daraufhin hat sich der Bundesrat entschlossen, auf dem Gebiet der Prävention gesetzgeberisch nicht tätig zu werden. Auf jeden Fall werden Sie während dieser Legislaturperiode kein Präventionsgesetz vorgelegt erhalten. Trotzdem verfolgt das Bundesamt für Gesundheitswesen den Gedanken der Prävention weiter und studiert, wie bei der bestehenden Rechtsordnung in

dieser Hinsicht etwas getan werden kann. Wir sind also nicht tatenlos.
Ich möchte also nur sagen: Ihr Antrag wäre zumindest bedenkenswert. Wäre es ein Postulat, würde ich persönlich es entgegennehmen. Aber stellen Sie sich vor: im Rahmen eines Sofortprogramms ein solches Riesenprojekt unterzubringen, ist schlechthin unmöglich.
Ich möchte daher die Ratsmitglieder bitten, auf dieses Vorhaben zu verzichten, und ich beantrage Ablehnung des Antrages Grendelmeier.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Grendelmeier Minderheit
Dagegen offensichtliche Mehrheit

Art. 13 Abs. 2 und 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

(Die Änderung betrifft nur den französischen Text)

Art. 13 al. 2 et 3

Proposition de la commission

Al. 2

... assurés dès le début ...

Al. 3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Art. 14 Abs. 2

Antrag der Kommission

Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Minderheit

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

Ziff. 4

Die Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und innerhalb von acht Wochen nach der Niederkunft.

Art. 14 al. 2

Proposition de la commission

Majorité

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Minorité

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

Ch. 4

Les examens de contrôle pendant la grossesse et pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement

M. **Borel**, porte-parole de la minorité: Ma proposition vise à ne pas limiter par la loi le nombre d'examens de contrôle pendant la grossesse et au cours des huit semaines qui suivent l'accouchement. Je sais bien que les femmes sont un cas particulier et celles qui sont enceintes le sont encore plus. Mais je ne comprends pas pourquoi ceux qui en général clament la nécessité de la liberté thérapeutique des médecins estiment que dans ce cas particulier, il faut limiter cette liberté. C'est mon premier argument.
Mon deuxième argument, c'est une question d'égalité de traitement. La grossesse n'est pas une maladie, c'est même heureusement le seul cas dont les médecins ont à s'occuper qui n'est pas pathologique. Pour tout le domaine pathologique, les médecins conservent l'entière liberté thérapeutique. Dans le seul cas non-pathologique, nous fixerions dans la loi la manière dont les médecins doivent se comporter à l'égard de leurs patients. Il ne viendrait à l'idée de personne de fixer dans la loi qu'un cardiaque n'a droit qu'à un contrôle médical mensuel. Il ne viendrait à l'idée de personne de préciser dans la loi qu'à partir d'un certain état de maladie, un cancéreux ne doit plus être soigné à un rythme intensif. Dès lors, je ne vois pas pourquoi lorsqu'il s'agit du seul cas naturel, d'un cas non-pathologique dont le médecin peut enfin s'occuper, on fixe sa manière d'agir.
Quant au troisième argument, je crois que si nous ne votons pas la proposition que je vous fais, nous maintenons une hypocrisie. Car, que se passe-t-il à l'heure actuelle? Si un gynécologue constate qu'une femme a besoin de plus de trois contrôles avant la naissance, il décide que c'est une maladie, il décrète qu'elle souffre d'une affection gynécologique. Les caisses n'ont aucun moyen de vérifier si c'est bien le cas et dès lors le nombre de contrôles estimé juste par le médecin, se fait malgré tout mais hypocritement.
Il y a encore un quatrième aspect, ce sont les qualités préventives des examens de contrôle. Sur ce point là, c'est Mme Pitteloud qui s'exprimera, étant donné que professionnellement elle sait quelles sont les conséquences d'une mauvaise prévention en matière de grossesse.

Allenspach: Herr Borel hat den Antrag gestellt, in diesem Bereich die Leistungen bei der Mutterschaft auszuweiten. Erhöhte Leistungen bedingen automatisch auch höhere Kosten. Man muss sich fragen, ob diese Ausweitung notwendig ist. Nach allgemeinen Erfahrungen der Medizin genügen die vorgesehenen Untersuchungen. Treten Komplikationen ein, werden die weiteren Massnahmen, die notwendig werden, nicht mehr als Kontrolluntersuchung, sondern als Behandlung wie bei Krankheiten behandelt. Wenn man unbeschränkt Kontrolluntersuchungen im Bereiche der Krankenversicherung zulässt, dann werden auch überflüssige Untersuchungen, die nach medizinischen Grundsätzen nicht notwendig sind, über die Krankenkasse finanziert. Weil die Leistungen bei Mutterschaft vom Bund über die Subventionen abgedeckt werden, wird das entweder zu erhöhten Bundessubventionen führen oder es werden die Krankenkassen zu Leistungen verpflichtet, die durch die öffentliche Hand nicht finanziert sind. Dann wundert man sich, wenn deswegen die Prämien der Versicherten weiter ansteigen.
Aus diesen Erwägungen bitte ich Sie, den Antrag von Herrn Borel abzulehnen.

Mme **Pitteloud:** J'interviens sur cette proposition de minorité pour vous demander de la soutenir. A l'heure où en Suisse de nombreuses voix s'élèvent pour déplorer le faible taux de natalité, je trouverais incompréhensible que l'on ne prenne pas en charge tous les examens nécessaires durant la grossesse et que l'on ne puisse pas ainsi s'offrir les meilleures garanties pour les futurs citoyens de ce pays.
Vous le savez, la médecine néo-natale a fait d'importants progrès au cours des dernières années. Maintenant, les moyens de contrôle avant, pendant et après la grossesse sont suffisamment au point et performants pour dépister toutes les complications liées à la grossesse et pour permettre également une diminution des infirmes moteurs-cérébraux sur accident à la naissance. Je vous rappelle qu'en suisse, il naît encore aujourd'hui environ 2700 enfants handicapés mentaux par an et que tous vont exiger des soins particuliers, depuis les classes d'adaptation jusqu'aux prises en charge complètes en ce qui concerne les handicapés mentaux profonds. En France, le nombre des contrôles prénatals remboursés est passé de 4 à 13. Sur la base d'une étude, on a estimé avoir ainsi évité environ 60 000 handicapés en 15 ans et 30 000 morts néo-natales ou fœtales. Dans ce sens, il me semble qu'une médecine préventive étendue n'est jamais trop onéreuse, mais au contaire économique à long terme; sans parler de tous les drames humains qui peuvent être évités car, aujourd'hui, si le nombre de grossesses diminue, chacune d'entre elles est plus précieuse pour les parents. Là-dessus, nous sommes pleinement en accord avec les médecins qui estiment inadéquat de limiter à deux, quatre ou six le nombre d'examens, mais il faut leur en laisser la compétence, cela ne les dispense

nullement – à mon avis – de respecter le caractère économique du traitement.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Im Auftrag der Kommission beantrage ich Ihnen, diesen Antrag von Herrn Borel abzulehnen. Ich möchte das auch noch begründen, wie es bereits in der Kommission begründet worden ist.
Herr Allenspach hat bereits darauf hingewiesen, dass vier ärztliche Kontrolluntersuchungen im Normalfall genügen. Wenn Komplikationen eintreten oder bei einer solchen Kontrolluntersuchung etwas Aussergewöhnliches festgestellt wird, dann gelten weitere Untersuchungen als Behandlung. Da kann also die Frau weiterhin zum Arzt gehen, und die therapeutische Freiheit des Arztes ist dort vollständig gegeben. Es wäre aber verheerend, wenn wir nun einfach laufend alle Kontrolluntersuchungen freigäben. Das hätte zur Folge, sofern der Bund dies bezahlte, dass er dort entsprechend mehr bezahlt. Auf der anderen Seite würde der Teil für den Ausgleich der Frauen- und Männerprämien entsprechend kleiner, was zu Prämienerhöhungen führte, die nur auf solche Bestimmungen, die dem Arzt die therapeutische Freiheit gewähren, zurückzuführen sind. Es ist ja bezeichnend: es gab drei Ärzte in der Kommission, und keiner hat diesen Minderheitsantrag unterschrieben, sogar ein Kinderarzt, der das sicher beurteilen kann. Wir stellen einfach fest, dass es nicht nötig ist.
Noch ein Einwand gegen ein gefährliches Argument: Wenn die Geburtenzahl zurückgehe, hätten die Ärzte mehr Zeit für eine bessere Behandlung. Ja, da geben wir den Ärzten generell einen Freipass: je mehr Ärzte, desto mehr Behandlungen und entsprechende Kostensteigerung! Wenn man also etwas will, was die Kosten nicht in die Höhe treibt, dann muss man hier diesen Minderheitsantrag ablehnen.

M. **Dupont**, rapporteur: M. Borel a dit que cela n'était pas une maladie. C'est peut-être la raison pour laquelle il faut en limiter le contrôle, car il faut bien chercher quelque part – je crois que cela était une démarche financière – à faire certaines économies. Le nombre d'examens – vous l'avez dit – n'est pas limité lorsque l'on découvre le risque de conséquences médicales entraînant une thérapeutique nécessaire aussi dans le cas soulevé par Mme Pitteloud. Par conséquent, si la maternité présente un caractère nécessitant une thérapeutique permanente, les frais sont pris en charge. Il est faux de prétendre le contraire pour les exemples que vous avez cités. La majorité de la commission ne veut pas systématiquement pour toutes les femmes un nombre de contrôles illimités, car nous savons que ce seront celles qui n'en auront pas besoin qui abuseront et que les gens en ayant précisément besoin passeront à côté d'une thérapeutique adaptée. Malheureusement, dans ces conditions, il faut en rester au cadre fixé par le Conseil fédéral et la majorité de la commission tout en soulignant que nous comprenons parfaitement bien l'intervention de Mme Pitteloud et de M. Borel. Les cas qu'ils ont énoncés peuvent parfaitement être pris en charge par l'assurance maladie s'ils sont détectés dans le cadre des contrôles. Avec quatre de ceux-ci effectués correctement, on peut parfaitement découvrir les cas de handicaps moteurs-cérébraux.
Je vous suggère donc de rejeter cette proposition.

Bundesrat **Egli:** Im Interesse der Kosteneindämmung möchte ich Sie ebenfalls bitten, diesen Minderheitsantrag abzulehnen. Der Begründung der beiden Herren Kommissionsreferenten ist nichts beizufügen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	32 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	68 Stimmen

Art. 14 Abs. 4
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 14 al. 4
Proposition de la commission
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 14 Abs. 5
Antrag der Kommission
Stillt die Versicherte ihr Kind während zehn Wochen ganz oder teilweise, gewährt ihr die Kasse ein Stillgeld. Der Bundesrat setzt die Höhe des Stillgeldes fest.

Antrag Gurtner
Nach Entwurf des Bundesrates

Art. 14 al. 5
Proposition de la commission
La caisse verse une indemnité d'allaitement aux assurées qui allaitent entièrement ou partiellement leur enfant pendant dix semaines. Le Conseil fédéral fixe le montant de l'indemnité d'allaitement.

Proposition Gurtner
Selon projet du Conseil fédéral

Frau **Gurtner:** Ich stelle den Antrag, die Taggeldregelung gemäss dem Vorschlag des Bundesrates zu beschliessen. Dieser Vorschlag bringt im Gegensatz zum Vorschlag der Kommission ein Taggeld zur Deckung der zusätzlichen Kosten bei einer Entbindung für alle nicht erwerbstätigen Frauen.
Der Bundesrat hat in der Botschaft zur Mutterschaftsinitiative versprochen, dass ein minimales Taggeld eingeführt werden soll für nicht erwerbstätige Mütter. Dies war ein zentraler Punkt, um das Nein zur Mutterschaftsinitiative durchzubringen. In den Genuss des Taggeldes würden 60 Prozent aller für Krankenpflege versicherten Mütter, also eine Mehrheit aller Mütter, kommen. Vorgesehen sind 5 Franken im Tag, das macht 560 Franken pro Wöchnerin, total 23 Millionen Franken, einen bescheidenen Betrag also. Das Taggeld begründet der Bundesrat als minimalen Beitrag an die zusätzlichen Kosten, die eine Geburt mit sich bringt. Damit bringt er nicht zuletzt zum Ausdruck, dass Kinder eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sind und somit auch eine Verantwortung der ganzen Gesellschaft verlangen.
Im übrigen erinnere ich Sie daran, dass Soldaten einen Sold in dieser Grössenordnung bekommen, unabhängig davon, ob sie zusätzlich den Lohn vom Arbeitgeber erhalten und unabhängig davon, wie ihre persönliche finanzielle Situation ist.
Mit 5 Franken im Tag wird niemand reich. Wir hätten im Prinzip nichts dagegen, wenn dieser Beitrag nur bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze ausbezahlt würde. Es ist allerdings klar, dass bei einer solchen Regelung der administrative Aufwand grösser wäre als die damit eingesparten Kosten. Im übrigen ist die adäquate Abschöpfung der hohen Einkommen und Vermögen eine Angelegenheit des Steuergesetzes.
Ich bitte Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Die Kommission will auf das zu den Pflegeleistungen zählende, bescheidene Mutterschaftstaggeld für Mütter, die nicht dem Krankengeldobligatorium unterstehen, verzichten, und dies, weil damit keine substantielle Leistungsverbesserung erreicht worden wäre. Die Botschaft geht – wie gesagt – von einem Taggeld von 5 Franken aus. Die Kosten wären dagegen wegen der vom Bedürfnis unabhängigen, breiten Ausschüttung relativ hoch gewesen. Gemäss Botschaft sind es schätzungsweise 23 Millionen Franken, und es hätte zu Minileistungen auch an durchaus begüterte Frauen geführt. Der Verzicht, immer nach Ansicht der Kommission, dürfte in diesem Revisionspunkt auch trotz der Mutterschaftsinitiative im Rahmen des

Sofortprogramms zu rechtfertigen sein. Es ist schon so, wie es Frau Gurtner sagte: Wenn der Bundesrat hier eine Einkommensgrenze festgelegt hätte, wäre wahrscheinlich dem Antrag zugestimmt worden. Aber einer Millionärsfrau Geld der Bundesbeiträge auszuschütten, wäre wirklich nach dem Giesskannenprinzip verfahren, wie sonst nirgends in dieser Vorlage. Darum hat die Kommission den Antrag des Bundesrates abgelehnt.

M. **Dupont,** rapporteur: On a sacrifié sur l'autel des économies les 5 francs d'indemnité journalière proposés par le Conseil fédéral. Comme il était nécessaire de limiter les dépenses, on a estimé pouvoir le faire dans le cadre de cet article, car ces 5 francs seraient versés à toutes les femmes enceintes, quel que soit leur revenu. Or, la recherche de la contraction des coûts de la santé est précisément un des souhaits exprimés par la majorité de la commission si ce n'est par tous les membres. Il faut veiller à ne pas utiliser les subventions n'importe comment, mais à les concentrer sur ceux qui en ont réellement besoin.
C'est la raison pour laquelle nous vous suggérons de rejeter la proposition de Mme Gurtner.

Bundesrat **Egli:** Der Bundesrat lässt sich von den Argumenten der Kommission überzeugen und schliesst sich der Kommission an. Wenn irgendeinmal von einer Giesskannensubvention die Rede sein darf, so ist es hier. Mit einem minimalen Taggeld von etwa 5 Franken, wie gerechnet worden wäre, ist niemandem geholfen, aber es kostet doch die relativ grosse Summe von 23 Millionen Franken. Setzen wir doch diese 23 Millionen Franken besser dort ein, wo sie sozial erforderlich sind.
Wir bitten Sie, diesen Antrag Gurtner abzulehnen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Gurtner	Minderheit
Dagegen	offensichtliche Mehrheit

Art. 14 Abs. 6
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 14 al. 6
Proposition de la commission
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 14 Abs. 7
Antrag der Kommission

Mehrheit
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Minderheit
(Gautier, Allenspach, Ammann-Bern, Berger, Eisenring, Frey-Neuenburg, Früh, Pfund, Massy)
Streichen

Art. 14 al. 7
Proposition de la commission

Majorité
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Minorité
(Gautier, Allenspach, Ammann-Berne, Berger, Eisenring, Frey-Neuchâtel, Früh, Pfund, Massy)
Biffer

Pfund, Sprecher der Minderheit: Ich beantrage Ihnen namens der Kommissionsminderheit, Absatz 7 zu streichen. Auf den ersten Blick hat die Lösung der Mehrheit eine durchaus sympathische soziale Komponente; aber es ist zweifelhaft, ob sie auch bei näherer Betrachtung noch standhält.
Zuerst etwas Grundsätzliches: Wer ja sagt zur Freiwilligkeit der Krankenpflegeversicherung, der muss wohl auch akzeptieren, dass es Leute gibt, die nicht versichert sind. Praktisch ist es heute so, dass jene, die nicht versichert sind, die Versicherung aus irgendwelchen Gründen nicht wollen. Deshalb ist es auch wenig sinnvoll, wenn der Bund als Subventionsgeber für Leute aufkommen muss – im konkreten vorliegenden Fall für Frauen –, die sich nicht versichern lassen wollen und deswegen allenfalls in eine finanzielle Notlage geraten können. Für diese ohne Zweifel wenigen Fälle ist unseres Erachtens primär die Fürsorge da und nicht die Krankenpflegeversicherung. Heute haben wir in der Schweiz die Situation, dass Mutterschaft in der Krankenpflege-Grundversicherung eingeschlossen ist.
Jedermann kann sich versichern. Das Angebot ist vielfältig bei rund 500 Kassen in der Schweiz. Wer sich nicht versichert, handelt bewusst oder aus Fahrlässigkeit. Es ist durchaus möglich, dass man sich aus Bequemlichkeit oder aber um Prämien zu sparen, nicht versichert. Auch das soll vorkommen. Trotzdem erhielte man bei der vorgeschlagenen Lösung Leistungen bei Mutterschaft. Daran vermag auch die Karenzfrist von 270 Tagen nichts zu ändern. Bleiben schliesslich noch die Ausländerinnen. Für sie ist aufgrund der verschiedenen Sozialversicherungsabkommen, welche zwischen der Schweiz und fast allen europäischen Ländern bestehen, Freizügigkeit gewährleistet, d. h. sie können ohne Vorbehalte einer Krankenkasse beitreten und sind damit bei Mutterschaft versichert.
Diese wenigen Überlegungen zeigen, dass der Sozialcharakter in Absatz 7 von Artikel 14 kaum besteht und es deshalb auch nicht sinnvoll ist, einen Fremdkörper in das Gesetz, welches auf der Freiwilligkeit der Krankenpflege-Grundversicherung basiert, einzubauen. Es handelt sich hier um ein Gesetz über die Kranken- und Mutterschaftsversicherung und nicht um ein Gesetz über Sozialleistungen bei Nichtversicherung.
Ich bitte Sie, dem Minderheitsantrag zuzustimmen, der im übrigen von der FdP-Fraktion grossmehrheitlich unterstützt wird.

Frau **Segmüller:** Was wir hier möchten, ist – ich weiss es – ein kleiner ordnungspolitischer Sündenfall. Er kostet ungefähr 3 Millionen Franken im Jahr, obwohl Schätzungen auf diesem Gebiet schwierig sind. Der Antrag sorgt aber dafür, dass keine Frau mehr aus finanziellen Gründen aus dem Sicherheitsnetz fällt. Das sollte uns diese kleine Sünde wert sein: Wenn wir keine anderen ordnungspolitischen Sünden hier in diesem Rat begehen würden, dann wäre es gut bestellt um unseren Rat.
Es scheint mir wichtig, dass wir hier diese Lücke schliessen, denn – vergessen Sie nicht – ich muss es Ihnen immer wieder in Erinnerung rufen: Wir haben gewisse Versprechungen bei der Behandlung der Initiative für einen wirksamen Mutterschutz abgegeben. Die Mehrheit hier in diesem Saal hat gesagt: Wir wollen keine separate Mutterschaftsversicherung; ich finde das auch nicht nötig. Das bedingt aber, dass wir die Lücke jetzt füllen. Es ist die einfachste und finanziell kostengünstigste Art und Weise, das Sicherheitsnetz zu schliessen. Das Versprechen, das wir abgegeben haben, einzuhalten und diese Lücke zu schliessen, sollte uns diese 3 Millionen Franken im Jahr wert sein. Dazu kommt: Die Zahl der nichtversicherten Frauen, die ein Kind zur Welt bringen, wird von der Verwaltung auf rund 1500 pro Jahr geschätzt. Darunter sind aber auch jene, die eine Versicherung nicht nötig haben, weil sie sehr gut gestellt sind. Sie können also noch eine ganze Anzahl abziehen. Denn wir würden diese kleine Leistung ja nur an Frauen in bescheidenen Verhältnissen erbringen. Die Versicherungsdichte hat aber jedes Jahr noch zugenommen; das bedeutet, dass die Zahl dieser Frauen von Jahr zu Jahr mit zunehmender Versicherungsdichte noch weiter abnimmt. Es ist also nicht eine steigende Ausgabe, die wir Ihnen hier vorschlagen,

sondern eine, die erwiesenermassen von Jahr zu Jahr schrumpft.
Ich bitte Sie somit, hier wirklich im Namen der Frauen ein Einsehen zu haben und Ihre Versprechen, die Sie im März 1983 bei der Behandlung der Initiative abgegeben haben, einzulösen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Nach dem Votum von Frau Segmüller kann ich es mir einfach machen. Wir haben diesen ordnungspolitischen «Sündenfall» auch in der Kommission behandelt, sind aber mit 15 gegen 9 Stimmen zur Überzeugung gekommen, dass wir uns diesen erlauben dürfen, weil es sich im Gegensatz zum Taggeld hier um wirtschaftlich schwache Verhältnisse handelt, so dass man nicht einfach die Giesskanne leert, sondern gezielt den wirtschaftlich Schwachen helfen will.
Ich möchte Sie – auch im Namen der Kommissionsmehrheit – bitten, diesem Antrag zuzustimmen.

M. **Dupont**, rapporteur: Mme Segmüller a parfaitement traduit la volonté de la majorité de la commission.
Je ne peux pas suivre M. Pfund lorsqu'il pense que certaines femmes ne s'assurent pas pour s'offrir une maternité gratuite. Cet argument me paraît bien léger. Par contre, j'estime qu'un pays riche comme la Suisse ne devrait plus avoir d'enfants naissant à l'assistance publique. En effet, comme l'a relevé Mme Segmüller, cela ne va toucher qu'un petit nombre de femmes et même si cela devait coûter quelque argent à la Confédération, nous pouvons aisément accepter la proposition de la majorité.

Bundesrat **Egli**: Dieser Absatz 7 ist auch für den Bundesrat von äusserster sozialpolitischer Wichtigkeit. Er schützt nichtversicherte Mütter in wirtschaftlich schlechten Verhältnissen. Es handelt sich um relativ seltene, aber in der Regel sehr tragische Fälle. Oft sind es nicht verheiratete junge Mütter, und wir wollen ja gerade verhindern, dass solche Frauen aus wirtschaftlichen Gründen gezwungen werden, ihre Schwangerschaft abzubrechen.
Die Bestimmung war für uns wichtig; Sie erinnern sich an die Argumentation gegen die Mutterschaftsversicherung. Diese Bestimmung ist auch irgendwie ein Ersatz für das fehlende Versicherungsobligatorium. Es ist mir klar, dass diese Bestimmung im Gegensatz steht zum Versicherungsprinzip, wonach der Versicherte auch eine Prämie leisten muss. Aber ich darf Sie darauf hinweisen, dass nicht die Kassen diese Leistungen erbringen, sondern dass sie ihnen vom Bund voll und ganz ersetzt werden.
Es dürfte sich nach unserer Berechnung um jährlich etwa 1500 Fälle handeln. So kommen wir auf einen Betrag von ungefähr 3 Millionen Franken. Mit wenigen Mitteln können Sie eine sozial bedeutsame Wirkung erzielen. Ich bitte Sie daher, diesem Antrag zuzustimmen.

Abstimmung – Vote

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

Art. 14bis Abs. 1
Antrag der Kommission

Mehrheit
Titel
VII. Kostenbeteiligung

Text
Die Kassen sind verpflichtet, den Versicherten im Krankheitsfall eine Kostenbeteiligung in Form eines festen Jahresbetrags (Jahresfranchise) und eines prozentualen Selbstbehalts aufzuerlegen. Die Kostenbeteiligung ist für beide Geschlechter gleich. Der Selbstbehalt beträgt bis zu einem jährlichen Höchstbetrag 20 Prozent der die Jahresfranchise übersteigenden Krankenpflegekosten. Für Kinder gilt die Hälfte der Jahresfranchise und des Höchstbetrages. Der Bundesrat setzt die Jahresfranchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes fest. Er kann diese Beträge nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten abstufen und passt sie periodisch der Lohn- und Preisentwicklung sowie der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung an.

Minderheit
(Vannay, Borel, Bratschi, Gloor, Neukomm, Zehnder)
... Höchstbetrag 10 Prozent ...

Antrag Wick
(Text der Mehrheit)
... Kostenentwicklung in der Krankenversicherung an. Die Kostenbeteiligung für Kinder einer Familie, welche bei der gleichen Kasse versichert sind, darf insgesamt den vom Bundesrat festgesetzten Höchstbetrag der Kostenbeteiligung eines Erwachsenen nicht überschreiten.

Art. 14bis al. 1
Proposition de la commission

Majorité
Titre
VII. Participation aux frais

Texte
Les caisses sont tenues d'imposer aux assurés, par cas de maladie, une participation aux frais sous forme d'un montant fixe par année (franchise annuelle) et d'une quote-part en pour-cent. La participation aux frais est la même pour les deux sexes. La quote-part s'élève, jusqu'à concurrence d'un montant maximal par année, à 20 pour cent des frais médico-pharmaceutiques dépassant la franchise annuelle. Pour les enfants, le montant de la franchise annuelle et le montant maximal annuel de la quote-part sont réduits de moitié. Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise annuelle de même que le montant maximal de la quote-part. Il peut échelonner ces montants d'après la capacité financière des assurés et il les adapte périodiquement à l'évolution des salaires et des prix ainsi qu'à l'évolution des coûts de l'assurance-maladie.

Minorité
(Vannay, Borel, Bratschi, Gloor, Neukomm, Zehnder)
..., à 10 pour cent...

Proposition Wick
(Version de la majorité)
... de l'assurance-maladie. La participation totale aux frais ne saurait excéder, pour les enfants d'une famille assurés auprès de la même caisse, la participation maximale fixée par le Conseil fédéral pour les assurés adultes.

Art. 14bis Abs. 2
Antrag der Kommission

Ingress
Keine Kostenbeteiligung darf erhoben werden:

Bst. a
Mehrheit
Streichen

Minderheit
(Vannay, Borel, Bratschi, Gloor, Neukomm, Zehnder)
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Bst. abis
Minderheit
(Vannay, Borel, Bratschi, Gloor, Neukomm, Zehnder)
abis. von Kindern;

Art. 14bis al. 2

Proposition de la commission

Préambule

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Let. a

Majorité

Biffer

Minorité

(Vannay, Borel, Bratschi, Gloor, Neukomm, Zehnder)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Let. abis

Minorité

(Vannay, Borel, Bratschi, Gloor, Neukomm, Zehnder)

abis. De la part des enfants;

Mme **Vannay:** L'article 14bis est sans doute l'un des plus importants pour les assurés et surtout pour les malades. Je dirai même que c'est ici que l'heure de vérité va sonner.
En fait, dans toutes les délibérations, tant au sein de la commission que dans ce conseil, on a abondamment parlé d'économies, comme s'il fallait à tout prix en réaliser. Je ne suis pas de celles qui pensent que l'on dépense trop pour la santé, mais je suis sûre que l'on dépense mal, voire très mal. Lorsque l'on parle d'économies, encore faudrait-il s'entendre sur les mots. Si économies veut dire «l'ordre dans la maison» comme au sens primitif, le but est raté. Si économies veut dire «dépenser moins», il est encore raté. Enfin, si économies veut dire «dépenser moins pour les caisses ou la Confédération», en faisant payer davantage aux assurés et aux malades, je crains bien que ce ne soit réussi.
Aussi, je vous demande de bien vouloir quitter certains verres «déformants» qui font croire que tout le monde peut davantage participer à ces frais de santé et de maladie! Les cotisations n'ont cessé d'augmenter ces dernières années et continueront de le faire si rien de sérieux n'est entrepris pour modifier le système et le mode de financement. On sait que des assurés âgés, des familles, ne peuvent plus payer les cotisations et que ce sont parfois les communes ou des associations de bienfaisance qui prennent le relais. Dans bien des cas, les communes préfèrent payer les cotisations plutôt que d'accorder l'assistance publique.
On sait aussi que le nombre d'assurés varie avec le revenu et la catégorie socio-professionnelle. C'est ainsi qu'une enquête du Mouvement populaire des familles, intitulée «Comment vivent-ils?», publiée en 1979 et portant sur les conditions et habitudes de vie des ménages salariés, démontrait que les cadres sont mieux assurés que les ouvriers et les employés, et que ces derniers sont aussi le moins souvent, membres d'une caisse de retraite. Les familles à petits revenus ne peuvent pas contracter une assurance dentaire. En ce qui concerne l'assurance-vie, le déséquilibre est aussi très grand, et même dans l'assurance-maladie, le pourcentage n'est pas le même, inférieur bien sûr dans les catégories de revenus les plus bas. Dès lors, les premières difficultés de santé peuvent, dans bien des cas, devenir dramatiques pour toute la famille. Faut-il vraiment, aujourd'hui, envisager d'aggraver encore la situation des malades en mettant à leur charge une part importante des factures?
L'alinéa 1er de cet article 14bis prévoit une franchise annuelle au lieu d'une franchise trimestrielle, comme c'est maintenant le cas. Pourtant, rien n'a prouvé que l'introduction de la franchise avait sur le malade l'effet dissuasif qu'on lui prêtait. Seulement, en la rendant annuelle au lieu de trimestrielle, on l'augmente, et la personne qui ne sera malade qu'une fois durant une année, paiera davantage.
Ce 1er alinéa prévoit encore la fixation de la quote-part de l'assuré aux frais médicaux et pharmaceutiques, à raison de 20 pour cent, au lieu de 10 comme jusqu'à présent. Cette quote-part devra être ajoutée à la franchise annuelle et jusqu'à un montant à fixer par le Conseil fédéral. Même si le gouvernement peut, mais ne doit pas – la nuance est d'importance – échelonner ces montants d'après la capacité financière des assurés, nous estimons que ce n'est pas une bonne solution et nous vous prions d'en rester au statu quo, soit à une participation de 10 pour cent aux frais médicaux et pharmaceutiques.
Pour nombre de malades, la situation deviendrait trop lourde. Je pense surtout aux rentiers AVS AI qui n'ont qu'une rente minimale, voire une rente ordinaire, et aucune caisse de retraite. Je pense aussi aux familles dont le revenu est parfois inférieur à 2000 francs par mois – il en existe encore – et à celles, plus nombreuses, dont le revenu est inférieur à 3000 francs par mois. Etant donné qu'il n'y a pas beaucoup de représentants de ces familles dans la salle, je ne m'illusionne pas sur le sort que vous ferez à ma proposition, vu votre capacité à vous mettre à la place des autres! N'aggravons donc pas la situation et restons-en à une quote-part de 10 pour cent.
La troisième aggravation de la situation matérielle du malade se trouve à l'alinéa 2, lettre *a*. Et là j'insiste aussi, car la proposition qui consiste à demander une participation aux frais de guérison, en cas de séjour dans un établissement hospitalier – idée machiavélique – provient de la majorité de la commission et non pas du Conseil fédéral. Notre gouvernement prévoyait expressément de n'exiger aucune participation pour le traitement durant le séjour à l'hôpital, ce qui est d'ailleurs le cas actuellement. Je ne parle ici que des frais pour les soins et non pas des frais hôteliers, puisque, dans certains cantons, on demande déjà aux malades de subvenir à une partie des frais de pension et que le Conseil fédéral prévoit également, à l'article 22sexies nouveau, l'obligation pour l'assuré de prendre en charge un forfait pour frais de pension, ce qui représente encore une nouvelle dégradation de la situation du malade.
Le dépliant n'indique pas très clairement notre proposition. En fait, nous vous demandons qu'au chiffre 2 de cet article 14bis vous mainteniez la version du Conseil fédéral, soit la lettre *a*. De plus, nous vous prions d'ajouter une lettre *abis* ainsi conçue: «exclure les enfants de la participation aux frais». Cette proposition avait été acceptée par la majorité de la commission en première lecture. Malheureusement, elle s'est ressaisie entre les deux lectures et, effrayée par tant d'audace, a changé d'avis. Peut-être pourriez-vous, vous aussi, encore une fois vous ressaisir et faire le petit pas qui serait le bienvenu pour de nombreuses familles?

Wick: Mein Vorschlag geht bedeutend weniger weit. Ich muss Sie bitten, den gesamten Text vielleicht noch einmal durchzulesen, damit Sie sehen, worum es wirklich geht. Der Satz, den ich vorschlage, ist eine Weiterführung des Textes von Absatz 1 der Mehrheit. Ich will Ihnen sagen, worum es mir geht. Ich muss dazu etwas ausholen.
Sie haben letzthin die Statistiken über die Kinderzahlen in der Schweiz gesehen. Damit ein Volk eine kontinuierliche Entwicklung und eine demographisch ausgewogene Struktur hat, braucht es 2,1 Kinder pro Familie. Die Schweiz ist bereits bedeutend darunter. Wenn Sie die Extremkantone betrachten – ich bin leider wieder einmal in einem Extremkanton –, dann haben wir in Basel auf der einen Seite mit durchschnittlich noch ungefähr 0,95 Kinder, Appenzell Innerrhoden auf der anderen Seite hat 2,38 Kinder. Sie sehen, sogar im kinderreichsten Kanton der Schweiz sind wir nur knapp über diesen 2,1 Kindern pro Familie, die wir brauchen, um einen kontinuierlichen Fortbestand unserer Bevölkerung zu sichern, dies auch im Hinblick auf die Arbeitskräfte und das Aufbringen der Renten. Wenn Sie dann schauen, wie die Kinderzahlen verteilt sind, stellt man immer wieder das gleiche fest: Bei sehr einkommensschwachen, sehr armen Bevölkerungsschichten hat es relativ viele Kinder. Warum das? Zusätzliche Kinder sind zusätzliche Empfänger von Sozialbeiträgen, um es einmal so zu sagen. Auf der anderen Seite, bei sehr reichen Familien, gibt es auch wieder mehr Kinder. Warum das? Selbstverständlich, weil sie es sich leisten können. Offensichtlich kann man sich

in mittelständischen Verhältnissen – ich würde doch annehmen, dass ein grosser Teil von Ihnen dazu gehört – Kinder nicht mehr leisten. Hier ist nun so ein Punkt, wo wir ein kleines bisschen dazu beitragen können, ohne die Sozialversicherung über Gebühr zu strapazieren, dass nicht schon wieder die Familien mit etwas mehr Kindern ungebührlich belastet werden. Ich war nicht in der Kommission, aber ich weiss, dass es in der Kommission abgelehnt wurde, für Kinder – wie es hiess – Gratismedizin zu betreiben. Deswegen habe ich auch nicht den Vorschlag gemacht, sämtliche Kostenbeteiligung bei den Kindern zu streichen. Ich kann mir vorstellen, dass vielleicht einmal eine gewisse Bremse für irgendeine kleine Gruppe durchaus nützlich wäre, wobei Sie ja selber wissen, dass das auch nur theoretisch ist. Sie alle als Eltern sind bedeutend ängstlicher, wenn es um Ihre Kinder geht, als wenn es um Sie selber geht.
Bei diesem Vorschlag, den ich Ihnen mache, geht es darum, wenn nun bei einer kinderreichen Familie einmal vermehrt Krankheiten auftreten, dass der Höchstbetrag der Kostenbeteiligung begrenzt wird. Nur zwei Kinder haben den vollen Betrag, also die Hälfte des Erwachsenenbetrages zu bezahlen, so wie dies im Text der Mehrheit vorgesehen wird. Der komplizierte Text, den Sie hier sehen, entspricht also genau der Logik des Gesetzes; dort werden ja auch das dritte und weitere Kinder von den Prämien befreit.
Denken Sie daran: es sind genau die Familien, die keine Beteiligungen und Sozialbeiträge mehr bekommen, die hier allenfalls, eben wenn sie mehrere Kinder haben, davon profitieren.
Zum Schluss möchte ich nur noch einmal betonen: Diese Familien sind so selten, dass sie sozialversicherungstechnisch überhaupt nicht ins Gewicht fallen. Für diese Familien fallen aber diese Beträge tatsächlich ins Gewicht. Für eine fünfköpfige Familie, die den vollen Beitrag zahlen muss, bedeutet dies pro Jahr 1000 Franken zusätzliche Ausgaben. Nach meinem Vorschlag würde sich dieser Betrag auf 400 Franken reduzieren.
Ich bitte Sie, folgen Sie meinem Antrag.

Schüle: Die Frage stellt sich uns, wie weit das Sofortprogramm die Kostenexplosion im Gesundheitswesen überhaupt zu dämpfen vermag. Wenn wir hier, bei der Kostenbeteiligung der Versicherten, gemäss Minderheit Vannay zu Absatz 1 und Absatz 2 entscheiden, dann brechen wir ein wesentliches Element der Kostendämpfung heraus. Die Kommission beantragt mit guten Gründen, die Versicherten verstärkt an den Kosten zu beteiligen und auch die Kinder nicht vom Selbstbehalt auszunehmen. Nur so erreichen wir, dass die medizinischen Leistungen etwas zurückhaltender in Anspruch genommen werden. Der sozialen Komponente wird ja dadurch Rechnung getragen, dass vom Bundesrat ein Höchstbetrag der jährlichen Kostenbeteiligung festgelegt wird. Es sind vom Bundesrat in diesem Zusammenhang einmal 400 Franken als Maximalbetrag genannt worden. Hier gilt es zu beurteilen, was zumutbar, sozial verantwortbar ist. Den Chronischkranken wird dadurch entgegengekommen, dass – anders als heute – neu eine Jahresfranchise festgelegt wird. Für die Kinder gelten jeweils hälftige Beträge bei Franchise und Maximum der Kostenbeteiligung. Die Kommission unterbreitet zur Kostenbeteiligung der Versicherten damit einen sinnvollen, auch sozialen Vorschlag, der zur Kostendämpfung beiträgt. Lehnen Sie daher die beiden Anträge von Madame Vannay ab, den Selbstbehalt auf 10 Prozent zu begrenzen, also zu halbieren, und die Kinder ganz davon auszunehmen.
Formell wäre noch darauf hinzuweisen, dass der Antrag Vannay zu Absatz 2 mit Absatz 1 nicht übereinstimmen würde, weil dort gesagt wird: «Für Kinder gilt die Hälfte der Jahresfranchise und des Höchstbetrages.» Wir hätten ja nach diesem Antrag gar keinen Höchstbetrag mehr.
Lehnen Sie also beide Anträge von Frau Vannay ab.

M. **Carobbio:** J'apporte le soutien de mon groupe à la proposition de minorité Vannay concernant l'article 14bis, 1er et 2^{e} alinéas, lettres *a* et *a*^{bis}.

Lors du débat d'entrée en matière, on nous a dit que l'un des objectifs de ce programme d'urgence était la recherche de la limitation de l'explosion des coûts de la maladie. Sur ce principe, nous sommes d'accord et convaincus qu'il est nécessaire de faire quelque chose dans cette direction. Mais, contrairement à ce que vient d'affirmer M. Schüle, j'ai l'impression que la solution principalement choisie par la commission veut résoudre le problème de l'explosion des coûts de la maladie par une participation supplémentaire du patient. En réalité, l'article 14bis en discussion a pour but – personne ne peut le nier – d'introduire une pénalisation accrue à charge des malades et des assurés. On prétend que cette proposition devrait servir à «responsabiliser» le patient. Permettez-moi d'exprimer quelques doutes quant à la réussite, dans ce domaine, si l'on n'envisage pas – dans ce programme, on le fait très peu – des mesures destinées à «responsabiliser» notamment les médecins.
De toute façon, il y a d'autres raisons qui justifient le refus de la proposition de la majorité. On les trouve dans les motivations que le message du Conseil fédéral expose à propos du projet initial de l'article 14bis. Il est dit que l'expérience faite avec la franchise a montré qu'elle n'a pas réduit le nombre de ces cas. Par conséquent, le Conseil fédéral a préféré une autre solution. Or, la commission, en laissant tomber cette dernière, reprend pratiquement l'introduction de la franchise en l'augmentant et de plus elle maintient – et c'est là l'aspect le plus contestable – la suggestion du Conseil fédéral visant à élever le taux de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques à 20 pour cent. En outre, comme si cela n'était pas suffisant, elle propose de biffer, à l'article 14bis, 2^{e} alinéa, lettre *a*, de façon à étendre cette participation également aux cas de séjour dans un établissement hospitalier. Alors, il est évident qu'une telle mesure va surtout pénaliser les assurés aux revenus modestes. De toute façon, je suis persuadé que cela ne «responsabilisera» pas plus les profiteurs d'assurances. Je ne crois pas que l'on puisse résoudre les problèmes concernant les abus – certes ils existent et il faut les combattre – avec des mesures générales pénalisant ceux qui ont véritablement besoin de l'assurance-maladie.
Pour toutes ces raisons, je vous invite à soutenir les propositions de la minorité Vannay.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Diese Geschichte muss man etwas anders betrachten, als es bis jetzt geschehen ist. Man hat nämlich eine Sparkonferenz einberufen, und diese hat zahlreiche Vorschläge zum Kosteneinsparen gemacht. So wurde unter anderem vorgeschlagen, das Bonus-Malus-System einzuführen, d. h. derjenige, der nie krank wird, zahlt niedrigere Prämien, und der, der krank wird, zahlt dann – wie bei der Autoversicherung, wenn er einen Unfall hat – die höheren Prämien. Es wurde ebenfalls vorgeschlagen, den Selbstbehalt nicht nur bei Spitalaufenthalt, sondern auch für Kinder und bei Mutterschaft einzuführen.
Ferner wurde vorgeschlagen, für alle Leistungen den Selbstbehalt zu verlangen. Es wurde auch eine Jahresfranchise vorgeschlagen. Die Kommission hat sich in mehreren Sitzungen mit diesem Problem auseinandergesetzt. Erfreulicherweise kann ich feststellen, dass sie das Bonus-Malus-System einstimmig abgelehnt hat. Es wurden auch grosse Diskussionen darüber geführt, wer diesen Selbstbehalt einziehen soll und wann das zu geschehen habe.
Wir haben uns dann in der Kommission verständigt, eine Jahresfranchise einzuführen, deren Höhe festzulegen in der Kompetenz des Bundesrates liegt. Ebenfalls in der Kompetenz des Bundesrates liegt die Begrenzung des Selbstbehaltes nach oben. Wir wollten aber vom Bundesrat wissen, wie er diese Höhen unter den heutigen Umständen festlegen würde. Der Bundesrat hat uns zugesichert, dass, wenn das Gesetz jetzt in Kraft treten würde, die Jahresfranchise 100 Franken, der Selbstbehalt und die Franchise zusammen maximal 400 Franken betragen würden. Der Selbstbehalt von 20 Prozent beträgt maximal 300 Franken; zusammen mit der Franchise ergibt dies pro Jahr 400 Franken.
Nun möchte ich auf einen Irrtum aufmerksam machen, der

immer wieder vorkommt: Es ist richtig, dass mit dieser Selbstbehalt- und Franchiseregelung viele Leute mehr bezahlen müssen; das trifft zu und ist nicht zu bestreiten. Man rechnet mit etwa 300 Millionen Mehreinnahmen für die Krankenversicherung. Aber falsch ist, dass alle Leute mehr bezahlen müssen. Wir haben in der Kommission Eingaben gehabt von Gesundheitsorganisationen, von Elternvereinigungen usw., die uns auf dieses Problem aufmerksam gemacht haben. Es gibt heute schon Kranke, die mit dem Selbstbehalt von 10 Prozent auf Jahresauslagen von weit über 1000 Franken kommen.
Hier gibt es dann eine Verbilligung, trotz des höheren Selbstbehaltes. Das würde – immer nach Ansicht der Kommission – bedeuten, dass die leichteren Erkrankungen teurer würden, und die schwereren Erkrankungen würden billiger. Hier stellt sich die Frage, ob das sinnvoll ist. Soll man die schweren Erkrankungen verbilligen und die leichte Erkrankung verteuern? Bei den Kindern hat man sich auf 50 Prozent dieser Summen geeinigt. Bei der Mutterschaft hat man sich darüber geeinigt, dass bei allem, was im Gesetz als dazugehörend betrachtet wird, sei es bei der Geburt, bei den Kontrolluntersuchungen usw., kein Selbstbehalt besteht.
Man muss sich ganz klar darüber sein, dass IV- und AHV-Rentner, die nur – wie immer wieder gesagt wird – die Minimalrenten beziehen, von dieser Teuerung praktisch nicht betroffen werden. Es ist falsch zu sagen, sie könnten es nicht mehr bezahlen. Diese Leute können ihre Krankheitskosten bis zu 10 000 Franken im Jahr über die Ergänzungsleistungen geltend machen. Die Ergänzungsleistungen sind im Bundesrecht verankert und müssen in allen Kantonen gewährt werden; es besteht ein Rechtsanspruch darauf. Schlimmer ist es bei den kinderreichen Familien.
Man muss das Problem also differenzierter betrachten. Ferner weise ich darauf hin, dass der Selbstbehalt auf die Heilanstalten ausgedehnt wurde. Das ist zu Absatz 2a bereits mitbegründet worden.
Hier war die Kommissionsmehrheit der Meinung, dass bei einer Erhöhung des Selbstbehaltes bei ambulanter Behandlung auf 20 Prozent ein Zwang geschaffen würde, bei den Spitälern ebenfalls einen Selbstbehalt einzuführen. Es könnte sich sonst Herr Günters Prognose bewahrheiten: Wenn im Spital kein Selbstbehalt besteht, zu Hause aber Franchise und Selbstbehalt bezahlt werden müssen, wird das Spital vermehrt beansprucht werden. Das möchte die Kommissionsmehrheit verhindern. Darum diese Regelung, die übrigens auch von der Sparkonferenz vorgeschlagen wurde.
Der Selbstbehalt des Spitals wird aber bei der Gesamtsumme von 400 Franken inklusive Franchise angerechnet; das muss auch berücksichtigt werden. Bei den heutigen Spitaltarifen sind 400 Franken rasch erreicht. Wenn ich ungefähr 200 Franken Kosten annehme, sind 20 Prozent im Tag 40 Franken; nach zehn Tagen Spitalaufenthalt sind die 400 Franken bereits abgegolten, und dann sind Spital und ambulante Behandlung für den Rest des Jahres gratis; das muss auch berücksichtigt werden.
Die Kommissionsmehrheit hat den Antrag, die Jahresfranchise wie geschildert und den Selbstbehalt auf 20 Prozent zu erhöhen, mit 20 zu 6 Stimmen angenommen; den Selbstbehalt bei Aufenthalt in Heilanstalten einzuführen mit 19 zu 6 Stimmen und die 50 Prozent für die Kinder mit 15 zu 1 Stimme. Die Kommission ist also mit grosser Mehrheit für diese Neuregelung.
Was die Tarife in den Spitälern anbetrifft, werde ich später darauf zurückkommen.

M. **Dupont**, rapporteur: Mme Vannay prête bien peu de cœur à un certain nombre d'entre nous et plus, elle pense que nous ne sommes pas à même de comprendre les problèmes qui sont posés à une partie de notre population modeste, elle pense surtout que nous sommes indifférents à ces problèmes. Je dirais que ce n'est pas «fair» – comme on le dit en anglais – mais aussi que c'est injuste parce qu'il y a peut-être plusieurs moyens d'approcher ce problème et de veiller à défendre les intérêts de toutes les couches de la population. Ce n'est pas seulement la voie, en l'espèce, de la minorité qui mène à la meilleure solution. D'ailleurs vous dites vous-même, Madame Vannay, que l'on dépense trop peut-être mais mal. Dès lors, à partir de cette situation, on peut estimer que la proposition de la majorité et du Conseil fédéral veut précisément, à part la volonté de diminuer le coût de la santé publique, faire un contrôle plus sévère et plus sérieux sur les secteurs médicaux et hospitaliers. Un certain nombre de mesures qui sont contenues tout au long de ce chapitre, quant aux améliorations possibles de l'assurance-maladie, permettent de distribuer ou d'encaisser différemment une participation des assurés.
En effet, la majorité de la commission fait confiance au Conseil fédéral pour utiliser la partie de cet article qui permet de régulariser la capacité financière de chacun, selon les revenus, la forme de participation et surtout le montant de cette participation. Je crois que l'on pourra parfaitement tenir compte de l'intérêt des revenus modestes. Quant aux rentiers AVS, bénéficiant des rentes minimales, le président l'a dit, les prestations complémentaires permettent déjà aujourd'hui de prendre en charge la quasi totalité des frais médicaux et pharmaceutiques et souvent même, c'est le cas actuellement, la quasi totalité des cotisations à l'assurance-maladie.
Pour toutes ces raisons, bien que comprenant qu'il peut y avoir des cas d'espèce encore au travers d'une loi – on ne peut jamais tout régler – je pense que la proposition est acceptable. Il faut bien chercher une voie pour essayer de comprimer – je l'ai dit dans le débat d'entrée en matière – d'arrêter en tout cas la progression de ces coûts de la santé publique. Nous verrons si la voie choisie est bonne mais, de toute façon, on ne peut se passer d'un effort supplémentaire de la part des assurés.
Je vous propose donc de rejeter la proposition de la minorité présentée par Mme Vannay.
Quant à la proposition faite par M. Wick, elle n'a pas été discutée en séance de commission. Je m'exprimerai à titre personnel pour dire que je la soutiens et que je ne m'y oppose pas au nom de la commission.

Egli-Winterthur: Ich habe vergessen, zum Antrag von Herrn Wick Stellung zu nehmen. Ich entschuldige mich dafür. Es wurde richtig gesagt, dass wir dieses Problem in der Kommission behandelt haben. Wir sind eigentlich darüber gestolpert, dass wir keine vernünftige Formulierung gefunden haben. Man muss die Formulierung von Herrn Wick genau lesen, bis man merkt, dass sie richtig ist.
In der Kommission sind wir davon ausgegangen – wir hatten eine ähnliche Formulierung –, dass man das nicht tun kann. Wenn der Vater in einer Betriebskrankenversicherung ist, der eine Sohn in einer anderen Betriebskrankenversicherung und die Familie aufgeteilt ist, dann ist das administrativ nicht zu behandeln. Aber wenn ich jetzt den Antrag von Herrn Wick richtig lese, steht da nur, dass die Kinder in der gleichen Versicherung sein müssen. Und es ist natürlich relativ einfach möglich, drei oder vier Kinder in der gleichen Krankenversicherung zu versichern; dann kann die Kasse auch die Kontrolle führen. Wenn das so zu verstehen ist, könnte ich persönlich ja sagen.
Ich kann dies aber nicht im Namen der Kommission tun, weil die Kommission seinerzeit diesen Vorschlag fallengelassen hat. Persönlich würde ich ja sagen, bedeutet es doch, dass dort geholfen wird, wo es in der Regel am nötigsten ist. Wirtschaftlich wird mit einer solchen Regelung am besten geholfen.

Bundesrat **Egli**: Der Bundesrat schliesst sich dem Antrag der Kommission an. Dabei ist zu bemerken, dass diese Kumulation von Franchise und Selbstbehalt einer Empfehlung der Sparkommission entspricht. Auch die Erhöhung des Selbstbehaltes auf 20 Prozent entspricht diesen Empfehlungen.
Diese Erhöhung und diese Kumulation sind sozialpolitisch durchaus verantwortbar, wenn wir berücksichtigen, dass wir eine maximale Limite von jährlich 400 Franken für Franchise

und Selbstbehalt zusammen vorsehen. Was hingegen bisher etwas zu wenig zum Ausdruck gekommen ist, ist folgendes: Man behauptet immer wieder, dass die Kostenbeteiligung nichts anderes sei als eine Verlagerung von Kosten von der Kasse auf das Kassenmitglied. Ich muss dem energisch widersprechen. Die Kostenbeteiligung soll erzieherisch wirken und das Kassenmitglied kostenbewusster machen. Man will damit erreichen, dass der Versicherte nicht bei jeder Bagatelle medizinische Leistungen in Anspruch nimmt. Diese Wirkung muss neben der Wirkung der Kostenverlagerung gesehen werden.
Was den Antrag Wick anbelangt, ist folgendes zu sagen: Ich glaube, dass dieser Antrag die weise Mitte einhält zwischen dem Antrag der Kommission im kommenden Absatz und dem Antrag von Frau Vannay, welche die Kinder überhaupt vom Selbstbehalt ausnehmen möchte. Ich möchte daher dem Antrag Wick nicht opponieren.

Präsident: Ich schlage Ihnen folgendes Abstimmungsverfahren vor: Zuerst stellen wir den Mehrheitsantrag dem Zusatzantrag von Herrn Wick gegenüber, nachher das Resultat dieser Abstimmung dem Minderheitsantrag.

Abstimmung – Vote
Eventuell – A titre préliminaire
Für den Antrag Wick offensichtliche Mehrheit

Definitiv – Définitivement
Für den Antrag der Mehrheit/Wick 75 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit 40 Stimmen

Abs. 2 Bst. a – Al. 2 let. a

Entscheid siehe Seite 1372 hiernach
Décision voir page 1372 ci-après

Abs. 2 Bst. abis – Al. 2 let. a^{bis}

Präsident: Der Antrag der Minderheit zu Buchstabe abis, vertreten durch Frau Vannay, ist bereits begründet und von den Kommissionssprechern behandelt worden.

Abstimmung – Vote
Für den Antrag der Minderheit 40 Stimmen
Dagegen 69 Stimmen

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

Schluss der Sitzung um 19.15 Uhr
La séance est levée à 19 h 15

Vierzehnte Sitzung – Quatorzième séance

Donnerstag, 4. Oktober 1984, Vormittag
Jeudi 4 octobre 1984, matin
8.00 h

Vorsitz – Présidence: M. Gautier

Le président: Je me fais un plaisir de souhaiter à M. Egli, conseiller fédéral, un heureux soixantième anniversaire. La date exacte de cet anniversaire est le 8 octobre, mais c'est aujourd'hui qu'on le célèbre. Au nom de l'Assemblée fédérale, je présente à M. Egli nos vœux les meilleurs. *(Applaudissements)*

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision
Assurance-maladie. Révision partielle

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 1347 hiervor – Voir page 1347 ci-devant

Art. 14bis Abs. 2 Bst. a
Art. 14[bis] al. 2 let. a

Fortsetzung – Suite

Le président: En ce qui concerne l'objet que nous allons reprendre, je vous signale que hier, en fin d'après-midi, nous avons oublié une votation, à laquelle nous allons d'ailleurs procéder. Il s'agit, à l'article 14[bis], 2[e] alinéa, lettre *a*, d'une proposition de Mme Vannay demandant – cela ne ressort pas clairement du dépliant – de se rallier au Conseil fédéral et de maintenir la lettre *a* relative à la suppression de la participation aux frais dans un établissement hospitalier.
La majorité de la commission vous propose de biffer cette lettre *a*.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit (Vannay)	37 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	66 Stimmen

Art. 14bis Abs. 3
Antrag der Kommission
Der Bundesrat kann für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen. Er kann für Dauerbehandlungen sowie für Behandlungen schwerer übertragbarer Krankheiten die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben.

Antrag Neukomm
. . . oder aufheben. Er bezeichnet die von der Kostenbeteiligung ausgenommenen Vorsorgeuntersuchungen und Kontrollmassnahmen im einzelnen.

Art. 14bis al. 3
Proposition de la commission
Le Conseil fédéral peut prévoir une participation aux frais plus élevée pour des prestations déterminées. Il peut réduire ou supprimer la participation aux frais pour des traitements prolongés ainsi que pour le traitement de maladies graves et transmissibles.

Proposition Neukomm
... et transmissibles. Il désigne les divers examens préventifs et mesures de contrôle qui ne sont pas soumis à la participation aux frais.

Neukomm: Die Förderung der Präventivmedizin – und damit auch der Kontrolluntersuchungen – ist sinnvoll und notwendig. Die Befreiung der Vorsorgeuntersuchungen und Kontrollmassnahmen von der Kostenbeteiligung ist aus volksgesundheitlichen Gründen absolut am Platz. In der Praxis wird diese Befreiung jedoch sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Ärzten und Patienten zu endlosen Diskussionen führen, wenn nicht festgelegt ist, was darunter zu verstehen ist. Klare Definitionen sind auch im Interesse der Prämienzahler unerlässlich, um ein grenzenloses Angebot der Ärzte einzudämmen. Wenn mich ein Arzt einen Monat nach der Erkrankung nochmals für eine Nachuntersuchung bestellt, ist das nun eine Kontrollmassnahme oder nicht? Wenn sich eine Person beim Arzt erkundigt, ob ihm Ferien auf 1200 oder 1800 Meter über Meer noch zuträglich sind oder nicht, ist die Untersuchung des Arztes in diesem Fall eine Vorsorgeuntersuchung ohne Kostenbeteiligung oder nicht? Grauzonen können überall zu unliebsamen Diskussionen und Auseinandersetzungen führen, gerade auch hier. Nach Artikel 12 Absatz 5 kann der Bundesrat die Leistungen der Krankenpflegeversicherung näher bezeichnen. Das ist erstens eine Kann-Bestimmung und bürgt zweitens nicht dafür, dass die Vorsorgeuntersuchungen und Kontrollmassnahmen so umschrieben werden, dass bei der praktischen Durchführung der Kostenbeteiligungsregelung keine Probleme entstehen. Präventivmassnahmen sind für die Kosteneindämmung und besonders für die Lebensqualität von derart grosser Bedeutung, dass genaue Bestimmungen angebracht sind.
Es scheint mir deshalb richtig, dass der Bundesrat verpflichtet wird, die Vorsorgeuntersuchungen und Kontrollmassnahmen präzis in einem Katalog zu bezeichnen, so dass alle Beteiligten wissen, woran sie sich zu halten haben. Das dient dem Arzt, den Kassen und vor allem den Patienten.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Diesen Artikel muss man in einen Zusammenhang mit Artikel 12 Absatz 1 Ziffer 4 stellen. Dort heisst es ganz klar, was die Leistungen der Krankenpflegeversicherung mindestens zu umfassen haben, nämlich «bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Entdeckung von Krankheiten sowie vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind».
Der Bundesrat kann nun gemäss Absatz 3 in gewissen Fällen die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben. Es gibt ja im heutigen Gesetz die Bestimmung, dass Tb-Untersuchungen gratis sind und durchgeführt werden sollen, wenn jemand Tb gehabt hat. Das will der Bundesrat in der Verordnung festlegen. Ein anderes Beispiel: Es besteht die Gefahr, dass mit dem heutigen Tourismus plötzlich neue Infektionskrankheiten auftauchen. Diese können bei Vorsorgeuntersuchungen relativ rasch festgestellt werden. Damit wird Geld gespart und unter Umständen eine schwere Erkrankung verhindert. Hier will der Bundesrat eben auch beweglich sein.
Wenn ich nun den Antrag von Herrn Neukomm richtig interpretiere, will er, dass bei solchen Kontrolluntersuchungen vom Patienten unter Umständen der Selbstbehalt verlangt werden kann, dies im Gegensatz zur Formulierung des Bundesrates, der für die bezeichneten Kontrolluntersuchungen keinen Selbstbehalt verlangen will, weil es für Patient und Krankenkasse günstiger ist, wenn diese Kontrolluntersuchungen stattfinden. Dieser Antrag wurde in der Kommission meines Wissens nicht behandelt, und persönlich würde ich eher empfehlen, den Antrag von Herrn Neukomm abzulehnen.

M. **Dupont**, rapporteur: L'article 12, 4[e] alinéa, stipule de façon précise que les caisses-maladie doivent prendre en charge les examens destinés à détecter à temps les mala-

dies ainsi que les mesures préventives prises en faveur d'assurés particulièrement menacés.
Le principe de cette prise en charge est contenu également à l'article 14bis que voudrait modifier M. Neukomm. En effet, cet article donne au Conseil fédéral toute latitude en vue d'augmenter, dans certains cas, la participation aux frais pour des prestations déterminées et aussi de réduire ou de supprimer la participation aux frais pour des traitements prolongés ainsi que pour le traitement de maladies graves et transmissibles.
Le Conseil fédéral dispose donc d'une certaine marge de manœuvre pour l'appréciation des cas en ce qui concerne cette participation aux frais. Il pourra, dans une ordonnance, décider de l'opportunité de réduire ou de supprimer la participation, ce qui nous paraît être une juste mesure.
Par conséquent, je vous propose de laisser tel quel l'alinéa 3 et de rejeter la proposition présentée par M. Neukomm.

Bundesrat **Egli:** Der Bundesrat schliesst sich der Kommission an.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Neukomm	35 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	72 Stimmen

Art. 14bis Abs. 4

Antrag der Kommission

Die Kassen können eine Versicherung mit wählbarer Jahresfranchise anbieten, die den Selbstbehalt einschliesst und höher ist als die Kostenbeteiligung nach Absatz 1. Die Kassen haben die Kosten dieser Versicherungsart in ihrer Rechnung gesondert zu erfassen. Die Prämie ist angemessen zu reduzieren. Der Bundesrat legt die Mindest- und Höchstbeträge der wählbaren Jahresfranchise fest. Die Kassen regeln den Wechsel von der einen Art der Kostenbeteiligung zur andern; sie dürfen den Übertritt in die Versicherung mit der Kostenbeteiligung nach Absatz 1 bis zu fünf Jahren aufschieben.

Antrag Mascarin

Streichen

Art. 14bis al. 4

Proposition de la commission

Les caisses peuvent donner à leurs membres la possibilité de conclure une assurance avec une franchise annuelle à choix, qui inclut la quote-part et qui est plus élevée que la participation aux frais au sens du 1er alinéa. Les caisses doivent indiquer séparément dans leurs comptes le coût de ce genre d'assurance. La prime doit être réduite en conséquence. Le Conseil fédéral fixe le montant minimal respectivement maximal de la franchise annuelle à choix. Les caisses réglementent le passage d'un mode de participation aux frais à l'autre; elles peuvent imposer jusqu'à un délai de cinq ans pour le passage dans l'assurance avec une participation aux frais au sens du 1er alinéa.

Proposition Mascarin

Biffer

Frau **Mascarin:** Ich beantrage Ihnen, Absatz 4 zu streichen. In Absatz 4 kommt ein neues Strukturelement in die Krankenpflegeversicherung hinein, und zwar ein Strukturelement mit sehr weitgehenden Konsequenzen. Sie haben bis jetzt alle neuen Strukturelemente abgelehnt, so auch das Obligatorium, das unseres Erachtens positiv gewesen wäre. In diesem Fall ist das neue Element unseres Erachtens negativ. Wenn Sie den Absatz 4 annehmen, schaffen Sie für vermögende Leute eine eigene Krankenpflegeversicherung, und dies im Rahmen der sogenannt sozialen Krankenversicherung. Diese Leute können dann Versicherungen mit frei wählbarer Jahresfranchise abschliessen, die die in der Verordnung festgelegten 400 Franken übersteigt, nur um niedrigere Prämien als der Durchschnittsbürger zahlen zu müssen. Nicht nur vermögende Leute, sondern auch junge Leute mit kleinen Krankheitsrisiken werden diesen Weg ergreifen. Ich denke insbesondere an junge Männer, die in einem krisensicheren Dienstleistungsbetrieb angestellt sind und einen relativ komfortablen Monatslohn beziehen.
Wenn Sie dieses neue Strukturelement annehmen, wird es in der Zukunft nicht nur Männerkrankenkassen geben – wie wir sie heute schon durch die Kollektivverträge kennen – und daneben die allgemeinen Krankenkassen mit Frauen, alten Leuten und weniger guten Krankheitsrisiken, sondern wir werden in Zukunft ein eigentliches Zweiklassenversicherungssystem innerhalb der sozialen Krankenversicherung haben.
Ich nehme an, dass die Kommissionssprecher diese Massnahme als kostendämpfend anpreisen werden. Davon bin ich überhaupt nicht überzeugt. Wenn jemand dann schon über 400 Franken zahlt, dann wird er auch alles verlangen. Er wird dann sich nicht mehr mit einer einfachen Röntgenaufnahme begnügen, sondern er will dann eben die Serienuntersuchung usw. Es ist überhaupt nicht erwiesen, dass eine derartige Massnahme kostendämpfend sein wird. Ich bezweifle das wirklich. Ich nehme vielmehr an, dass ein derartiges neues Strukturelement die Krankenkassen befähigen soll, mit der Privatassekuranz besser konkurrieren zu können. Ich meine aber, dass diese Art von Konkurrenzbefähigung schliesslich der sozialen Krankenversicherung für alle das Wasser abgraben wird, weil eben die vermögenden Leute und jene mit guten Risiken aussteigen und nur noch niedrige Prämien zahlen werden, so dass am Schluss die soziale Krankenversicherung eine Art Lumpensammlerinstitution sein wird.
Ich bitte Sie also, diesen Absatz 4 zu streichen. Er gehört auf jeden Fall nicht in ein Sofortprogramm.

Allenspach: Im Gegensatz zu Frau Mascarin möchte ich Sie bitten, diesen Absatz 4 zu belassen. Damit wollte die Kommission ein Element der Flexibilität in die Krankenversicherung hineintragen. Sie wollte es den Krankenkassen ermöglichen, weitere und neue Versicherungsformen anzubieten, die den Bedürfnissen der Versicherten, den Patienten, entsprechen. Ich bitte Sie, zu berücksichtigen, dass die Krankenkassen nicht verpflichtet sind, diese neuen Formen anzubieten; sie können es tun, und sie werden von dieser Erlaubnis dann Gebrauch machen, wenn diesbezügliche Bedürfnisse der Versicherten bestehen. Ansonsten werden sie diese Formen auch nicht anbieten. Bestehen aber solche Bedürfnisse, sollte das Gesetz so flexibel sein, dass ihnen Rechnung getragen werden kann.
Mit Absatz 4 ermöglichen wir den Versicherten, ein höheres Mass an Eigenverantwortung zu übernehmen. Wir sprechen immer wieder davon, dass auch der einzelne einen Teil der Verantwortung tragen soll. Durch die Streichung von Absatz 4 würden Sie aber verhindern, dass dem einzelnen ermöglicht wird, diese Eigenverantwortung zu tragen. Sie würden es verunmöglichen, dass jener, der bewusst gesund leben will, der bewusst die Kassen nicht beanspruchen will, seine Versicherung in anderen Formen abschliessen kann. Ich bin überzeugt, dass diese flexiblen Formen zur Kostendämpfung beitragen. Wenn ein höherer Selbstbehalt vereinbart werden kann, werden bedeutend weniger Bagatellfälle über die Krankenkassen abgewickelt werden.
In diesem Sinne bitte ich Sie, den Antrag von Frau Mascarin abzulehnen. Wenn er durchkäme, wäre die Folge, dass mehr und mehr Versicherte von den Krankenkassen zur Privatversicherung abwanderten. Das ist nicht der Sinn dieses Gesetzes!

Wick: Ich möchte dazu nur folgendes festhalten: Es handelt sich hier nicht um etwas Soziales oder Asoziales, sondern um etwas Versicherungsmathematisches. Höhere Franchisen, höhere Kostenbeteiligung des Versicherten generell, bewirken kleinere Prämien; das wird Ihnen jeder Versicherungsmathematiker ausrechnen können. Nachdem das andere Kassen, die nicht offizielle Krankenkassen sind, machen können, müssen wir diese Möglichkeit den offiziel-

len Krankenkassen auch zugestehen, sonst sitzen sie im Konkurrenzkampf um den Versicherten (den gibt es nämlich auch) am kürzeren Hebelarm, und das ist dann asozial, weil dann eben gewisse Leute sich nicht mehr hier versichern werden. Damit leisten sie den Solidaritätsbeitrag, der auch hier noch vorhanden ist, nicht mehr.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Diese Neuregelung mit höheren Franchisen ist nicht nur eine Idee des Bundesrates und der Kommission gewesen, sondern diese Idee kam auch aus der Sparkonferenz. Die Sparkonferenz hat diesen Vorschlag in ihren Papieren ebenfalls aufgenommen und dargelegt, dass für die Kassen nicht nur rein medizinische Kosten gespart werden, sondern – weil gerade bei unbedeutenden Krankheiten relativ hohe Verwaltungskosten entstehen – mit solchen Franchise-Regelungen auch im administrativen Bereich einiges eingespart werden kann.
Ich möchte nicht wiederholen, was Herr Wick gesagt hat. Es entspricht vollständig auch der Meinung der Kommission. Entscheidend bei dieser Regelung ist, dass – wenn jemand krank wird – er nicht einfach in die andere Abteilung der Kasse wechseln kann, sondern er dann auch die Folgen seiner höheren Franchise – die er vereinbart hat – tragen muss. Wir haben ja im Gesetz ganz bewusst festgelegt, dass die Kassen Übergangsfristen von bis zu fünf Jahren für den Wechsel von höherer Franchise zu niedrigerer festlegen können, damit die «Schlaumeier» keinen Missbrauch treiben können.
Wenn ich mich richtig erinnere, hat die Kommission dieser Regelung zugestimmt, und ich möchte Sie bitten, dies auch zu tun.

M. **Dupont,** rapporteur: A la demande des caisses-maladie publiques et de divers intéressés, cet alinéa 4 permettant de s'assurer avec des franchises plus larges figurait déjà dans le message du Conseil fédéral. Il s'agit donc, en premier lieu, comme l'a souligné M. Wick, d'accorder les mêmes possibilités d'action à la caisse-maladie officielle qu'aux assurances privées, qui pratiquent aujourd'hui couramment ce mode d'assurance; ce qui rétablit un certain équilibre, à moins que l'on veuille voir disparaître les caisses publiques. Les caisses-maladie privées semblent avoir fait une expérience concluante, estimant que les frais se réduisent lorsque les franchises sont supérieures à celles prévues par la loi. Il n'est pas possible d'affirmer aujourd'hui à Mme Mascarin que cette pratique entraînera véritablement des réductions. C'est à l'usage que nous pourrons le constater. Mais il semble que l'expérience qui a été faite dans le domaine privé permette de croire que cela aura aussi des effets positifs dans le domaine de l'assurance publique. C'est la raison pour laquelle nous vous demandons de rejeter la proposition de Mme Mascarin.

Bundesrat **Egli:** Auch ich ersuche Sie meinerseits, dem Antrag der Kommission zuzustimmen. Es handelt sich um ein wesentliches Element zur Kosteneindämmung. Sie können diese Zustimmung um so bedenkenloser geben, als es sich ja um eine freiwillige Regelung handelt, freiwillig sowohl für die Kasse wie auch für das Kassenmitglied.
Ich bitte um Zustimmung.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Mascarin	32 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	105 Stimmen

Art. 14bis Abs. 5
Antrag der Kommission
Die für die Krankenversicherungsleistungen massgebenden Tarife gelten auch für die von den Versicherten im Rahmen der Kostenbeteiligung zu übernehmenden Leistungen.

Art. 14bis al. 5
Proposition de la commission
Les tarifs applicables pour les prestations de l'assurance-maladie s'appliquent aussi pour les prestations à prendre en charge par les assurés, dans le cadre de la participation aux frais.

Angenommen – Adopté

Art. 16 Abs. 3 (neu)
Antrag der Kommission
Die Kassen sind befugt, mit Ärzten Verträge abzuschliessen, in welchen ein Beitrittsrecht anderer Ärzte ausgeschlossen wird, wenn im Tätigkeitsgebiet der Kasse gleichzeitig mindestens eine zusätzliche Tarifordnung besteht, für die das Beitrittsrecht der Ärzte im Sinne von Absatz 1 gilt.

Art. 16 al. 3 (nouveau)
Proposition de la commission
Les caisses peuvent passer avec des médecins des conventions qui excluent l'adhésion d'autres médecins, s'il existe au moins simultanément, dans le champ d'activité de la caisse, un régime tarifaire complémentaire, auquel les médecins peuvent adhérer au sens du 1er alinéa.

Angenommen – Adopté

Art. 18 Abs. 1
Antrag der Kommission

Die Kassen bestellen nach Anhören der kantonalen Ärztegesellschaften Vertrauensärzte, insbesondere zur Kontrolle der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung. Artikel 24 ist sinngemäss anwendbar, wenn ein einzelner Arzt oder eine Ärzteorganisation das Recht eines Arztes bestreitet, als Vertrauensarzt einer Kasse tätig zu sein.

Antrag Hegg
Die Kassen bestellen im Einvernehmen mit den kantonalen Ärztegesellschaften Vertrauensärzte, insbesondere ....

Art. 18 al. 1
Proposition de la commission
Sur préavis des sociétés médicales cantonales, les caisses désignent des médecins, chargés notamment de vérifier si les traitements sont appropriés et économiques. Lorsqu'un médecin ou une organisation de médecins conteste le droit d'un médecin d'exercer la fonction de médecin-conseil d'une caisse, l'article 24 est applicable par analogie.

Proposition Hegg
Les caisses désignent, en accord avec les sociétés médicales cantonales, des médecins-conseils chargés notamment ...

Hegg: Wie immer rede ich hier offen und sage Ihnen, dass das ein Anliegen der Ärztegesellschaften ist. Das Anliegen erscheint mir aber vernünftig, und deshalb habe ich es in meinem Antrag übernommen. Es geht darum, dass bei der Ernennung von Vertrauensärzten der Kassen auch das Vertrauen der Ärztegesellschaften in die Person des Ernannten vorhanden ist. Deshalb wählte ich die Formulierung «im Einvernehmen mit» statt nur «nach Anhörung».
Es ist eine gut schweizerische Tradition, die Sozialpartnerschaft zu pflegen. Es scheint mir, dass es sich auch hier um ein Anliegen einer Sozialpartnerschaft handelt. Es ist undenkbar, dass die Institution des Vertrauensarztes gut funktionieren kann, wenn der Arzt das Vertrauen der betreffenden Ärztegesellschaft nicht geniesst. Die Ärztegesellschaften sind demokratisch organisiert, und so ist auch nicht anzunehmen, dass eine Person ohne vernünftige Gründe von einer solchen Gesellschaft als Vertrauensarzt abgelehnt werden könnte.

Zehnder: Es ist befremdend, dass die Ärzteschaft nicht zu ihrem Wort steht. In harten Verhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen, die leider nicht unter den Titel «Sozialpartnerschaft» gestellt werden können und an denen

unser Ratspräsident, Herr Gautier, der Kommissionspräsident, Herr Eggli, Frau Segmüller und der Sprechende teilgenommen haben, ist aus dem kurzen Artikel 18 nach Vorschlag des Bundesrates die detaillierte Regelung gemäss Kommissionsantrag geworden. Die Ärzte haben dabei auf die Notwendigkeit des Einverständnisses der Ärztegesellschaft bei der Bestellung von Vertrauensärzten verzichtet und die loyale Offerte der Krankenkassen angenommen, Artikel 24 für anwendbar zu erklären.
Wenn eine Ärztegesellschaft, eine Verbandsklage notabene, einen Vertrauensarzt nicht oder nicht mehr zu dieser Tätigkeit zulassen will, kann sie beim Schiedsgericht klagen. Nun wollen die Ärzte den Fünfer und das Weggli. Die Klagemöglichkeit behalten sie, und das Vetorecht soll ihnen zusätzlich gegeben werden. Zwischen Einverständnis und Einvernehmen besteht letztlich kein Unterschied. In beiden Fällen droht dem Vertrauensarzt, der sich nicht wohlverhält, neben dem beruflichen Ausschluss auch noch der Ausschluss aus der FMH und damit der Verlust des Titels FMH. Er ist beruflich ruiniert; deshalb wird es sich ein nur im Einvernehmen mit der Ärztegesellschaft bestellter Vertrauensarzt zehnmal überlegen, wie intensiv er die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung überprüfen will. Die Krankenkassen sind indessen zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und zur Bestellung von Vertrauensärzten von Gesetzes wegen ebenso verpflichtet wie die Ärzte zur Kooperation mit den Vertrauensärzten.
Die Kommissionsfassung verpflichtet die Kassen zur Anhörung, und damit ist auch dokumentiert, dass diese nicht nur zwangsweise an der Meinung der Ärztegesellschaften interessiert sind, sondern selbst beachten werden, dass sie Vertrauensärzte engagieren, die geachtet und anerkannt sind und somit auch respektiert werden.
Wenn ich anfangs gesagt habe, ich sei befremdet, so auch deshalb, weil ich eine schriftliche Stellungnahme des Zentralvorstandes der FMH zur Teilrevision der Krankenversicherung in den Händen halte. Hier heisst es: «Die neue Definition der Funktion des Vertrauensarztes in Artikel 18 stellt einen hart ausgehandelten Kompromiss zwischen der FMH und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen dar, zu dem der ZV nach wie vor steht.» Zwei Seiten weiter, im gleichen Papier, wird allerdings dann unter den verschiedenen Anträgen, welche die FMH zuhanden ihrer Interessenvertreter wahrscheinlich herausgegeben hat, unter Wichtigkeitsstufe «dringend» aufgeführt: «Den Artikel 18 (Vertrauensärzte) sollte man wieder korrigieren.» Dies schlägt Herr Hegg vor.
Also vorne wird geschrieben «Wir stehen zu diesem gemeinsam erarbeiteten Artikel», und zwei Seiten weiter hinten beantragt man eine Korrektur. Das ist nicht gerade eine feine Art.
Ich bitte Sie deshalb, diesem Antrag Hegg nicht zuzustimmen, sondern der Kommissionsfassung beizupflichten.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Wenn man diese Diskussion zwischen einem Vertreter der Ärzte und einem Vertreter der Krankenversicherung angehört hat, bekommt man eine ganz leise Ahnung von den bestehenden Interessengegensätzen. Wenn Herr Hegg erklärt, Sozialpartnergespräche könne man nicht so führen, dass die eine Seite – in diesem Fall die Krankenkassen – über den Kopf der Ärzte hinweg den Vertrauensarzt bestimmen können, dann möchte ich Ihnen gleichzeitig sagen, dass es keine Sozialpartnergespräche sind, wenn die eine Seite einfach nein sagen kann. Wenn sie es so versteht, möchte ich das ihrem Beruf zuschreiben.
Es heisst «im Einvernehmen». Im Normalfall wird es keiner Krankenkasse einfallen, einen Vertrauensarzt zu bestimmen, bei dem sie feststellt, dass die kantonale Ärztegesellschaft ihn mit allen Mitteln ablehnt. Das wäre ja ein Blödsinn. Aber es kann der Ärztegesellschaft einfallen, wenn in einem Konfliktfall ein Vertrauensarzt gewählt werden muss, einfach nein zu sagen zu jedem Arzt, der ihr nicht genehm erscheint, obwohl ihn die Krankenkasse designieren möchte, und das wollen auch wir verhindern. Dazu kommt, dass die Kassen sowieso Schwierigkeiten haben, Vertrauensärzte zu finden.
Die Subkommission hat eine ganztägige Sitzung abgehalten. Für mich war es die schlimmste Subkommissionssitzung, die ich zu leiten hatte, mit Beteiligung der Ärzte, der Krankenkassenvertreter und der Vertreter des Bundesamtes. Im Laufe dieses Nachmittags kam es zu einer Verständigungslösung, der alle Anwesenden – die Vertreter der Krankenkassen, der Ärztegesellschaft, des Bundesamtes und wir vier Nationalräte – zustimmen konnten. Diese mühsam in einer Art Sozialpartnergespräch erarbeitete Lösung sollte nicht wieder torpediert werden. Ich glaube, dies würde auch den Ärzten schlecht anstehen.
Ich beantrage Ihnen daher, auch im Namen der Kommission, den Antrag von Herrn Hegg abzulehnen.
Ich habe noch vergessen zu sagen, dass die zentralisierten Krankenkassen sowieso Schwierigkeiten haben mit den Vertrauensärzten, deren Zuständigkeit über die Kantonsgrenze hinausgeht. Dort ist vorgesehen, dass nur die kantonale Ärztegesellschaft am Sitz der Krankenkasse zuständig ist.

M. **Dupont**, rapporteur: L'article 18 que la commission vous soumet est proposé sur préavis des sociétés médicales. C'est déjà une large amélioration par rapport au texte existant et proposé par le Conseil fédéral, puisqu'après entretien avec les sociétés médicales, les médecins sont associés aux caisses-maladie.
Celles-ci ont la possibilité de préaviser pour qu'elles puissent désigner les médecins chargés de vérifier si les traitements sont appropriés et économiques.
M. Hegg demande d'aller plus loin et que cette désignation se fasse non seulement sur préavis mais en accord. Nous estimons que l'on enlève là la possibilité de choix aux caisses-maladie qui ont la charge de véritablement gérer les cotisations qui sont versées par des membres et accorder des prestations. Nous estimons que les sociétés médicales, à travers M. Hegg, ont des exigences qui sont disproportionnées. Nous vous proposons d'en rester à la version de la majorité de la commission et du Conseil fédéral et de rejeter la proposition de M. Hegg.

Bundesrat **Egli:** Bitte behandeln Sie diesen Vorschlag der Kommission, dem sich auch der Bundesrat anschliesst, wie ein rohes Ei. Er ist nämlich das delikate Ergebnis von harten Verhandlungen – wie Sie gehört haben –, und wenn Sie nur ein Jota daran ändern, dann brüskieren Sie eine der beiden Parteien.
Bitte stimmen Sie der Kommission zu.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Hegg	Minderheit
Für den Antrag der Kommission	offensichtliche Mehrheit

Art. 18 Abs. 2 und 3
Antrag der Kommission

Abs. 2

. . . Hebammen, medizinisch-therapeutisches Personal, Personen der spitalexternen Krankenpflege, Laboratorien . . .

Abs. 3

Die Vertrauensärzte geben den zuständigen Verwaltungsstellen der Kassen diejenigen Angaben weiter, die insbesondere für die Anbringung eines Vorbehaltes, die Festsetzung der Leistungen oder die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung notwendig sind. Bei der Berichterstattung an die Kasse wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der Bekanntgabe sowie die Stellung der Vertrauensärzte der Kassen, sofern sich die eidgenössischen Dachverbände der Ärzte und Kassen hierüber nicht einigen können.

Art. 18 al. 2 et 3
Proposition de la commission

Al. 2

... le personnel paramédical, le personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital, les laboratoires...

Al. 3

Les médecins-conseils transmettent aux services administratifs compétents de la caisse les indications dont cette dernière a besoin, notamment pour imposer une réserve, fixer ses prestations ou vérifier si le traitement est économique. En communiquant ces renseignements à la caisse, ils respectent les droits de la personnalité des assurés. Le Conseil fédéral fixe les modalités de détail concernant cette communication et règle le statut des médecins-conseils des caisses au cas où les associations faîtières suisses de médecins et des caisses ne pourraient parvenir à un accord à ce sujet.

Angenommen – Adopté

Art. 19bis Abs. 1

Antrag der Kommission

... von Kranken dienen, ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten, über das erforderliche ...

Antrag Reimann

Nach Entwurf des Bundesrates

Art. 19bis al. 1

Proposition de la commission

... hospitalier de malades, garantissent une assistance médicale suffisante et disposent...

Proposition Reimann

Selon projet du Conseil fédéral

Reimann: In Artikel 19bis geht es um die Wahl und die Definition der Heilanstalten und auch um die Kostenübernahme. Ich habe zu Absatz 1 und zu Absatz 5 je einen Antrag gestellt und erlaube mir, weil es bei beiden um die Definition der Heilanstalten geht, diese gemeinsam zu begründen.
In Absatz 1 sagt der Bundesrat, dass Anstalten und Abteilungen von solchen, welche unter dauernder ärztlicher Leitung stehen, als Heilanstalten im Sinne dieses Gesetzes gelten. Anstelle von «dauernder ärztlicher Leitung» schlägt die Kommission vor: «ausreichende ärztliche Betreuung». Mit dem Erfordernis einer bloss ausreichenden ärztlichen Betreuung wird jedes umfunktionierte Hotel, jedes Pflegeheim und jede Luxusklinik mit lediglich kommerzieller Leitung verlangen können, in die Liste der Spitäler aufgenommen zu werden. Entsprechend werden auch die Kosten ansteigen. Die Spitalkosten bilden denn auch das Hauptproblem im Gesundheitswesen. Bundesrat und Kommission haben sich offensichtlich bemüht, dieses Problem in den Griff zu bekommen. Alle Bemühungen bleiben aber fruchtlos, wenn man nicht in der Lage ist, das Spital zu definieren. Ich bitte Sie deshalb, der präzisen und auch praktikablen Spitaldefinition des Bundesrates in Absatz 1 von Artikel 19bis den Vorrang zu geben.
In die gleiche Richtung geht mein Antrag zu Absatz 5. Die Kantone haben gemäss Absatz 5 eine nach Kategorien gegliederte Liste der Heilanstalten ihres Gebietes zu erstellen, gegenüber denen die Kassen bei einem Aufenthalt ihrer Versicherten leistungspflichtig werden. Es wäre nun wirklich wünschenswert, dass die Kantone diese Aufteilung in Kategorien nach einheitlichen Grundsätzen vornehmen würden. Es gibt nämlich keine plausible Begründung, warum in den einen Kantonen die Spitäler in vier Kategorien eingereiht werden müssen und in den anderen in fünf oder sechs Kategorien. Diese Vielfalt erschwert den Überblick und die Vergleichbarkeit bezüglich der Angemessenheit der Taxen und der Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung.
Ich beantrage Ihnen deshalb, durch den Bund festzulegen, was für Spitalkategorien gebildet werden können und nach welchen Kriterien die Zuordnung der Heilanstalten zu den einzelnen Kategorien zu erfolgen hat. Nur so lässt sich auch eine aussagekräftigte Statistik über die Spitalkosten erstellen.
Ich hoffe, dass diese notwendige Koordination, welche auch im Interesse der Kosteneindämmung liegt, nicht wieder am Widerstand der kantonalen Föderalisten scheitert. Mit Föderalismus hat das ohnehin nicht viel zu tun, und ich bin der Auffassung, dass die kantonalen Gesundheitsdirektoren doch nicht einfach um ihren Spitalbereich – jeder für sich – eine Mauer bauen können. Man muss auch berücksichtigen, dass die zentralen Krankenkassen in allen Kantonen tätig sind und auf eine etwas bessere Koordination im Spitaltaxenwesen angewiesen sind.
Ich bitte Sie deshalb, auch diesem Antrag zu Absatz 5 zuzustimmen.

Hösli: Ich spreche nicht zu den Absätzen 5, 6 und 7, ich spreche lediglich zu Absatz 1. Hier möchte Herr Kollege Reimann nach Entwurf des Bundesrates beschliessen, während die Kommission eine Änderung vorgenommen hat. Ich weise darauf hin: In der Fassung des Bundesrates heisst es, dass die Anstalt oder Abteilung «unter dauernder ärztlicher Leitung stehen muss». Die Kommission stellt fest, dass bei diesen Anstalten «ausreichende ärztliche Betreuung gewährleistet werden muss». Also der Unterschied ist der, ob wir sparen wollen oder nicht. Wir haben heute Chronischkrankenheime, welche keine eigentliche ärztliche Leitung haben. Es sind die Landärzte, die Hausärzte, die schon zu Hause die Leute betreut haben, die in das Heim gehen und dort amten. Wenn wir für diese Heime eine ärztliche Leitung verlangen, dann haben wir also bereits einen Chefarzt an der Spitze, und weil ja dieser Chefarzt nicht während 365 Tagen 24 Stunden lang arbeiten kann, braucht er mindestens zwei Stellvertreter. Nun haben wir schon drei teure Männer mehr. Diese teuren Männer brauchen dann Sekretärinnen und Gehilfinnen.
Ich bitte Sie also, bleiben Sie bei der Fassung der Kommission, die insgesamt für das Gesundheitswesen die kostengünstigere ist.

Zehnder: Auf das Votum von Herrn Hösli muss ich doch zurückkommen; denn er erklärt hier: Wenn wir Kosten einsparen wollen, dann müssen wir dem Artikel nach Fassung der Kommissionsmehrheit zustimmen. Dazu muss ich einfach sagen: Das stimmt nicht. Genau das Gegenteil ist der Fall. Überlegen Sie sich doch selbst: Der Unterschied liegt darin, wann ein Haus als Spital deklariert wird, entweder unter der Voraussetzung, unter dauernder ärztlicher Leitung zu stehen, oder unter der Voraussetzung, dass eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleistet ist. Wir haben die Situation an verschiedenen Orten, dass umgebaute Hotels und weiss Gott was alles zu Spitälern erklärt werden. Zu Spitälern! Das muss man sich einmal vorstellen! Es ist überhaupt nicht mehr notwendig, dass dieses oder jenes Voraussetzung ist, sondern es heisst einfach nur noch: «ausreichende ärztliche Betreuung». Das aber ist nicht ein Spital! Das ist der Unterschied, und deshalb bitte ich Sie, doch dem Antrag Reimann zuzustimmen und klare Verhältnisse zu schaffen.

Allenspach: Die Worte von Herrn Zehnder veranlassen mich, eine kurze Bemerkung anzubringen. Wir müssen uns klar sein, dass der Unterschied besteht zwischen «dauernd» und «ausreichend». Dauernd ist ein Zeitmoment. Ausreichend ist ein Qualitätsmoment. Es ist durchaus möglich, dass eine Heilanstalt unter dauernder ärztlicher Leitung und Betreuung steht, aber diese dauernde ärztliche Leitung und Betreuung dennoch nicht ausreichend ist. Für den Patienten ist es doch wichtig, dass die Betreuung ausreichend ist; für ihn ist das Qualitätsmoment entscheidend, und deshalb bitte ich Sie, den Antrag Reimann abzulehnen und der Kommission zuzustimmen.

Günter: Das Problem hat zwei Seiten: Die eine Seite ist die, dass, wenn wir nur nach der Kommission gehen, wir tat-

sächlich eher in Richtung Privatspitäler gehen, von den staatlichen Spitälern weg. Das kann man missbrauchen. Man kann aber auch die andere Form missbrauchen.
Etwas sollte hier aber nicht untergehen: Wenn jemand in eine Heilanstalt, in ein Spital geht, dann ist er schwer krank. Wenn Sie in derartigen Fällen mehrere Patienten beieinander haben, dann müssen Sie mit ernsten Zwischenfällen rechnen: Herzstillständen, Lungenembolien und ähnlichem. Es ist eine Tatsache, dass, wenn dann kein Arzt im Spital ist, ein auswärtiger Arzt zu spät kommen würde. Wir sind hier in einem Dilemma: Es ist so, dass der Patient tatsächlich in der Regel gut versorgt ist, wenn er von seinem Hausarzt betreut wird, der aber nicht immer im Spital sein kann. Wenn aber ein ernster Zwischenfall eintritt, wäre es besser, wenn überhaupt ein Arzt da ist, auch ein fremder, der rasch handeln kann. Es besteht ein echter Zielkonflikt. Persönlich glaube ich, dass man für eine Heilanstalt, die wirklich ernstlich erkrankte Patienten pflegt, in irgendeiner Form eine dauernde ärztliche Präsenz verlangen sollte. Das kann in gewissen Bereichen Mehrkosten auslösen. Es wird aber auch die Zahl der Spitäler einschränken und kann damit zu einem Schrumpfen der Bettenzahl führen. Die Kostenfolgen können wir hier im Augenblick nicht überblicken. Es ist nicht möglich zu sagen, was teurer und was billiger kommen wird. Entscheidend ist, dass in Heilanstalten ständig ein Arzt präsent sein sollte, weil wir wissen, dass dort ernste Zwischenfälle, die Handeln innert Minuten erfordern, relativ häufig sind. Dies ist für die Patienten wichtig.

Reimann: Ich muss etwas richtigstellen in der Rede von Kollege Allenspach. Beim Antrag des Bundesrates geht es um eine dauernde ärztliche Leitung. Die Kommission schlägt lediglich eine genügende ärztliche Betreuung vor. Danach genügt es also schon, wenn Sie ein Hotel in ein Spital umfunktionieren wollen, dass im Dorf noch ein Arzt ist, der hin und wieder vorbeikommt. Und nun geht es um die Bezahlung: Wir möchten vermeiden, dass die Krankenkassen gegenüber einem solchen umfunktionierten Hotel zahlungspflichtig werden.

Frau **Segmüller:** Herr Reimann hat mich jetzt gereizt! *(Heiterkeit)* Ich muss hier schon die Privatspitäler verteidigen. Und wenn wir das im Raume Bern tun, dann haben wir um so mehr Grund dazu. Herr Reimann unterstellt – und auch Herr Günter hat das zum Teil getan –, dass erstens in den Spitälern, in denen kein ständiger Arzt ist, die medizinische Betreuung unter Umständen nicht ausreichend sei, ferner, dass man einfach so mir nichts dir nichts ein Hotel mit einem Arzt versehen und dann als Heilanstalt deklarieren könne. Ich glaube, Sie sehen diese ganze Sache zu einäugig.
Ich bitte Sie, den Zusammenhang zwischen Artikel 19bis Absatz 1 und 5 zu betrachten. Das ist ein Zwillingspaar, das gehört zusammen. Und dann wird Ihnen auch klar, dass die Fassung der Kommission, die ausreichende ärztliche Betreuung verlangt, vollkommen genügt. Mit der Fassung des Bundesrates behindern Sie die Privatspitäler, behindern Sie das Belegarztsystem. Damit erteilen Sie einem wichtigen Zweig der medizinischen Versorgung in unserem Land eine glatte Absage, oder Sie zwingen diese Leute, das Chefarztsystem einzuführen, das zu einer Verteuerung führt.
Auch im Interesse der freien Arztwahl sollten Sie Artikel 19bis in der Fassung der Kommission zustimmen. Dafür, dass damit keine Schindluderei getrieben wird, sorgt Absatz 5, nach welchem ja die Kantone die Kategorisierungsliste erstellen müssen.
Gleichzeitig möchte ich Ihnen empfehlen, den Antrag von Herrn Reimann abzulehnen, der verlangt, dass der Bundesrat diese Kategorisierung vornimmt. Das ist absolut unnötig! Die Kategorisierung beruht auf eigentlich heute schon anerkannten Kriterien. Das spielt in der Praxis schon, denn die Spitäler müssen gewisse Kriterien erfüllen, um für die Ausbildung der Spezialärzte, für die FMH-Ausbildung anerkannt zu werden. Diese Kriterien genügen. Es ist unnötig, dass wir hier einen Bundesvogt installieren.
Ich bitte Sie, bei der Fassung der Kommission zu bleiben.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Ich möchte feststellen, dass jetzt sechs Kommissionsmitglieder gesprochen haben. Ich gestatte mir nun doch, den Sinn der in der Kommission vorgenommenen Umformulierung dieser Bestimmung darzulegen.
Wir haben festgestellt, dass die heutige Bestimmung «unter dauernder ärztlicher Leitung stehen» immer wieder zu Diskussionen Anlass gibt. Was heisst das, «unter dauernder ärztlicher Leitung stehen»? Wir haben zum Beispiel in unserer Region ein Privatspital mit einem leitenden Arzt. Der leitende Arzt hat eine Privatpraxis. Wenn er frei hat, übernimmt einer der Belegärzte die Stellvertretung. Das Krankenhaus wird als Spital anerkannt, denn es steht unter ärztlicher Leitung, obwohl der leitende Arzt noch in seiner Privatpraxis tätig ist und nur alle Tage seinen Rundgang in der Privatklinik macht; die Belegärzte führen die entsprechenden Operationen selber aus.
Es gibt ähnliche Regelungen in der übrigen Schweiz. Wir wollten mit diesem Antrag der Kommission der Diskussion um die Frage ein Ende setzen, ob nun der als leitender Arzt Bezeichnete nur im Spital tätig sein darf oder auch noch eine Privatpraxis führen darf. Dies ist der Sinn der Formulierung, dass die dauernde ärztliche Betreuung gewährleistet sein müsse.
Im Grunde genommen könnte man nämlich sagen: Was in Artikel 19bis in der Fassung des Bundesrates formuliert ist, entspricht dem geltenden Gesetz. Beim Vorschlag der Kommission kommt es auf die Auslegung dieser Bestimmungen an. Wenn wir dem Antrag von Herrn Reimann zustimmen, ändert sich überhaupt nichts, sondern es bleibt so, wie es ist. Das wurde eben schon in der Kommission festgehalten. Es können weiterhin solche Beispiele angeführt werden.
Ich möchte den Antrag genau wie Frau Segmüller ebenfalls in Verbindung mit Absatz 5 sehen. Wenn das Spital nicht in dieser Liste der Heilanstalten enthalten ist, dann ist die Kasse eben auch nicht leistungspflichtig. Das ist der entscheidende Punkt bei der ganzen Angelegenheit.

M. **Dupont,** rapporteur: La proposition de M. Reimann tend à limiter le nombre d'hôpitaux; elle risque ainsi de toucher en particulier un certain nombre de cliniques privées – il ne faut pas le cacher. Tout dépend de l'interprétation qui est faite de «direction médicale permanente». Le texte qui est proposé par la commission parle d'une «assistance médicale appropriée». Je ne suis pas certain que cela entraîne une augmentation des frais de la santé, car, selon l'alinéa 5, les cantons gardent la compétence de classer par catégories les hôpitaux. Par conséquent, une clinique ou un hôpital qui ne répond pas aux critères souhaités ne peut pas figurer sur la liste des établissements; cette institution hospitalière ne pourra donc pas bénéficier des prestations de la caisse maladie. Pour cette raison, la majorité de la commission a estimé après une large discussion qu'il était plus clair et plus facile de conserver dans le texte «assistance médicale» plutôt que «direction médicale permanente». Cela comporte, il est vrai, certains risques, comme l'a montré M. Reimann. La commission ou plutôt les membres de la commission – car nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner encore une fois cette question; nous avons simplement abordé le problème, mais pas la proposition Reimann – vous proposent donc de rejeter cette proposition.

Bundesrat **Egli:** Der Bundesrat hat sich in den Kommissionsberatungen von seiner ursprünglichen Version gelöst und sich zur Version der Kommission durchgerungen. Die Gründe wurden Ihnen – teils von Herrn Eggli, teils von Frau Segmüller – dargelegt. Für mich persönlich kam noch ein weiterer Grund dazu. Im ursprünglichen Antrag des Bundesrates wird auf die Leitung des Spitals abgestellt, bei der Kommissionslösung hingegen auf die Betreuung. Man kann sich fragen, auf was der Patient mehr abstellt; auf die Leitung des Spitals oder auf die tatsächliche Betreuung.

Wenn man den Sinn dieses Wortes «Leitung» bedenkt, kommt man zum Schluss, dass die Leitung nicht unbedingt einer Medizinsperson anvertraut sein muss. Das Spital kann letzten Endes auch von einem Manager geleitet sein, und das geschieht tatsächlich auch. Oder es kann von Schwestern geleitet werden, wie das in privaten Kliniken geschieht. Aber die ärztliche Betreuung muss jedenfalls gewährleistet sein, auf diese wollen wir denn auch abstellen. Darum stimmt der Bundesrat dem Antrag der Kommission zu.
Was nun Absatz 5 anbelangt, Herr Reimann: Sie möchten, dass von Bundes wegen die Heilanstalten in verschiedene Kategorien eingeteilt würden. Dies hätte nur dann einen Sinn, wenn auch der Bund den verschiedenen Kategorien unterschiedliche Rechtsfolgen zuordnen würde, wie beispielsweise eine unterschiedliche Leistungspflicht. Dies ist indessen nicht der Fall. Hingegen kann es auf kantonaler Ebene durchaus sinnvoll sein, dass die Kantone ihre Spitäler in verschiedene Kategorien einteilen und eine dementsprechende unterschiedliche Kostendeckung oder unterschiedliche Tarife festsetzen.
Ich bitte Sie, auch bei Absatz 5 der Kommission zuzustimmen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Reimann	42 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	70 Stimmen

Art. 19bis Abs. 2–4

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 19bis al. 2–4

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 19bis Abs. 5

Antrag der Kommission

Die Kantone erstellen nach Anhören der Beteiligten eine nach Kategorien gegliederte Liste der Heilanstalten ihres Gebietes; nur bei Aufenthalt des Versicherten in einer Heilanstalt gemäss dieser Liste wird die Kasse leistungspflichtig.

Antrag Reimann

(Fassung der Kommission)

... die Kasse leistungspflichtig. Der Bundesrat umschreibt die einzelnen Heilanstaltskategorien und stellt Grundsätze für die Zuordnung der Heilanstalten zu den einzelnen Kategorien auf.

Antrag Sager

Streichen

Art. 19bis al. 5

Proposition de la commission

Les cantons dressent, après avoir consulté les intéressés, une liste des établissements hospitaliers situés sur leur territoire en les classant par catégories; les caisses doivent verser leurs prestations seulement si le séjour d'un assuré a eu lieu dans un établissement hospitalier, qui figure sur cette liste.

Proposition Reimann

(version de la commission)

... sur cette liste. Le Conseil fédéral définit les différentes catégories d'établissements hospitaliers et fixe les principes présidant à l'attribution desdits établissements aux diverses catégories.

Proposition Sager

Biffer

Sager: Der Antrag von Herrn Reimann zu Artikel 19bis Absatz 5 stellt eine Verbesserung dar gegenüber dem Antrag der Kommission. Noch besser wäre es, sowohl Absatz 5 wie Absatz 6 fallenzulassen, und zwar im Hinblick auf die grosse Bedeutung der Privatspitäler in unserem Gesundheitswesen. Die Fraktion der Schweizerischen Volkspartei ist einstimmig der Ansicht, dass das private Spital, das sehr weitgehend ohne öffentliche Unterstützung auskommt, ein notwendiges Korrelat zum öffentlichen Krankenhaus darstellt und nach wie vor seine Berechtigung hat. Im Gegensatz zu öffentlichen Spitälern, die aufgrund ihrer Ausmasse oft – und nicht immer zu unrecht – als Gesundheitsfabriken bezeichnet werden, ist in einem Privatspital eine individuelle Beziehung des Patienten zum Arzt und Pflegepersonal sichergestellt. Die freie Arztwahl bleibt gewährleistet. Dem Patienten wird im Privatspital sowohl unter physischen wie auch unter psychischen Aspekten volle Aufmerksamkeit gewidmet; das ist in öffentlichen Spitälern nicht immer möglich.
Der Streichungsantrag ist keineswegs etwa gegen die staatlichen Krankenhäuser gerichtet. Diese haben in unserem Gesundheitswesen eine selbstverständliche und unverzichtbare Bedeutung. Die Schweizerische Volkspartei ist jedoch der Auffassung, dass daneben das Privatspital, das nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen geführt wird, seinen Platz haben muss. Es übt eine Pilotfunktion sogar für das staatliche Spital aus. Es wahrt – gezwungenermassen – auf verschiedenen Ebenen die Proportionen. Im staatlichen Spital hat der Patient oft das Bild von unbeschränkt scheinenden Mitteln der öffentlichen Hand, was zu irrigen Vorstellungen über die Machbarkeit der Gesundheit führen kann; im Privatspital ist dies nicht der Fall. Es ist ein Ort, wo eine weitgehende Privatsphäre herrscht und die praktische Vernunft dominieren muss. All das ist nicht nur in einem menschlichen und medizinischen, sondern auch in einem staatspolitischen und wirtschaftlichen Sinn vernünftig. Auf die Rettung und Erhaltung solcher Einrichtungen ist unsere offene Gesellschaft angewiesen. So wird ein aktiver Beitrag zur Bekämpfung der zunehmenden Bürokratisierung, die auch unser Gesundheitswesen in gelegentlich erschreckendem Ausmass erfasst hat, geleistet. Damit ist keineswegs gesagt, dass die Fraktion der Schweizerischen Volkspartei vorbehaltlos allen Privatspitälern das Wort redet. Auch hier muss differenziert werden. Auswüchse, die unser ohnehin aufgeblähtes Gesundheitswesen belasten, sollten bekämpft werden. Im Visier stehen hier gewisse Privatkliniken der Luxusklasse sowie die ständig steigende Zahl von AMI-Kliniken.
Im besonderen zu Artikel 19bis Absatz 5: Durch diese Bestimmung wird das Recht auf freie Spitalwahl zwar nicht aufgehoben, aber möglicherweise einschränkbar. Obwohl die Voraussetzungen, die an den Begriff einer Heilanstalt geknüpft werden, in Absatz 1 erwähnt sind, wird der Begriff als solcher leider nirgends klar definiert. Es könnte bei der Erstellung der Listen unter ungünstigen Umständen gar willkürlich verfahren werden.
Absatz 6 des gleichen Artikels geht mit der vorgeschlagenen staatlichen Planung unserer Fraktion ebenfalls zu weit. Dies deshalb, weil sie einen weiteren, verfassungsmässig zweifelhaften Eingriff des Staates in die Handels- und Gewerbefreiheit darstellt. Planwirtschaft auf Kosten der Marktwirtschaft lehnen wir ab. Planwirtschaft hat im bisherigen schweizerischen Gesundheitswesen ab und zu doch auch Schiffbruch erlitten. So geht es nicht an, kantonale Fehlplanungen, wie etwa zuviele Akutbetten auf Kosten der Chronischkrankenbetten, jetzt zu Lasten der Handels- und Gewerbefreiheit zu korrigieren. Daran vermag auch das beim Bundesamt für Justiz eingeholte Gutachten zur Verfassungsmässigkeit des Artikels 19bis Absatz 6 nichts zu ändern. Denn abgesehen davon, dass die Frage des Eingriffs in die Handels- und Gewerbefreiheit in Lehre und Rechtsprechung nicht unumstritten ist, geht es hier primär um die politische Würdigung einer doch recht komplexen Materie.
Weiter ist zu beachten, dass mit dieser Bestimmung nur die kantonsinterne Planung erfasst wird. Eine interkantonale

Koordination findet nicht statt. Somit ist beispielsweise nicht sichergestellt, dass für grössere Anschaffungen die erforderliche Absprache unter den Kantonen erfolgt. Um das zu illustrieren, erwähne ich, dass zur Versorgung der gesamten Bevölkerung unseres Landes drei Nierensteinzertrümmerer notwendig sind: Nur eine interkantonale Koordination kann diese Aufgabe bewältigen.
Schliesslich ist es nicht möglich, mit dieser Bestimmung in Absatz 6 die AMI-Kliniken zu verdrängen. Es können höchstens die Krankenkassen von ihrer Leistungspflicht gegenüber dieser Art von Einrichtung entbunden werden. Dem gegenwärtigen Auftrieb im Bereich der AMI-Kliniken könnte unter Umständen dadurch begegnet werden, dass die öffentlichen Spitäler vermehrt Privatbetten anbieten und das Belegarztsystem fördern.
Eine gewisse Konkurrenz von privater Seite wirkt auf die öffentlichen Spitäler anspornend und ist deshalb zu begrüssen. Weil sie den Nachweis erbringen und erbringen müssen, dass Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mindestens teilweise möglich ist, sind Privatspitäler auch unbequem. Es wäre falsch, der Versuchung zu unterliegen, sie deshalb langsam auszuschalten.

Zehnder: Zu Absatz 5: Mit der Einteilung der Spitäler in Kategorien, die ja irgendwo aufgelistet sein müssen, soll mehr Kostentransparenz erreicht werden. Dieser Anlauf zur Kostendämpfung sollte also nicht vor dem Start bereits gestoppt werden. Ob die Beschränkung der Leistungspflicht auf die «Listenspitäler» sich ebenfalls kostendämmend auswirkt, hängt von der Definition der Heilanstalt ab. Ich bitte daher, den Absatz 5 so stehen zu lassen, wie die Kommission es beantragt, ihn aber zu ergänzen gemäss Antrag Reimann. Ich kann mir beim besten Willen nicht vorstellen, wie die Regelung kontrolliert, durchgeführt, vollzogen werden soll, wenn diese Kategorien nicht umschrieben sind und wenn vor allem die Zuordnung zu diesen einzelnen Kategorien nicht irgendwo festgehalten ist.
Zu Absatz 6: Als einziges Land Westeuropas lassen wir private Kliniken und private Grosstechnnologie im Medizinalwesen unbeschränkt zu und untergraben unsere mühsam zustande gebrachten Planungen im öffentlichen Bereich des Gesundheitswesens damit gleich selbst. Wenn kommerzielle Unternehmungen des Gesundheitswesens die Oase Schweiz entdeckt haben, nützt uns das Wehklagen über die kostentreibende Überversorgung nicht viel! Wir müssen vielmehr Gegensteuer geben und auch diese privaten Institutionen in die Planung einbeziehen. Wer über den Bedarf hinaus investiert, muss dann eben die Konsequenzen selbst tragen. Absatz 6 der Kommission vollbringt zwar noch keine Wunder, stellt aber einen Schritt in die richtige Richtung dar. An den Kantonen wird es dann liegen, Spitalversorgung und medizinische Grosstechnologie in einem vernünftigen Rahmen zu halten.
Die Kostenentwicklung zeigt, wohin eine schrankenlose Handels- und Gewerbefreiheit im Gesundheitswesen führt. Die krisensichere Industrie für Medizintechnik weist hemmunglos darauf hin, dass ihre Apparate in kürzester Zeit dank den Leistungen der Krankenversicherung wahre Goldgruben eröffnen. Ärzte sind auch nur Menschen. Die medizinische Grosstechnologie ist notwendig und vielfach lebensrettend. Sie darf aber nicht aus Amortisationsgründen Privater zum Konsumobjekt werden. Die Weiterführung dieser hemmunglosen Entwicklung ist volkswirtschaftlich untragbar, dies um so mehr, als sie das öffentliche Gesundheitswesen nutzlos konkurrenziert. Nachdem unter den privaten Anbietern im Gesundheitswesen kein marktwirtschaftlicher Wettbewerb besteht, sind Korrekturmassnahmen, wie sie Absatz 6 ermöglicht, unumgänglich geworden.
Ich führte letzte Woche für eine Tageszeitung ein Gespräch mit der obersten Leistung der AMI-Kliniken. Sie haben uns offen dargetan, dass in der nächsten Zeit von dieser Seite her in unserem Land zehn Spitäler errichtet werden sollen, mit insgesamt 1000 Betten. Sie können das im «Aargauer Tagblatt» nachlesen. Die haben das unumwunden zugegeben! Sie haben davon Kenntnis, dass vielerorts jetzt schon in unserem Land ein Überfluss an Akutspitalbetten besteht. Und nun werden noch mehr dazugebaut. Stellen Sie sich selbst vor, wohin das führt. Wenn Sie endlich etwas tun wollen in dieser Angelegenheit der Kosteneindämmung, dann dürfen Sie auf keinen Fall diesem Antrag Sager zustimmen!

Früh: Diese Formulierung in unserem Gesetzentwurf richtet sich gegen die sogenannten AMI-Kliniken, die auch in der Schweiz da und dort Fuss fassen. Gewinnstrebigkeit ist ihnen eigen. Vielleicht wirkt das stossend, weil ungewohnt, und man möchte ihnen deshalb ablehnend gegenübertreten. Vielleicht aber, und das scheint mir wahrscheinlicher zu sein, haben sie eine Marktlücke entdeckt. Ausländische Kliniken sind in unserem Land eine Realität. Unsere Handels- und Gewerbefreiheit einerseits und ein nicht zu erbringender Bedürfnisnachweis andererseits kommen den Bestrebungen entgegen. Regional unterschiedlich besteht ein Bedürfnis nach zusätzlichen Privatbetten. Ich begreife die Krankenkassen, dass sie nicht eitel Freude zu empfinden vermögen, denn sie haben in den vergangenen Jahren die einträglichen Privatpatientenversicherungen gepflegt und forciert. Heute stehen sie vor der Tatsache, dass diese privat versicherten Patienten eine entsprechende Spitalbehandlung verlangen. Diese Privatbetten scheinen oftmals zu fehlen.
Nun gibt es aber in der Schweiz nicht nur AMI-Kliniken. Jeder siebente Patient in der Schweiz sucht lieber ein Privatspital als ein öffentliches auf. Es gibt 87 Privatkliniken mit 10 000 Betten, die übrigens in der VESKA zusammengeschlossen sind. Es gibt Argumente, weshalb wir die Privatkliniken, die oft in Form von Stiftungen und Genossenschaften geführt werden, erhalten sollten: Freie Arztwahl, Belegsarztprinzip, Kontinuität in der ärztlichen Betreuung auch nach der Entlassung aus dem Spital, dann Überschaubarkeit, meist recht gute Hotellerie und betriebswirtschaftliche Führung nach privatwirtschaftlichen Grundsätzen.
Mit dieser Formulierung würde die Aufsichtsmöglichkeit verstärkt und damit, so glaube ich wenigstens, auch die Bürokratie. Im heutigen Zustand sind die sogenannten öffentlichen Spitäler praktisch ausschliesslich den Kantonen unterstellt. Das soll sogar nach dem Bundesverfassungsentwurf so bleiben. Das revidierte Gesetz sieht für die Kantone die verbindliche Planung zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung sowie für die Versorgung mit kostspieligen medizinisch-technischen Einrichtungen vor. Daraus geht eindeutig hervor, dass Kantone neu zu gründenden oder schon bestehenden Kliniken mit Boykott drohen können, auch wenn diese die Patientenbedürfnisse berücksichtigen.
Obwohl der Bundesrat in der Antwort auf die Motion Meyer-Bern schreibt, dass im Rahmen dieser Gesetzesrevision dem Bund gewisse Kompetenzen eingeräumt werden könnten, führt er weiter unten aus: «Das vom Motionär angesprochene Problem des Expansionsdrangs von privaten Spitalketten berührt aus der Sicht der Krankenversicherung indessen ausschliesslich die Zusatzversicherungen. Dieser Bereich wird heute aber weitgehend vom Grundsatz der Privatautonomie geprägt. Daran sollte unseres Erachtens grundsätzlich festgehalten werden.»
Wir befinden uns hier auf dem Gebiet der Marktwirtschaft. In der Eintretensdebatte wurde oft vom fehlenden Markt im ambulanten Bereich des Gesundheitswesens gesprochen. Mit diesen Planungsvorschriften begeben wir uns auf Glatteis. Wir heben nämlich auch hier noch die letzten Zeichen eines gewissen Marktes und Wettbewerbes auf. Statt mit Planungsvorschriften einzuengen, könnte man mit patientengerechten Angeboten die Möglichkeiten der öffentlichen Spitäler ausweiten.
Ich beantragte Ihnen, den Streichungsantrag von Herrn Sager zu unterstützen, und damit ich dann beim Artikel 21bis nicht nochmals sprechen muss, bitte ich Sie bereits jetzt, den Minderheitsantrag von Herrn Zehnder abzulehnen.

Pfund: Auch ich möchte Sie bitten, den Streichungsantrag

von Herrn Sager zu unterstützen. Mit Absatz 5 soll den Kantonen die Vergleichbarkeit der Spitalkosten und weitere Massnahmen zur Kostenkontrolle und mit Absatz 6 eine bedarfsgerechte Spitalplanung sowie die Koordination kostspieliger medizinisch-technischer Einrichtungen ermöglicht werden. Entgegen der lobenswerten Absicht wird aber mit den beiden Absätzen den Kantonen Tür und Tor weit geöffnet, um Spitalkategorien und Spitalplanung isoliert und auch unabhängig vom Angebot des Nachbarn nach eigenem Gutdünken zu betreiben.
Privatspitäler werden damit den Intentionen staatlich gelenkter Spitalpolitik ausgeliefert. Es besteht durchaus die Gefahr, dass vorweg zuerst die staatlichen oder vom Staat subventionierten Spitäler zuoberst auf die für die Kassenleistungen massgebliche Liste gesetzt werden. Mit dem allfälligen Nichtaufnehmen von bestehenden privaten Spitälern und Kliniken auf die Liste kann der Kanton diesen die finanzielle Grundlage entziehen, und so bequem ein allfällig vorhandenes und in der Regel von ihm verschuldetes Bettenüberangebot zu Lasten der Privatspitäler abzubauen versuchen. Eine solche Bettenüberangebots-Bereinigung ist nicht sinnvoll, um so weniger, als damit die in der Regel kostengünstiger als öffentliche Spitäler arbeitenden Privatspitäler getroffen werden.
Die 87 in der Schweizerischen Vereinigung der Privatkliniken zusammengefassten Betriebe verfügen derzeit über 13,4 Prozent der Betten aller in der VESKA vertretenen Krankenhäuser. Sie leisten aber mit diesen 13,4 Prozent Betten 15,5 Prozent und in der Geburtshilfe sogar 17 Prozent der stationären Behandlungen. Daraus ist ihre kostengünstigere Leistung pro Pflegetag klar ersichtlich.
In der Fassung von Absatz 5 und 6 kommt nicht zum Ausdruck, ob für bestehende, anerkannt gemeinnützige und kostengünstige private Krankenhäuser der Besitzstand gewahrt bleibt. Auch sind die Kriterien, nach welchen und ob überhaupt Privatspitäler in die zu Kassenleistungen berechtigende Liste aufgenommen werden, nicht klar festgelegt. Ihre Formulierung ist den Kantonen, nach Anhören unter anderem der Krankenkassen, überlassen. Damit wird die finanzielle Grundlage eines privaten Krankenhauses vom staatlichen und vom Kassen-Wohlwollen abhängig.
Die Absicht, mit den beiden Absätzen AMI- oder andere gewinnorientierte Kliniken zu verhindern und damit einen Beitrag an die Senkung der Gesamtkosten im Gesundheitswesen leisten zu wollen, ist an und für sich lobenswert, aber nicht ganz realistisch. Es geht von solchen Betrieben auch nicht – wie teilweise befürchtet wird – eine systemverändernde Bedrohung der schweizerischen Spitalszene aus. Im Gegenteil – Herr Sager hat es angetönt –: Durch das Vorhandensein kommerziell orientierter Betriebe sind die anderen nämlich gezwungen, ihr Strukturen laufend zu überdenken. Gelegentlich über sich selbst nachzudenken ist auch für die heutigen Spitalträger und -leitungen sicher nicht «gesundheitsschädigend».
Mit Absatz 5 und 6 machen wir einen weiteren Schritt in Richtung Planwirtschaft im Gesundheitswesen, oder zumindest ermöglichen wir diesen Weg. Belassen wir es bei der von Frau Segmüller erwähnten, bereits bestehenden Regelung.
In diesem Sinne bitte ich Sie, den Antrag Sager zu unterstützen und die beiden Absätze zu streichen.

Bratschi: Mit diesen Bestimmungen 5 und 6 befinden wir uns wieder einmal in der nicht gerade angenehmen Lage zwischen Skylla und Charybdis. Warum? Warum ist überhaupt diese Bestimmung aufgenommen worden? Ganz offensichtlich deshalb, weil wir doch eine Kostensenkung im Spitalwesen erreichen wollen. Es entspricht einer Tatsache, dass viele technische Apparate – ich erinnere an die Scanner und andere Apparate – in einem Übermass in der Schweiz vorhanden sind und diese grossen Kosten verursachen. Diese Kosten zahlen nun nicht die Spitäler oder die Patienten, sondern die Krankenkassen und indirekt natürlich dann – wer anders! – wir selber. Das ist die eine Seite. Dann kommt die zweite Seite, nämlich die AMI, hinzu. Die AMI haben uns schon manchmal Sorgen gemacht. Diesmal heissen sie AMI und sind eine Spitalgesellschaft, die rein auf Profit ausgeht. Man kann schon der Meinung sein, man dürfe das machen. In Amerika ist das sogar gang und gäbe. Es ist aber nicht üblich hier in der Schweiz! Die Schweiz wurde nun von den Amerikanern ausgelesen, um in unserem liberalen Land gute Geschäfte zu machen. Unsere Krankenkassen übernehmen die dann eventuell sehr hohen Klinikkosten, und man kann so auf Kosten der Allgemeinheit dicke Profite einstreichen. Zur Verhinderung dieser erneuten Kostensteigerung sind diese Bestimmungen überhaupt in den Gesetzesentwurf hineingekommen. Sie haben ihren guten Sinn und Zweck hier drin, und auch die Ergänzung von Herrn Reimann finde ich gut.
Den Antrag Sager, die beiden Bestimmungen wieder zu streichen, würde ich ablehnen, obwohl auch der Antrag von Herrn Sager seine guten Seiten hat. Ich muss als Gesundheitsdirektor der Stadt Bern darauf hinweisen, dass wir verschiedene neuere und ältere Privatspitäler in der Stadt Bern haben – über ein halbes Dutzend –, die ungefähr einen Drittel der Spitalbetten stellen. Ich kenne zudem zahlreiche Patienten, die gerne mit ihrem Hausarzt in ein Spital gehen und sich dort von ihm weiterpflegen lassen wollen. Unsere Privatspitäler in der Stadt Bern decken einen guten Teil des Spitalbedarfs und der notwendigen Akutbetten ab. Dies zudem weitgehendst ohne staatliche Gelder. Wir sind also in der Stadt Bern auf die Mitarbeit der privaten Spitäler angewiesen und könnten allein mit den öffentlichen Spitälern unsere Spitalprobleme nicht lösen. Es kommt letztlich auf den Geist und den Willen an, wie man diese zwei Bestimmungen auslegt. Das Wesentliche ist, dass wir hier deutsch und deutlich sagen, auch von Bundesratsseite her, dass mit diesen beiden Bestimmungen eine Kostendämpfung angestrebt wird. Wir wollen nicht zu viel und zu teure Technik in der Medizin. Das haben unsere Privatspitäler aber auch nicht gemacht. Wir wollen nach wie vor Privatspitäler, die uns im bisherigen Rahmen helfen, unser Gesundheitswesen zu tragen, Privatspitäler in dem Sinne, wie wir sie bis jetzt gehabt haben, nach schweizerischer Art. Auf amerikanische Superkliniken, gefüllt mit teurer medizinischer Apparatetechnik, können wir verzichten.
In diesem Sinne möchte ich den Antrag Reimann unterstützen. Ich lege aber Wert darauf, dass man später bei der Auslegung diese beiden Absätze auch entsprechend handhabt.

M. **de Chastonay:** Dans son message du 19 août 1981, le Conseil fédéral, à propos de l'article 19bis de la loi qui nous occupe, précise que l'assuré conserve le libre choix de l'établissement hospitalier pour autant encore qu'une assistance médicale suffisante soit garantie au malade. C'est là, je crois, une très sage disposition. Je me pose cependant la question de savoir si la portée de ce choix, au vu de la teneur de l'alinéa 5 et surtout de l'alinéa 6 de l'article 19bis, version surprise de la commission, n'est pas complètement annihilée, avec ou sans la modification proposée par M. Reimann. En effet, en donnant aux cantons des compétences de fixer sur leur territoire des planifications obligatoires en matière de soins et de besoins hospitaliers, on court le risque très sérieux d'empêcher le maintien, voire la création ou l'ouverture d'établissements hospitaliers privés. Comme d'autres intervenants l'ont relevé tout à l'heure, notamment MM. Sager, Früh et Pfund, ces dispositions, il faut l'avouer ici, entraînent fatalement une nationalisation à froid de la médecine hospitalière qui me paraît aller à l'encontre des buts que nous recherchons.
En effet, en un système complètement étatisé ou cantonalisé, l'individu – le patient – devient un administré dont la présence constitue un problème et une charge. Dans un régime privé, qui offre parallèlement aux établissements publics, tous les bénéfices d'une saine et indispensable concurrence qui profiteront au patient aussi bien qu'à la qualité des soins requis, le coût de l'hospitalisation ne sera pas forcément plus lourd que celui de l'hôpital public. L'expérience l'a clairement démontré et je ne reviendrai pas

sur des exemples connus, que M. Zehnder n'ignore certainement pas. En effet, et c'est une règle générale qui s'avère fort valable en la matière, un monopole est moins innovateur et surtout plus cher qu'un marché concurrentiel. Il apporte avec lui les désagréments d'une bureaucratie et d'une concentration dont la médecine en définitive s'accomode fort mal. Je voudrais dès lors obtenir de la part du chef du Département de l'intérieur, l'assurance que dans sa version surprise, celle proposée par la commission, l'article 19bis, alinéas 5 et 6, en même temps qu'il propose généreusement le libre choix de l'établissement hospitalier, respecte ce choix et ne condamne pas nécessairement le patient à ne fréquenter que les établissements étatisés obligatoirement planifiés, seuls bénéficiaires des prestations des caisses-maladie.
Il me paraît essentiel, en effet, de pouvoir conserver ou de créer, dans le cadre des structures hospitalières cantonales, des établissements privés qui puissent également percevoir les prestations des caisses, en raison précisément de leur complémentarité et, pourquoi pas, de leur collaboration avec les hôpitaux d'Etat dans la diversité de leurs équipements. Un bon exemple nous a récemment été donné à Lausanne en matière de collaboration entre une clinique privée et le Centre hospitalier universitaire vaudois. Cette coexistence constitue indiscutablement le gage d'une saine stimulation, celui aussi d'une gestion plus efficace, dynamique et plus économique au service du malade, dans le cadre d'une meilleure maîtrise des coûts de la santé.
Selon la réponse qui me sera donnée, je me réserve de voter la proposition de M. Sager biffant les alinéas 5 et surtout 6 de cet article 19bis, tout en vous demandant d'en faire autant et en tout état de cause, de refuser la proposition de M. Reimann.

Meyer-Bern: Ich habe es bereits gesagt. Etwa 15 Milliarden Franken werden jährlich gebraucht für unser Gesundheitswesen, und fast die Hälfte davon wird im stationären Bereich verwendet. Wenn wir also mit der Kostenkontrolle ernst machen wollen, dann müssen wir den Hebel dort ansetzen, wo es sich lohnt.

1. Die Kantone haben in der letzten Zeit damit begonnen, gestützt auf ihre Spitalplanungen und die hieraus resultierenden Bettenbilanzen, in den ihnen unterstellten Spitälern Akutbetten abzubauen zugunsten von Chronischkrankenbetten. Diese Bestrebungen werden nun leider von den Institutionen, die den kantonalen Spitalplanungen nicht unterstehen, unterlaufen. Dies gilt insbesondere für die strategisch vom Auslande her im schweizerischen Gesundheitswesen eingesetzten Kliniken. Den Kantonen muss deshalb die bundesrechtliche Kompetenz zur Verfügung gestellt werden, ihre Spitalplanungen, die sie fast alle haben, als verbindlich zu erklären.

2. Die Schweiz wird von kostspieligen medizinisch-technischen Geräten überschwemmt. Obschon die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz in den siebziger Jahren energisch vor einer möglichen Überflutung des schweizerischen Gesundheitsmarktes mit computerisierter Tomographie gewarnt hat und entsprechende Planungen vorlagen, setzt eine regelrechte CT-Orgie ein, die sämtliche bedürfnisgerechten Vorgehen ignoriert. Die Amortographie feierte wieder einmal Triumph.
Eine ähnliche Situation zeichnet sich schon jetzt – und deshalb sind Ihre Einwendungen hierzu nicht stichhaltig, Herr Sager – auf dem Gebiete des Nierensteinzertrümmerers ab. Auch hier haben die Sanitätsdirektoren rechtzeitig geschaltet. Wir haben das Schweizerische Krankenhausinstitut mit einer Studie beauftragt. Diese Studie kommt zum Schluss, dass es für die Schweiz drei Nierensteinzertrümmerungsanlagen brauche. Es ist jedem einsichtig, dass die Nierensteine sich nicht unbegrenzt vermehren. Es genügt also ein Nierensteinzertrümmerer in Zürich, einer in Bern und einer in Lausanne. Aber ich weiss heute schon, dass neben dem Berner Nierensteinzertrümmerer bereits ein privater von den AMI bestellt ist. Das heisst dann also – so eine Nierensteinzertrümmerungsanlage kostet etwa 5 Millionen –, nicht 15 Millionen Investitionen, sondern dann vielleicht 20, 25, 30 oder 50 Milionen. Das ist nur eine Seite, es kommen dann nämlich auch noch die Betriebskosten dazu. Aus diesem Grunde ist es notwendig, dass in den Kantonen hier verbindlich geplant werden kann.
Gestatten Sie mir noch einige Bemerkungen zu den Vorvotanten. Es geht hier nicht darum – und ich möchte das ganz deutlich sagen –, dass wir mit dieser Planung gegen die Privatspitäler vorgehen wollen.
Gerade was den Kanton Bern betrifft, haben wir unsere privaten Spitäler in unserer kantonalen Planung stillschweigend eingeplant. Ein Beispiel: Im Raume Bern gibt es mit Ausnahme der Universitätsfrauenklinik kein öffentliches Spital, das Geburtshilfe und Gynäkologie betreibt. Wir haben im Raume Bern diese Gebiete, die im übrigen gute Gebiete sind für die privaten Spitäler, ausdrücklich den privaten Spitälern überlassen. Wir sind auch bereit, weiter mit ihnen zusammenzuarbeiten.
Aber ich bin nicht zu folgendem Spiel bereit: Gestützt auf unsere Bettenbilanz, die auf 5500 Betten ungefähr 300 bis 400 Akutbetten Überschuss aufweist, haben wir uns vorgenommen, hier abzubauen, 4, 5, 6 Prozent in jedem Spital. Wir haben in harten Auseinandersetzungen mit den Gynäkologen und den Chirurgen dieser öffentlichen Institutionen Betten abgebaut und Chronischkrankenbetten daraus gemacht.
In der gleichen Zeit aber kaufen die AMI das Beau-Site auf, und in der gleichen Zeit kommen weitere Gesuche um Spitalbauten auf den Tisch des Gesundheitsdirektors! So können wir doch langfristig nicht planen! Das sind Millionen! Wir haben gegenwärtig einen Finanzplan von 600 Millionen Franken, und diese Millionen müssen langfristig investiert werden. Wir können da nicht kurzfristig arbeiten.
Nun zur Frage der freien Konkurrenz: Man hört oft sagen, wir hätten Angst vor der Konkurrenz, wir hätten Angst vor den Amerikanern. Wir haben keine Angst vor der Leistungskonkurrenz, aber es gibt zwei Punkte zu beachten:

1. Die öffentlichen Spitäler bauen Betten ab, die anderen bauen Betten auf.

2. Wir kommen, da gerade diese amerikanischen Kliniken mit elektronischen Apparaten vollgestopft sind wie ein Kriegsschiff, in ein gegenseitiges Herausfordern, in einen Teufelskreis hinein und werden gezwungen, auch die modernsten Apparate zu kaufen, um konkurrenzfähig zu bleiben. Ich finde deshalb, dass man diesen Planungsartikeln zustimmen sollte.

Ich mache Sie darauf aufmerksam, dass die Regeln der freien Marktwirtschaft in der Medizin schlecht oder überhaupt nicht funktionieren. Dort, wo sie noch funktionieren, wie beispielsweise in der freien Arztwahl, die in diesem System ebenfalls nach wie vor möglich wäre, in der freien Spitalwahl, sollten wir sie beibehalten. Gerade all denjenigen, die sich zu dieser Marktwirtschaft bekennen, möchte ich sagen: Stimmen Sie Absatz 5 und 6 zu. Es wird sonst einmal der Tag kommen, an dem Sie vielleicht erklären müssen: Ich war damals auch dabei, als die freie Marktwirtschaft durch ihre Anhänger zerstört wurde.

Landolt: Wenn Herr Sager bei Absatz 6 befürchtet, dass die bestehenden 87 Privatspitäler in ihrer Existenz gefährdet seien, ist das falsch. Wir müssen doch sehen, dass in den grossen und besonders den Universitätskantonen diese Spitalplanung schon besteht. Verschiedene Untersuchungen auf dem Gebiet des Spitalwesens haben klar gezeigt, dass die Kantone die Kostenentwicklung im Spitalbereich ohne Planung nie in den Griff bekommen werden. Diese Planung ist für die Kantone Voraussetzung für einen effizienten Einsatz der finanziellen Mittel im Spitalwesen. Sie schliesst den Einbezug von privaten Heilanstalten aber keineswegs aus. So sind im Kanton Zürich mehr als ein Dutzend Privatspitäler in dieser Planung vollumfänglich inbegriffen auch anerkannt. In der ganzen Schweiz sind 87 Spitäler erfolgreich tätig, und deren Existenz ist nicht gefährdet.

Die Befürchtung, dass Willkür bald die eine, bald die andere Klinik ausschliesst, ist unbegründet; denn eine solche Planung hängt nicht allein vom Gesundheitsdirektor des Kantones ab, sondern ist mindestens vom Gesamtregierungsrat oder sogar von der kantonalen Legislative zu bewilligen.
Wenn mit diesem Absatz 6 der Versuch gemacht wird, Privatkliniken zu verhindern, für die aus der Sicht der Planung keine Notwendigkeit besteht, ist das solange zu begrüssen, als die Krankenversicherung nicht vollständig von jeder Pauschalsubventionierung abkommt. Solange in den Kantonen das Kopfsystem gilt, d. h. dass jedermann als Versicherter in den Genuss von Subsidien kommt und nicht nur solche Mitbürger, die deren bedürfen, sollen die kantonalen und Bundesleistungen in den anerkannten Heilanstalten erbracht werden.
Bei dieser Gelegenheit sind andererseits die kantonalen und städtischen Gesundheitsdirektoren daran zu erinnern, dass meistenorts das Beleg- bzw. das Chefarztsystem nicht optimal gelöst ist. Ich meine damit ausdrücklich, dass es selbständig praktizierenden Ärzten selten möglich ist, ihre Patienten öffentlich anerkannten Spitälern zu übergeben, ohne sie völlig aus ihrer eigenen Obhut zu entlassen. Es müsste möglich sein, dass dieses System des Spitalarztes flexibler, freier und praxisbezogener gestaltet würde. Dem Haus- und Spezialarzt sollte die Weiterbehandlung am öffentlichen Spital mindestens als *consiliarius* oder in einer ähnlichen Form ermöglicht werden.
Indem ich diesbezüglich auf das Verständnis der Gesundheitsdirektoren hoffe, bitte ich Sie, der Mehrheit zuzustimmen.

Frau **Segmüller:** Absatz 5 stelle ich nicht zur Diskussion; dort stimmen wir der Fassung der Kommission zu. Zu Absatz 6: Wir haben hier verschiedentlich das Loblied der Planung gehört. «Die Botschaft hör' ich wohl, doch mir fehlt (schon ein bisschen) der Glaube.» Oder, um mit Wilhelm Busch zu sprechen: «Ach, dass der Mensch so häufig irrt und nie recht weiss, was kommen wird.»
Wenn wir von Planung sprechen im Gesundheitswesen, dann meinen wir im Klartext primär die notwendige Akutbettenzahl im Kanton. Wir wissen, dass mindestens an folgenden grossen Kliniken beträchtliche Überkapazitäten bestehen: Lausanne, Basel, Zürich, Luzern. Und doch ist anzunehmen, dass auch dort eine Planung vorhanden war. Planung an sich ist noch keine Garantie dafür, dass das, was heraus kommt, dann richtig ist. Planung ist so gut wie die Voraussetzungen, von denen man dabei ausgeht. Was heisst im Text, der Ihnen vorliegt, «bedarfsgerecht»? Das müsste man ja auch erst noch definieren.
Abschnitt 6 ist in der Kommission im allerletzten Moment in den Entwurf hineingekommen. Es war nicht ein Vorschlag der Sparkonferenz. Der Abschnitt entstand aus der reinen Angst vor den AMI-Kliniken, es ist ein Abwehrartikel. Ich frage mich, ob man dabei nicht ein wenig zu weit geht. Eine Frage stellt sich hier ganz deutlich, nämlich diejenige nach der Verfassungsmässigkeit. Wird hier nicht die Handels- und Gewerbefreiheit tangiert, und zwar nicht so sehr, wenn es um die Betten geht als dann, wenn es um die medizinisch-technischen Einrichtungen geht? Sollten diese nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich der Planung unterstellt werden? Wir haben vom Justizdepartement in letzter Minute ein Gutachten betreffend die Verfassungsmässigkeit erhalten, das diese Verfassungsmässigkeit bejaht. Es hat mich nicht restlos überzeugt. Ich bleibe skeptisch, ich empfinde ein Unbehagen gegenüber allem, was nach Planwirtschaft aussieht. Ich frage mich auch, ob eine solche Planung nicht einfach Zustände zementiert und eine flexible Anpassung verunmöglicht. Genau eine flexible Anpassung an die wechselnden Bedürfnisse brauchten wir ja.
Ich bitte Sie also – und ich bin gespannt auf das, was der Vorsteher des EDI dazu sagen wird –, versprechen sie sich nicht das Heil von diesem Planungsartikel. Das Beste an ihm ist die Kann-Bestimmung. Ich möchte daher schliessen mit einem Zitat von Robert Nef. «Planung ist die Ersetzung des Zufalls durch den Irrtum. Dem Zufall sind wir schutzlos ausgeliefert, während wir als Planende immerhin die Möglichkeit haben, vom grösseren zum kleineren Irrtum fortzuschreiten.» Genau dies trifft zu für diesen Planungsartikel, und kein bisschen mehr darf man sich von ihm versprechen.

Wick: Ich möchte Sie nur auf einige wenige Punkte, die noch nicht erwähnt wurden, aufmerksam machen. Man sagt immer wieder und man hört das auch aus den Diskussionen, das Gefühl herrsche vor, die öffentlichen Spitäler, die Universitätsspitäler würden unrationell geführt, seien überhaupt nicht kostenbewusst; deswegen sei Konkurrenz in diesem Bereich absolut richtig und nötig. Dazu muss ich Ihnen einige Einwände zu bedenken geben: Die öffentlichen Universitätsspitäler sind mit ganz bedeutenden Auflagen versehen, die die Privatspitäler – ich spreche jetzt speziell von den AMI-Kliniken – überhaupt nicht haben, und das sind die Ausbildungsaufgaben. Man denkt dabei immer an die Studenten. Aber die öffentlichen Spitäler bilden nicht nur Studenten aus, sie bilden auch das Pflegepersonal aus. Sie bilden Ergotherapeutinnen aus, Physiotherapeutinnen, Röntgenassistentinnen und alle weiteren medizinischen Hilfsberufe. Es gibt dort eine ganz grosse Zahl von Lehrberufen. Alle diese Ausbildungsfunktionen kosten ganz enorm Geld. Und last but not least – das möchte ich Ihnen auch noch sagen – bilden sie die Spezialärzte aus, die nachher ihren Unterhalt in der AMI-Klinik suchen, und für die Ausbildung eines solchen Spezialarztes können pro Arzt weit über 100 000 Franken veranschlagt werden. Wenn Sie ein Spital statt mit Assistenten, die noch lernen müssen, mit ausgebildeten Fachärzten bestücken, dann sinkt der Bedarf an Ärzten in diesem Spital gewaltig. Die Assistenzärzte müssen aber ihren Lohn auch haben. Ein Spital wird natürlich viel rationeller führbar, wenn diese Ausbildungsfunktionen wegfallen. Wenn man deshalb die Kosten von Universitätskliniken mit Privatspitälern vergleicht und sagt, die zweite Kategorie sei bedeutend billiger, dann stimmt das zwar, man vergleicht aber tatsächlich Äpfel mit Zwetschgen und zieht einen absolut unstatthaften Vergleich. Davor möchte ich Sie warnen. Deswegen, wie das der Herr Sanitätsdirektor sehr richtig gesagt hat, kommt man um eine gewisse Planung in diesem Bereich nicht herum.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Wenn man Herrn Sager zugehört hat, dann könnte man meinen, morgen breche die Planwirtschaft über uns herein, wenn wir diesem Artikel zustimmen. Er hat dargelegt, man dürfe nicht Planwirtschaft auf Kosten der Privatwirtschaft betreiben, man dürfe das Privatspital im Gesundheitswesen nicht verschwinden lassen. Dabei geht es gar nicht nur um die Privatspitäler. Wenn man die Spitalverhältnisse in der Schweiz einigermassen kennt, wird man feststellen, dass das Privatspital, so wie es heute existiert, überhaupt nicht weggedacht werden kann; denn das Privatspital behält seine Bedeutung. Es gibt sogar Kantone, die an den Bau und auch an den Betrieb von Privatspitälern Subventionen ausgerichtet haben. Ihr Nachbar ist aus einem solchen Kanton. Diese Subventionen gelten, wenn Privatspitäler allgemeine Abteilungen eingeführt haben und mindestens 50 Prozent Allgemeinbetten anbieten. Die Kantone haben die Privatspitäler sogar gefördert in den letzten Jahren. Das muss man auch klar sehen. Aber was nicht passieren darf, hat übrigens Herr Meyer ausgeführt: Die Kantone strengen sich an, den Bettenüberschuss mit grossen Kosten und gegen den Widerstand in einzelnen Regionen zu reduzieren, Kliniken aufzuheben, die Kosten der Reduktion zu tragen. Aber nebenan kann irgend jemand, eine Aktiengesellschaft zum Beispiel, unbekümmert Spitäler bauen. Das führt dann eben dazu, dass die gleichen Kantone wiederum mit zusätzlichen Kosten andere Spitäler oder Abteilungen schliessen müssen. So weit ist es eben in unserem Land, und das müssen wir berücksichtigen; deshalb ist das Argument Planwirtschaft gegen Privatwirtschaft völlig falsch.
Bei einer verbindlichen kantonalen Planung geht es nicht einfach gegen die Privatspitäler, denn die Privatspitäler kön-

nen in einer solchen verbindlichen Planung aufgenommen werden, wie das in verschiedenen Kantonen bereits der Fall ist. Es gibt reiche Städte und Gemeinden, denen es nicht darauf ankommt, ob sie – entsprechend den Gesetzen in den Kantonen – noch die 10 oder 15 Prozent Subventionen erhalten, um bestimmte Kliniken einzurichten. Das gibt es eben auch, und es wurde in den vergangenen Jahren auch gemacht. Die Revision richtet sich eben auch dagegen.
Wenn wir die Situation mit dem Computer-Tomographen – Herr Meyer hat das Beispield mit den Nierensteinzertrümmerern angeführt – betrachten, sehen wir, dass dort Kosten von Millionen von Franken entstehen, welche die öffentliche Hand und die Krankenkassen bezahlen müssen, obwohl das bei einer vernünftigen Planung nicht notwendig wäre. Sind wir in Zukunft wirklich bereit, das Geld im Gesundheitswesen weiterhin so hinauszuwerfen? Wir wollen Kosten sparen, und langfristig ist das eine Massnahme, die ganz sicher dazu führt. Es geht nicht nur um die AMI-Kliniken, ich habe das bereits erwähnt. Noch vor kurzer Zeit – heute vielleicht weniger – haben Gemeinden das gleiche Spiel getrieben, wie es die Privatkliniken heute zum Teil treiben.
Nun muss ich ganz klar und deutlich meinem Erstaunen Ausdruck geben: Hier haben wir eine Kann-Bestimmung. Von FdP- und SVP-Seite wird dagegen Sturm gelaufen: Haben Sie denn in Ihre kantonalen Regierungsräte nicht das Vertrauen – Ihre Parteien sind ja in den kantonalen Regierungen und Parlamenten in der Regel in der Mehrheit –, dass sie diese Planung richtig machen? Ich selbst, als Angehöriger einer Minderheitspartei, habe offenbar mehr Vertrauen in diese Regierungsräte und Kantonsräte als Sie als Angehörige von Mehrheitsparteien. Man muss hier einmal ganz klar feststellen, dass es notwendig ist, auch in die unteren Stufen Vertrauen zu haben.
Ein weiterer Punkt: Wir haben in den letzten Monaten festgestellt, dass die Sanitätsdirektorenkonferenz beginnt, von ihrem jährlichen Treffen mit Mittagessen wegzukommen. Wir haben bereits erlebt, dass sie einige Sitzungen hatte, bei denen es effektiv um die Planung und um die interkantonale Zusammenarbeit ging. Deshalb darf man den Sanitätsdirektoren heute auch glauben, dass sie bestrebt sind, vermehrt zusammenzuarbeiten, die Planung interkantonal auszudehnen und miteinander im Interesse der Kosteneinsparung zu arbeiten. Wenn Sie – wie Sie immer wieder sagen – wirklich wollen, dass die öffentliche Hand spart, dann müssen Sie den Anträgen zu den Absätzen 5 und 6 zustimmen. Anderseits wären Sie bereit, zusätzliche Mittel auszugeben! Auf diese Konsequenz möchte ich Sie aufmerksam gemacht haben.
Die Kommission hat mit 15 zu 8 Stimmen diesem Antrag zugestimmt, und ich bitte Sie, dasselbe zu tun.

M. **Dupont**, rapporteur: Après cette longue discussion, je vais essayer d'être bref en me prononçant sur la proposition de M. Reimann. Je rappelle une fois encore que les cantons disposent aujourd'hui de la compétence de dresser la liste des établissements hospitaliers pour lesquels les caisses-maladie sont tenues de verser des prestations. Cette compétence doit rester entre les mains des cantons; cela fait partie de la responsabilité dans le domaine de la santé qui est attribuée déjà par la loi actuelle aux cantons. Je l'ai répété plusieurs fois et je le redis encore: la proposition de M. Reimann tend à donner cette compétence au Conseil fédéral et en outre, à fixer des principes concernant le classement des différents établissements dans les diverses catégories. Cela constitue le premier danger qui risque de toucher un certain nombre de cliniques privées. Par contre, la proposition de la commission, telle qu'elle est formulée dans le texte actuel, ne porte pas atteinte aux cliniques privées. En effet, comme aujourd'hui, il reste loisible aux cantons d'inclure les cliniques privées qui répondent aux critères de qualité nécessaires dans cette liste. Les caisses-maladie peuvent ainsi payer des prestations à ces cliniques compte tenu de l'alinéa 3 qui permet de fixer le maximum de la prestation correspondant à celle de l'hôpital le plus proche. A cet égard, la clinique privée ne paraît pas touchée.
Si l'on veut maintenir la compétence actuelle des cantons en la matière, si l'on veut sauvegarder la possibilité d'inclure dans la liste les cliniques privées, il faut rejeter la proposition Reimann.
La proposition Sager, en relations avec les propositions de la commission, suggère de fixer une planification. Il s'agit en fait de la répétition d'un droit qui existe déjà aujourd'hui dans les cantons dont la plupart dispose actuellement déjà d'une planification hospitalière. Ils n'ont pas attendu que nous inscrivions cette possibilité dans un texte de loi. Cette précision semble donc superflue.
Dès le départ, de même que la majorité des intervenants qui s'opposent à cet article, nous avons souhaité que l'on porte l'accent sur la compression des dépenses et l'abaissement des coûts de la santé publique. Néanmoins, nous tenons à ce que cet abaissement ne se fasse pas uniquement au détriment des assurés. Celui-ci devrait reposer sur l'ensemble des intéressés au secteur de la santé publique. Nous avons demandé un effort tout particulier aux assurés. Nous imposons au corps médical des contrôles plus serrés sans porter cependant atteinte à ses droits essentiels. Nous demandons au secteur hospitalier une coordination et une planification mais nous veillons à ne pas causer de frais supplémentaires. Des investissements trop onéreux reviennent en définitive à une augmentation des cotisations des assurés ou à une augmentation de l'impôt des contribuables, lorsqu'il s'agit d'institutions publiques. Je crois que supprimer cette obligation qui, en fait, existe laisserait croire que nous ne voulons pas faire une économie sur les coûts de la santé mais que nous entendons grever seulement les assurés.
Cet alinéa 6, je le répète, ne porte pas atteinte à l'existence des cliniques privées; il laisse à celles-ci la possibilité de figurer dans la planification, d'assurer une coordination avec les hôpitaux publics et de pouvoir bénéficier des prestations des caisses-maladie.
Il convient de veiller à ce que les cantons mettent au point une coordination efficace qui ne réduise pas démesurément le nombre d'installations importantes dans l'ensemble du pays. L'accès aux hôpitaux ne doit pas être rendu pratiquement impossible pour des raisons psychologiques, sociales ou pour cause d'éloignement. La coordination ne doit pas aller à l'excès mais rester acceptable pour le bien-être, le confort du malade. A mon avis, il est donc exagéré de dire que les alinéas 6 et 5 portent atteinte à l'existence des cliniques privées et à leur droit à bénéficier des prestations de caisses-maladie.
Par contre, si vous acceptez la proposition de M. Reimann, les cantons perdront leur pouvoir de décision en la matière et l'existence des cliniques privées sera mise en danger.
Je vous propose de rejeter la proposition de M. Reimann mais également, si nous voulons être conséquents, celle de M. Sager.
Nous pourrons alors, conformément à la volonté qui a été largement exprimée en séance de commission ainsi que lors du début d'entrée en matière, demander à tous les secteurs intéressés à la santé publique de rechercher les moyens d'enrayer l'augmentation de ces coûts.

Sager: Ich möchte nur präzisieren, dass sich mein Streichungsantrag auf die Absätze 5 und 6 in der Formulierung der Kommission bezieht, nicht aber auf den Absatz 5 in der Formulierung des Bundesrates.

Bundesrat **Egli:** Zu Absatz 5 habe ich, soweit Herr Reimann hier einen Abänderungsantrag gestellt hat, meinen Standpunkt bereits begründet. Ich möchte nur zum Grundsatz von Absatz 5 etwas sagen:
Wenn Sie bedenken, wie viele Milliarden Bund und Kantone in das stationäre Versorgungswesen investieren, werden Sie diesen Investoren (sei es der Kanton oder der Bund) wohl das Recht nicht absprechen können, ein Wort mitzureden, wenn es um die Frage geht, welche Anstalten als Heilanstalten im Sinne dieses Gesetzes anerkannt werden dürfen. Das wollen Sie bedenken!

Diese Anerkennung muss eine Behörde vornehmen, und es liegt auf der Hand, dass das nur die kantonale Behörde sein kann. Absatz 5 liegt also richtig, und zwar auch in der Version der Kommission. Der Bundesrat schliesst sich hier an.
Es fällt mir sodann auf, dass heute – also gerade hier im Gesundheitsbereich – soviel von Marktwirtschaft gesprochen worden ist. Es scheint mir sehr gewagt zu sein, die Marktwirtschaft zu beschwören in einem Bereich, für den Milliarden von Franken durch den Staat ausgegeben werden.
Zu Absatz 6: Es ist richtig, dass dieser Absatz 6 im letzten Moment in den Entwurf hineingeraten ist (am Schluss der zweiten Lesung). Ich habe mich damals namens des Bundesrates auf den Standpunkt gestellt, dass mir Absatz 6 im Lichte der verfassungsmässigen Rechte und insbesondere im Lichte der Handels- und Gewerbefreiheit etwas gewagt erscheine. Ich habe meine Zustimmung davon abhängig gemacht, dass die Verfassungsmässigkeit durch ein Gutachten des Bundesamtes für Justiz erhärtet würde. Inzwischen liegt dieses Gutachten vor; es kommt zum Schluss, dass dieser Absatz 6 sowohl vor der Handels- und Gewerbefreiheit wie auch vor der Eigentumsgarantie der Verfassung standhält. Dies führt mich dazu, diesem Absatz 6 zum mindesten nicht zu opponieren.

Abstimmung – Vote

Eventuell – A titre préliminaire

Für den Antrag Reimann	55 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	109 Stimmen

Definitiv – Définitivement

Für den Antrag Sager	67 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	96 Stimmen

Art. 19bis Abs. 6

Antrag der Kommission

Die Kantone können für ihr Gebiet verbindliche Planungen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung sowie für die Versorgung mit kostspieligen medizinisch-technischen Einrichtungen im stationären und ambulanten Bereich festlegen. Die Kassen sind nur leistungspflichtig, sofern die Leistungserbringer diesen Planungen entsprechen.

Antrag Sager

Streichen

Art. 19bis al. 6

Proposition de la commission

Les cantons peuvent fixer, sur leur territoire, des planifications obligatoires destinées à garantir que les soins hospitaliers sont prodigués conformément aux besoins respectivement destinées aux installations médico-techniques coûteuses du domaine hospitalier ou ambulatoire. Les caisses ne doivent verser leurs prestations que dans la mesure où les fournisseurs de prestations se conforment auxdites planifications.

Proposition Sager

Biffer

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Sager	64 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	92 Stimmen

Art. 19bis Abs. 7

Antrag der Kommission

Der Bundesrat bestimmt nach Anhören der Beteiligten über Art und Höhe der Kassenleistungen bei einem partiellen Aufenthalt in einer Heilanstalt. Bei Aufenthalt in Anstalten und Heimen, die ihre Insassen medizinisch betreuen, aber keine Heilanstalten sind, haben die Kassen die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Behandlung (Art. 12 Abs. 1 Ziff 1) zu gewähren. Die Kassen können mit der Anstalt oder dem Heim eine pauschale Vergütung vereinbaren.

Antrag Neukomm

... Vergütung vereinbaren. Den Kassen dürfen höchstens die ausgewiesenen Kosten für die von den Anstalten oder Heimen zu erbringenden Leistungen in Rechnung gestellt werden. Dabei dürfen Investitionskosten nicht berücksichtigt werden.

Art. 19bis al. 7

Proposition de la commission

Le Conseil fédéral fixe, après avoir consulté les intéressés, le genre et le montant des prestations allouées par les caisses en cas de séjour partiel dans un établissement hospitalier. En cas de séjour dans des institutions et homes qui, sans être des établissements hospitaliers, prodiguent des soins médicaux à leurs pensionnaires, les caisses doivent allouer les mêmes prestations qu'en cas de traitement ambulatoire (art. 12, 1er al., ch. 1er). Les caisses peuvent convenir d'un remboursement forfaitaire avec l'institution ou le home.

Proposition Neukomm

... ou le home. Les institutions et homes peuvent tout au plus facturer aux caisses les frais effectivement engagés pour les prestations qu'ils ont été appelés à fournir. Les frais d'investissements ne sont pas pris en compte.

Neukomm: Ich beantrage in Absatz 7 einen zusätzlichen Satz: «Den Kassen dürfen höchstens die ausgewiesenen Kosten für die von den Anstalten oder Heimen zu erbringenden Leistungen in Rechnung gestellt werden.» Mit der angenommenen Spitaldefinition kann meines Erachtens jedes Pflegeheim zum Spital erklärt werden. Die Krankenkassen zahlen dann 60 Prozent der Kosten. Ich möchte Sie also bitten, für den Fall, dass es noch Pflegeheime nach Absatz 7 geben sollte, diese zur Offenlegung der Kosten zu verpflichten. Dies sollte selbstverständlich sein, ist es aber möglicherweise leider nicht, wenn das Gesetz nichts darüber aussagt. Bei den Spitälern haben wir eine detaillierte Regelung über die Festsetzung der Taxen und ein Einsichtsrecht der Kantone und Kassen in die Betriebsrechung. Bei den Pflegeheimen, die an Bedeutung zunehmen, sofern sie nicht samt und sonders zu Spitälern erklärt werden, fehlt eine Präzisierung der Taxfestsetzung, also eine Verpflichtung zur detaillierten Verrechnungsgestaltung.
Transparenz dient hier der Kosteneindämmung. Warum sollen nicht auch hier die Arztkosten, Arzneimittel, Therapie usw. offen dargelegt werden, ersichtlich und nachprüfbar sein? Die Nichtanrechenbarkeit von Investitionskosten entspricht der Beschränkung der Kassenleistungen auf die reinen Behandlungskosten.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Zu meinem Bedauern muss ich sagen, dass, so wie ich die Situation beurteile, dieser Antrag völlig überflüssig ist. Es ist doch so, dass bei Aufenthalten in Anstalten und Heimen, die ihre Insassen medizinisch betreuen, aber keine Heilanstalten sind, die Kassen für die medizinische Betreuung die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Behandlung zu erbringen haben. Da spielen die Investitionskosten überhaupt keine Rolle. Die Kassen müssen also auch keine Investitionskosten bezahlen, sondern sie müssen nur die ambulanten Taxen bezahlen. Die Kassen können zwar mit den Heimen und Anstalten, die keine Spitäler oder keine Heilanstalten sind, Verträge vereinbaren und Pauschalzahlungen leisten, aber sie müssen hier keine Investitionskosten bezahlen. Darum ist, so wie ich das persönlich beurteile, dieser Antrag überflüssig.

M. **Dupont**, rapporteur: Cette proposition me paraît inutile. En effet, l'article 12, 1er alinéa, chiffre 1 prévoit que les caisses doivent rembourser au moins l'équivalent d'un traitement ambulatoire, autrement dit la prestation qu'un méde-

cin aurait demandée si le malade s'était déplacé d'un «home» chez le médecin. En outre, deuxième possibilité, les caisses peuvent convenir d'un remboursement forfaitaire avec les «homes», ce qui est généralement le cas et qui permet d'éviter les craintes exprimées par M. Neukomm. Personnellement, je pense que sa proposition est inutile et je vous invite à la rejeter.

Bundesrat **Egli:** Dieser Absatz 7 beschränkt die Leistungspflicht der Kassen ohnehin auf Leistungen wie bei ambulanter Behandlung. Die Übernahme allgemeiner Bau- und Betriebskosten des Heimes steht also hier überhaupt nicht zur Diskussion. Im Rahmen der Leistungspflicht für Kosten der ambulanten Behandlung werden wohl auch dem Arzt einige Investitionskosten erwachsen. Diese sollen vergütet werden, aber um allgemeine bauliche Investitionskosten kann es sich bei dieser ambulanten Behandlung nicht handeln. Der Antrag scheint mir daher überflüssig und nicht passend, wenigstens nicht passend an diesem Ort, zu sein.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Neukomm	27 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	55 Stimmen

Art. 21

Antrag der Kommission

Abs. 1

... auch für Zahnärzte, die Leistungen nach Artikel 12 Absatz 2 erbringen.

Abs. 4, 5

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 6

... den Tätigkeitsbereich des selbständig und unselbständig tätigen medizinisch-therapeutischen Personals mit Einschluss der Personen der spitalexternen Krankenpflege und von Laboratorien ...

Abs. 7

... von Ärzten, Laboratorien und Apothekern, die für ...

Art. 21

Proposition de la commission

Al. 1

... par analogie aux dentistes, qui prodiguent des soins au sens de l'article 12, 2e alinéa.

Al. 4, 5

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 6

... pour le personnel paramédical exerçant son activité à titre dépendant ou indépendant, y compris le personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital, et les laboratoires ...

Al. 7

... par les médecins, les laboratoires et les pharmaciens qui pratiquent ...

Angenommen – Adopté

Art. 21bis (neu)

Antrag der Kommission

Mehrheit

Ablehnung des Antrages der Minderheit

Minderheit

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

Die Kantone oder der Bund können in Zusammenarbeit mit den Kantonen und unter Anhörung der interessierten Kreise im Rahmen der Krankenversicherung eine Bedarfsplanung erstellen und notwendige Einschränkungen verfügen.

Art. 21bis (nouveau)

Proposition de la commission

Majorité

Rejeter la proposition de la minorité

Minorité

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

Les cantons ou la Confédération avec le concours des cantons peuvent, sur préavis des milieux intéressés, établir une planification des besoins dans le cadre de l'assurance-maladie et décider des restrictions nécessaires.

Zehnder, Sprecher der Minderheit: Die Kommission beantragt die Gutheissung einer Motion mit dem Titel «Ärzteüberfluss». Der Bundesrat soll zusammen mit den Kantonen Massnahmen treffen, um die Ursachen und Auswirkungen des Ärzteüberflusses wirksam anzugehen. Wenn Bund und Kantone das können, dann hätten sie längstens Zeit gehabt, es auch zu tun. Was not tut, ist eine Beschränkung im Selbstbedienungsladen Krankenversicherung. Dazu braucht es eine gesetzliche Grundlage. Die Eindämmung der Nachfrage durch eine höhere Kostenbeteiligung wird solange nicht zu einer echten Kosteneinsparung führen, als nicht auf der Angebotseite – diese besteht nicht nur aus Ärzten – eine Normalisierung angestrebt wird. Nur etwa 10 Prozent der Patienten brauchen eine spezialärztliche Behandlung. 90 Prozent können von Allgemeinpraktikern behandelt werden. Wie setzt sich nun unsere Ärzteschaft zusammen? Aus zwei Dritteln Spezialärzten und einem Drittel Allgemeinpraktikern! Der Bedarf an Allgemeinpraktikern wird zunehmend schlechter abgedeckt, während sich die Spezialärzte unablässlich vermehren. Die Zahl der zu Lasten der Krankenversicherung tätigen, selbständigen Physiotherapeuten hat innerhalb von fünf Jahren, von 1977 bis 1982, um 47 Prozent zugenommen. Die Ausgaben der Krankenkassen sind um 60 Prozent angestiegen, bei einer Teuerung von 22,5 Prozent. Der bekannten Langenthaler-Studie von Prof. Schmid ist zu entnehmen, dass von 1976 bis 1982 in dieser Region die Zahl der Spezialärzte doppelt so stark zugenommen hat wie diejenige der Allgemeinpraktiker. Gesamthaft hat sie bei praktisch konstant gebliebener Bevölkerungszahl um 45 Prozent zugenommen. Die von den Krankenkassen bezahlten Arztkosten sind im gleichen Zeitintervall, bei gleicher Bevölkerungszahl und einer Tariferhöhung von 19 Prozent, um 90 Prozent gestiegen. Es wird niemand behaupten wollen, der Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Region Langenthal sei innert fünf Jahren um 70 Prozent schlechter geworden. Das weit überdurchschnittliche Ausgabenwachstum in der ambulanten Behandlung wurde nicht durch eine Verminderung der Spitalbehandlungskosten kompensiert. Auch in diesem Bereich ergab sich in der Beobachtungsperiode eine deutliche Frequenzsteigerung.

Mit unserem Antrag zu einem neuen Artikel 21bis möchten wir erreichen, dass Bund und Kantone sich endlich mit der Frage befassen, wieviele Ärzte aller Art, Physiotherapeuten, Chiropraktiker, Apotheken, Laboratorien, Spital- und Pflegeheimbetten notwendig sind, damit die Bevölkerung eines Gebietes gut, aber nicht im Überfluss versorgt ist. Vor allem aber wollen wir, dass aus dieser Planung die Konsequenz gezogen wird und Neuetablierungen vom Bedarf abhängig gemacht werden. Nur so lässt sich der Zuzug zum Medizinstudium und anderen Berufen des Gesundheitswesens dämpfen.

Die vermehrte Anwendung des Karenzjahres, wie das in einem Bericht des Bundesamtes dargestellt worden ist, erfüllt diesen Zweck eben nicht. Erstens betrifft das Karenzjahr nur die Ärzte, also alle anderen, die im Gesundheitswesen tätig sind, nicht, zweitens praktizieren die mit einem Karenzjahr belegten Ärzte nach dessen Ablauf gleichwohl im betreffenden Kanton und kompensieren den erlittenen

Einkommensausfall, und drittens ist es für die Bevölkerung unverständlich, warum sie einen Arzt erst im zweiten Jahr seiner Tätigkeit zu Lasten der Krankenkasse aufsuchen kann. Eine gewisse Präventivwirkung ist zwar da, doch muss sie mit Unannehmlichkeiten für alle Beteiligten erkauft werden. Da scheint mir doch die Bewilligungspflicht für Praxiseröffnungen aufgrund eines Bedarfs die vernünftigere Lösung zu sein. Wir setzen hier die Diskussion fort, die wir vorhin bei Artikel 19 hatten: Es geht um die Bedarfsplanung, aber Bedarfsplanung nicht nur im stationären Sektor, bezüglich der Spitäler, sondern gleichzeitig auch Bedarfsplanung in bezug auf die ambulante Behandlung, also den ganzen Rahmen aller im Gesundheitswesen tätigen Medizinalpersonen umfassend.
Ich bitte Sie, diese ganze Angelegenheit gut und sachbezogen zu überlegen und daran zu denken, dass wir in dieser Vorlage in erster Linie – ich unterstreiche die Worte von Kollege Allenspach – Kosteneindämmung erreichen müssen, wenn wir dieser Kostenlawine entgegensteuern wollen. Deshalb ersuche ich Sie, diesem Minderheitsantrag zuzustimmen. In der Kommission hat er gar nicht so schlecht abgeschnitten; er wurde mit 13 gegen 9 Stimmen abgelehnt. Ich danke für Ihr Entgegenkommen.

Allenspach: Der Antrag Zehnder ist in der Kommission diskutiert worden. Er wurde dort gewissermassen als Eventualantrag zu Absatz 6 von Artikel 19 aufgefasst. Es ist auch gesagt worden, dass dieser Eventualantrag Zehnder an sich nicht mehr zu stellen wäre, wenn Artikel 19 Absatz 6 in der Fassung, wie sie der Rat jetzt beschlossen hat, akzeptiert werde. Der Antrag Zehnder geht weiter als die beschlossene verbindliche Spitalplanung; er will – und das ist in der Begründung viel deutlicher zum Ausdruck gekommen als im Text des Antrages – in Tat und Wahrheit die Konzessionspflicht für die Eröffnung neuer Arztpraxen einführen. Es soll inskünftig eine behördliche Konzession brauchen und der Bedarf abgeklärt sein, bis ein Arzt eine neue Praxis übernehmen, ausbauen oder eröffnen darf. Das soll in einem Text beschlossen werden, in dem von einer Konzessionspflicht oder vom Numerus clausus bei den Arztpraxen kein Wort steht! Wir dürfen keinen Gesetzesartikel beschliessen, der so harmlos tönt und eine dermassen einschneidende Folge hat. Es wäre auch nicht zu verantworten, in einem Sofortprogramm eine derart entscheidende und einschneidende Massnahme zu beschliessen. Wenn Sie die Konzessionspflicht für die Eröffnung neuer Arztpraxen in dieses Sofortprogramm einfügen, belasten sie dieses Sofortprogramm mit Elementen, die zur Folge haben, dass dieses Sofortprogrammn nicht mehr rasch verwirklicht werden kann.
Aus diesen Erwägungen bitte ich Sie ganz dringend, den Antrag Zehnder abzulehnen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Ich möchte mit Heinrich von Kleist beginnen, der einmal gesagt hat: «Die zahllosen Kranken wundern dich? Zähle die Ärzte!» Man könnte diesen Ausspruch weiterführen und sagen: «Zähle die Psychiater und alle anderen Berufstätigen im Medizinwesen.» Das grosse Angebot ist ein echtes Problem. Es führt zu Kosten. Es ist ganz logisch, dass man langfristig dieses Problem in den Griff bekommen muss. Sehr schwierig ist es aber, nun einfach in diesem Sofortprogramm eine solche Bestimmung einzuführen, ohne dass man die näheren Auswirkungen untersucht hat. Als kleiner Gegenvorschlag zu dieser Bestimmung wird Ihnen noch eine entsprechende Motion unterbreitet. Obwohl ich persönlich mit diesem Minderheitsantrag sehr sympathisiere, muss ich Ihnen im Namen der Mehrheit der Kommission beantragen, ihn abzulehnen.

M. **Dupont,** rapporteur: Je vous ai demandé tout à l'heure, au nom de la commission, d'accepter les alinéas 5 et 6 qui concernent les attributions des cantons en matière de planifications hospitalières. Des planifications existent déjà, elles ont fait leurs preuves, en partie en tout cas; selon les cantons, elles ont été plus ou moins poussées. A cet égard, la proposition de minorité va beaucoup plus loin parce qu'elle comprend aussi une planification des besoins dans le secteur ambulatoire.
A noter toutefois que la disposition telle qu'elle est présentée est facultative et qu'elle ne peut être mise en œuvre sans le préavis des intéressés. Cependant, nous enlevons aux cantons une partie de leurs compétences pour les transférer à la Confédération. La voie proposée me paraît extrêmement difficile, bien que louable. Elle risquerait d'entraîner une bureaucratie plus lourde dans le domaine de la santé, le secteur ambulatoire étant nettement plus important que le secteur hospitalier.
Je vous propose donc de refuser la proposition de la minorité.

Bundesrat **Egli:** Sie haben unter Artikel 19 Absatz 6 eine verbindliche Spitalplanung mit Sanktionen für jene Häuser, die dieser Planung nicht angehören, beschlossen. In die gleiche Planung haben Sie auch noch – indem Sie einen Schritt weitergingen – die kostspieligen medizinisch-technischen Einrichtungen miteinbezogen. Ich habe diesem Antrag damals nicht opponiert. Aber nun geht man entschieden zu weit. Hier soll nun ein freier Beruf wie der der Ärzte der staatlichen Planung unterworfen werden. Das widerspricht meinen und den bundesrätlichen ordnungspolitischen Überzeugungen.
Ich muss Sie daher bitten, diesen Antrag abzulehnen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	46 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	85 Stimmen

Art. 22 Abs. 3 dritter Satz
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 22 al. 3 3e phrase
Proposition de la commission
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 22bis, Randtitel, Abs. 7 zweiter und dritter Satz
Antrag der Kommission

Randtitel
2. Fehlen einer vertraglichen Regelung.
a. Im allgemeinen

Abs. 7
... alle Angaben über die Diagnose sowie über die Untersuchungen und Behandlungen und die Daten, an denen sie vorgenommen wurde, zu machen, die für die Festsetzung ...

Mehrheit
... notwendig sind. Der Arzt ist berechtigt und auf Verlangen des Versicherten verpflichtet, die medizinischen Angaben nur dem Vertrauensarzt der Kasse bekanntzugeben.

Minderheit
(Günter, Gloor, Neukomm, Vannay)
... notwendig sind. Insbesondere ist bei allen Verrichtungen, wo die Qualität der medizinischen Leistung mit geringem Aufwand nicht kontrollierbar ist, der Zeitaufwand für die verrechnete Leistung anzugeben. Der Arzt ist berechtigt, ...

Art. 22bis, titre marginal, al. 7 2e et 3e phrases
Proposition de la commission

Titre marginal
2. Absence et disposition conventionnelle.
a. En général

Al. 7

Majorité

... toutes les indications relatives au diagnostic ainsi qu'aux examens et traitements de même que les dates de ceux-ci, qui sont nécessaires pour fixer les prestations et vérifier si le traitement est économique. Le médecin est fondé, ou astreint si l'assuré le demande, à ne fournir les indications d'ordre médical qu'au médecin-conseil de la caisse.

Minorité

(Günter, Gloor, Neukomm, Vannay)

... est économique. Dans tous les cas où la qualité de la prestation médicale ne peut pas être contrôlée facilement, il conviendra d'indiquer le temps consacré à la prestation facturée. Le médecin est fondé,...

Günter, Sprecher der Minderheit: Wie Cato mit seinem «Ceterum censeo» komme ich hier wieder einmal mit der «fee for time», nämlich mit der Entschädigung nach Zeitaufwand. Wenn Sie zum Arzt gehen, und er Ihnen eine Herzstromkurve, ein EKG macht, und Sie der Sache nicht recht trauen, dann können Sie die Aufzeichnungen, oder zumindest eine Kopie davon, verlangen und sie einem anderen Arzt vorlegen. Der wird Ihnen dann sagen, ob die Messung richtig gemacht worden ist und ob die Auswertung stimmt. Sie können also die Leistung kontrollieren.
In weiten Bereichen der Medizin ist es aber so, dass es keine Qualitätskontrolle gibt. Das ist nämlich ein ganz zentrales Problem bei der heute zur Diskussion stehenden Vorlage. Ich weiss nicht, ob Ihnen das bewusst ist. Wenn es in der Medizin und den umliegenden Berufen eine einfache Qualitätskontrolle geben würde, wäre die Lösung sehr einfach. Dann hätten wir kaum eine Kostensteigerung. Gute Leistungen würden wir gut bezahlen, schlechte Leistungen würden wir schlecht bezahlen. In weiten Bereichen der Medizin haben wir aber keine Qualitätskontrolle. Wenn Sie sich zu einem Arzt begeben, dann können sie seine Umfangsformen beurteilen und sagen, ob er nett mit Ihnen war. Sie können beurteilen, ob er sie lange hat warten lassen, ob er sich Zeit nimmt, Ihnen überhaupt zuzuhören, und zuletzt, ob Sie gesund geworden sind. Aber ob ein innerer Zusammenhang besteht, können Sie nicht beurteilen. Sie werden nie merken – oder fast nie –, ob Sie wegen der Behandlung oder trotz der Behandlung gesund geworden sind, ob die Krankheit wegen der Behandlung nicht so schlimm verlaufen ist, oder ob sie wegen der Behandlung schlimmer verlaufen ist. Das wird Ihnen nie bewusst werden, denn Sie haben ja in der Regel nicht mehrfach die gleiche Krankheit und können nicht zu verschiedenen Ärzten gehen. Das Unglück ist, dass alle jene Tätigkeiten, auf die wir eigentlich gerne Wert legen würden – das ärztliche Handeln, das Stellen der Diagnose, das zwischenmenschliche Gespräch – unwägbar sind. Dagegen sind alle diese Dinge, über die wir uns beklagen – Apparate, Labor – sehr einfach zu kontrollieren. Ein Röntgenbild können Sie jemandem anderen vorlegen, eine Laboruntersuchung können Sie wiederholen.
Dem sollten wir etwas abhelfen und versuchen, harte Fakten zu schaffen. Die Krankenkassen wissen genau, dass das nötig ist. Sie und auch andere Versicherungen versuchen jetzt, über mehr ärztliche Zeugnisse, über bessere Auskünfte über den Patienten die Sache in den Griff zu bekommen. Leider beisst sich aber die Katze in den Schwanz, indem natürlich die Auskünfte wieder von Ärzten kommen. Wenn sie einen Arzt durch einen zweiten kontrollieren lassen, dann müssten sie vielleicht noch einen dritten danebenstellen, und diese kontrollierenden Ärzte müssten qualifizierter sein als der ausführende. Kurz, das Unternehmen ist einfach nicht durchzuführen.
Auf der anderen Seite wird der Patient gegenüber der Versicherung immer mehr zum «gläsernen» Patienten, der völlig durchsichtig ist, weil man alle möglichen Daten von ihm haben will, einfach aus der schlichten Notwendigkeit heraus, dass die Versicherung einfach wissen will, was da geht. Wir haben ja heute schon die ersten Fälle von Missbräuchen, wo Daten über eine Krankenversicherung einer Pensionskasse zukommen, die dann die Aufnahme in die Pensionskasse ablehnt, weil sie über die Betriebskrankenkasse weiss, dass der Betreffende ein Leiden hat, das die Pensionskasse dann belasten könnte.
Ich schlage Ihnen hier vor, dass wir ein neues Element viel stärker gewichten, nämlich die Zeitmessung. Wir können nicht beurteilen, ob während der Zeit, die ein Arzt dem Patienten widmet, wirklich etwas Gescheites herauskommt. Vielleicht spricht er effektiv über den Fussballmatch. Wir können aber kontrollieren, ob das Gespräch stattgefunden hat und wie lange es gedauert hat. Eine Zeitmessung wird an vielen Orten praktiziert und ist vielerorts als Mass der Entschädigung üblich. Man sollte die Zeitmessung vermehrt anwenden in all den Bereichen, wo es nicht mit einfachen Mitteln möglich ist, eine Qualitätskontrolle durchzuführen. Das sollten wir jetzt in diesem Gesetz ausdrücklich sagen.
Damit Sie mich nicht missverstehen: Ich stehe nicht als Ärztevertreter vor Ihnen, denn der Vorschlag, den ich Ihnen jetzt unterbreite, wird bei meinen Kollegen nicht Begeisterungsstürme auslösen. Das kann ich Ihnen schon jetzt sagen. Es gibt Leute, die ihn unterstützen, aber ich bin versucht zu sagen, dass wahrscheinlich eine Mehrheit eher dagegen ist. Wenn wir aber die Apparatemedizin in den Griff bekommen wollen – allenfalls dort die Tarife senken und die ärztliche Leistung besser honorieren im Ausgleich dazu –, dann müssen wir eine Kontrolle schaffen. Die Kontrolle heisst nicht mehr Papier und mehr Schreiben von Diagnosen, sondern die einzig mögliche Kontrolle ist die Zeitkontrolle. Es wäre dann den Versicherungen zum Beispiel möglich, die Daten von einem bestimmten Arzt am Tage X zu poolen. Wenn dann mehr als 24 Stunden aufgeschrieben sind, hat sich irgendwo ein Fehler eingeschlichen, um es einmal vornehm zu sagen. Es ist dann auch für den Patienten sehr leicht möglich, zum Beispiel eine Rechnung zu kontrollieren, denn er weiss nämlich, ob er 5 oder 45 Minuten dort war. Mit anderen Worten: es ist eine gute Möglichkeit, eine Kontrolle auszuüben nicht über die Qualität, aber zumindest über das Zweitwichtigste, was ich dem Patienten geben kann, nämlich meine Zeit. Das Wichtigste wäre das Wissen, aber – das habe ich eben gesagt – das kann man nicht kontrollieren.
Ich möchte Sie daher bitten, in diesen Absatz 7 den Satz einzufügen: «Insbesondere ist bei allen Verrichtungen, wo die Qualität der medizinischen Leistung mit geringem Aufwand nicht kontrollierbar ist, der Zeitaufwand für die verrechnete Leistung anzugeben.» Wir können einen wichtigen Schritt vorwärts machen, wenn Sie mir hier beistimmen und wir das heute beschliessen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Hier habe ich einige Mühe; auch die Kommission hatte einige Mühe. Man muss nun den Artikel lesen: «Der Arzt hat in der Krankenpflege- und Krankengeldversicherung dem Honorarschuldner alle Angaben über die Diagnose sowie über die Untersuchungen und Behandlungen und die Daten, an denen sie vorgenommen wurden, zu machen, die für die Festsetzung notwendig sind. Insbesondere ist bei allen Verrichtungen, wo die Qualität der medizinischen Leistung mit geringem Aufwand nicht kontrollierbar ist, der Zeitaufwand für die verrechnete Leistung anzugeben.» So einfach ist das ja nicht. Wenn man zuerst alle Angaben über die Diagnosen, Untersuchungen und Behandlungen und die Daten, an denen sie vorgenommen wurden, gemacht hat, muss man noch entscheiden, ob man die Qualität einer Arbeit feststellen kann oder nicht. Wenn man sie nicht feststellen kann, muss man noch die Zeiten angeben, die der Patient dort verbracht hat. Es ist gut und recht, den Arzt zu kontrollieren. Aber etwas übertrieben dürfte diese Regelung sein. Man kann nämlich mittels der Daten und der Beschreibung der Untersuchungen auch eine Kontrolle durchführen.
Ich möchte Ihnen daher im Namen der Kommissionsmehrheit beantragen, diesen Antrag abzulehnen.

M. **Dupont**, rapporteur: La majorité de la commission vous

propose de rejeter la proposition Günter. Mais, à vrai dire, l'idée n'était pas si mauvaise, car lorsqu'on n'arrive pas à estimer la valeur de la prestation par le diagnostic, par les examens et les traitements, pourquoi ne pas utiliser la facteur temps, cela ne paraît pas du tout stupide, c'est en tout cas simple. Ainsi, au nom de la majorité de la commission, je vous propose de rejeter la proposition Günter tout en estimant, personnellement, qu'elle n'est pas si mauvaise que cela.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	36 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	81 Stimmen

Art. 22quater Abs. 1

Antrag der Kommission

Der Bundesrat setzt nach Anhören der Beteiligten die Vergütungen an die Apotheker für ihre Leistungen, die Vergütungen für die von Laboratorien vorgenommenen Analysen sowie die Vergütungen für die von den Kassen zu übernehmenden Mittel und Gegenstände fest. Die Vergütungen für Leistungen und Analysen können durch Vertrag und im vertragslosen Zustand durch die Kantonsregierung um höchstens 10 Prozent erhöht oder gesenkt werden.

Art. 22quater al. 1

Proposition de la commission

Le Conseil fédéral, sur préavis des intéressés, fixe les rémunérations dues aux pharmaciens pour leurs prestations, les rémunérations dues pour les analyses faites par les laboratoires ainsi que les rémunérations pour les moyens et appareils à prendre en charge par les caisses. Les rémunérations pour prestations et analyses peuvent être augmentées ou réduites de dix pour cent au plus par convention ou, en l'absence de convention, par décision du gouvernement cantonal.

Angenommen – Adopté

Art. 22quater Abs. 2

Antrag der Kommission

... Hebammen, Personen der spitalexternen Krankenpflege und des medizinisch-therapeutischen Personals sowie für ambulante ...

Mehrheit

Ablehnung des Antrages der Minderheit

Minderheit

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

... Beteiligten die Tarife. Die Tarife für die ambulanten Behandlungen der Heilanstalten dürfen bei medizinisch-technischen Leistungen 80 Prozent, bei den übrigen Leistungen 100 Prozent der Selbstkosten der Heilanstalt ohne Investitionskosten nicht überschreiten.

Art. 22quater al. 2

Proposition de la commission

... des sages-femmes, du personnel paramédical et du personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital, ainsi que pour les traitements ambulatoires ...

Majorité

Rejeter la proposition de la minorité

Minorité

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

... consulté les intéressés. Les tarifs applicables aux traitements ambulatoires en établissement hospitalier ne peuvent pas dépasser 80 pour cent pour les prestations médico-techniques; pour les autres prestations, ils ne peuvent dépasser 100 pour cent des frais propres de l'établissement hospitalier, sans les frais d'investissement.

Zehnder, Sprecher der Minderheit: Die Spitäler werden zu einem wesentlichen Teil aus Steuermitteln finanziert. Es ist deshalb nur recht und billig, wenn die Steuerzahler im Spitalfall nicht nochmals die vollen Kosten leisten müssen. Das gilt für die stationäre wie für die ambulante Behandlung. Deshalb beantragen wir, dass für die Tarife in der ambulanten Spitalbehandlung ebenfalls Limiten gesetzt werden, die mindestens verhindern, dass die Investitionskosten doppelt bezahlt werden. Solche Limiten scheinen um so notwendiger, als der Raubzug im Bereich der Spitalzusatzversicherungen auch auf die ambulante Spitalbehandlung ausgedehnt werden soll. Wenn wir verhindern wollen, dass die technischen Einrichtungen gewisser Kliniken zu einem besonders lukrativen Geschäft werden und die öffentlichen Spitäler das Nachsehen haben, dann drängt sich eine gewisse Reduktion der verrechenbaren Taxen auf. Die Installationen der frei praktizierenden Ärzte werden dadurch nicht konkurrenziert, weil keine Verpflichtung der Versicherten besteht, medizinisch-technische Untersuchungen in Spitälern vornehmen zu lassen.
Ich bitte Sie, dem Minderheitsantrag zuzustimmen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Wenn sie die beiden Anträge vergleichen, sehen Sie, dass nach Antrag Bundesrat und Kommission die Kantonsregierungen die Taxen nach Anhören der Kassen und in Verträgen mit den Kassen bestimmen.
Herr Zehnder will in seinem Antrag die obere Grenze bei 80 Prozent der Kosten ohne Investitionen festlegen. Ich kann Ihnen nur sagen, dass die Kommission diesen Artikel, wie ihn der Bundesrat vorlegte und ergänzt durch die Formulierungen der Kommission, mit 19 gegen 7 Stimmen angenommen hat. Die Kommission beantragt Ihnen, den Antrag Zehnder abzulehnen.

M. **Dupont,** rapporteur: La minorité souhaite rajouter une phrase à la version de la majorité. On pourrait ainsi fixer le taux à ne pas dépasser pour les tarifs applicables aux traitements ambulatoires en milieu hospitalier. On peut rappeler qu'en première lecture à la commission, une majorité s'était dégagée pour adopter l'introduction d'une telle phrase, mais avec des taux différents, 60 et 80 pour cent. Il faut aussi souligner qu'à l'origine de cette proposition, se trouvait une proposition similaire de la Conférence nationale d'économie.
On peut donc dire que l'idée est intéressante, mais la majorité de la commission ne l'a cependant pas retenue et vous propose d'en rester au texte de la majorité et de refuser la proposition Zehnder.

Bundesrat **Egli:** Der Bundesrat opponiert diesem Minderheitsantrag vehement.
Aus zwei Gründen: Erstens einmal würden wir uns mit einem solchen Antrag in die kantonale Tarifkompetenz einmischen, und wir erhielten wahrscheinlich kaum das Verständnis der kantonalen Sanitätsdirektoren.
Zweitens aber auch aus sachlichen Gründen. Dieser Minderheitsantrag bedeutet, dass die Spitäler ambulante Behandlungen unter den Preisen, wie sie für die Ärzte gelten, anbieten müssten, also eine gesetzlich vorgeschriebene Dumpingpolitik. Dafür geht mir das Verständnis vollständig ab. Eine Folge könnte übrigens sein, dass die Spitäler – wenn man sie so einschränkt – überhaupt keine ambulante Behandlungen mehr anbieten. Das ist doch sicher nicht das, was Sie mit diesem Minderheitsantrag anvisieren.
Ich bitte Sie, der Kommission zuzustimmen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	39 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	76 Stimmen

Art. 22quater Abs. 3

Antrag der Kommission

... Hebammen, medizinisch-therapeutischem Personal, Personen der spitalexternen Krankenpflege, Laboratorien und Heilanstalten bedürfen der Genehmigung der Kantonsregierung. Verträge, die in der ganzen Schweiz gültig sind, bedürfen der Genehmigung des Bundesrates. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob die ...

Art. 22quater al. 3

Proposition de la commission

... le personnel paramédical et le personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital, les laboratoires et les établissements hospitaliers doivent être approuvées par le gouvernement cantonal. Les conventions qui valent pour toute la Susise doivent être approuvées par le Conseil fédéral. L'autorité respectivement compétente vérifie si les taxes ...

Angenommen – Adopté

Art. 22quater Abs. 4

Antrag der Kommission

... nach Abschluss der Behandlung, spätestens aber drei Monate nach dem ersten Medikamentenbezug, Rechnung stellt. In diesem Fall ist die Kasse verpflichtet, die entsprechenden Kosten dem Apotheker gegenüber zu übernehmen.

Antrag Reimann

(Fassung der Kommission)

... Rechnung stellt. (Rest des Absatzes streichen)

Art. 22quater al. 4

Proposition de la commission

... fin du traitement, mais au plus tard trois mois après réception du premier médicament. Dans ce cas, la caisse est tenue envers la pharmacien de prendre les frais correspondant à sa charge.

Proposition Reimann

(version de la commission)

... du premier médicament. (Biffer le reste de l'alinéa)

Reimann: Ich habe heute vormittag mit meinem Antrag anscheinend die Ärzte gereizt. Oder waren es nur die Ärztinnen? Nun riskiere ich, das gleiche an den Apothekern zu verüben. Aber ich zweifle nicht daran, dass auch sie die nötigen Gegendrogen zur Verfügung haben.
Bekanntlich gilt im vertragslosen Zustand von Gesetzes wegen der sogenannte «tiers garant», das bedeutet die Honorarhaftung des Versicherten bzw. des Patienten. Ärzte wie Apotheker stellen dem Patienten direkt Rechnung. Allerdings erlaubt sich kaum einer der Ärzte, vom Patienten während der Behandlung nach jeder Konsultation Barzahlung zu verlangen oder ihm eine A-conto-Zahlung nahezulegen.
Bei den Apothekern war es jedoch schon unter dem bisherigen Gesetz notwendig, ihnen während des vertragslosen Zustandes die Kreditgewährung bis zum Abschluss der Behandlung vorzuschreiben. Ich weiss nicht, ob das etwas mit der besonderen Veranlagung der Apotheker zu tun hat. Man will aber nur unter der Bedingung auf die Bezahlung jedes einzelnen Medikamentes durch das Kassenmitglied während der Behandlung verzichten, dass die Krankenkassen auch in einem vertragslosen Zustand gegenüber dem Apotheker direkt zahlungspflichtig werden: Die Apotheker verlangen ein solches Sonderzüglein, das man den Ärzten gegenüber nicht gewährt, obschon sie sich selber gerne zu den Medizinalpersonen zählen. Mit Recht müssen sich die Krankenkassen fragen, welche Mittel ihnen zur Verfügung stehen, die Apotheken zum Abschluss von Verträgen zu veranlassen, wenn diesen auch in einem vertragslosen Zustand die direkte Haftung durch die Kassen gesichert ist. Dies vor allem wenn man weiss, dass zum Beispiel in einigen Kantonen der Westschweiz Schwierigkeiten bestehen, die Apotheken vertraglich zu verpflichten, den Kassen anzugeben, welcher Arzt welches Medikament verordnet hat. Die Apotheken möchten also die Direktbezahlung der Krankenkasse, ohne sich selber vertraglich verpflichten zu müssen. Ich beantrage Ihnen deshalb, den letzten Satz von Absatz 4 in der Fassung der Kommission zu streichen.

Landolt: Im vertragslosen Zustand des KUVG gilt tatsächlich der «tiers garant». Aber bereits heute wird von diesem System abgegangen, indem die Apotheke dem Klienten Kredit gewährt. Dieser Ausnahme, diesem Abgehen vom üblichen System, kann nur zugestimmt werden, wenn der Satz «In diesem Falle ist die Kasse verpflichtet, die entspechenden Kosten dem Apotheker gegenüber zu übernehmen» stehen bleibt. Der Sinn ist doch der, dass vermieden wird, dass der Kranke Medikamente bezahlen muss, wenn er sich als Versicherter ausweisen kann.
Herr Reimann übersieht in seinem Votum, dass die Medikamentenlieferung mit gar nichts anderem in diesem Sofortprogramm eine Parallele hat. Nur gerade die Medikamentenpreise werden von der Eidgenössischen Arzneimittelkommission, d. h. staatlich, festgesetzt. Nur gerade die Medikamente werden in einer Liste festgehalten. Es ist so, dass in der gültigen Spezialitätenliste, in der die Medikamente festgehalten werden, die «zur Rezeptur für die Krankenkassen empfohlenen pharmazeutischen Spezialitäten» enthalten sind. In Zukunft heisst es: «... der zur Rezeptur für die Krankenkassen vorgeschriebenen pharmazeutischen Spezialitäten». Es ist hier erstmals festgelegt, dass alle übrigen Arzneimittel freiwillige Leistungen sind, und schliesslich wird ebenfalls erstmals gesetzlich festgehalten, dass gewisse Medikamente nicht bezahlt werden dürfen. Diese Bestimmungen haben Sie soeben ohne Diskussion in Artikel 12 Absatz 6 genehmigt. Das ist neu im Sofortprogramm gegenüber dem geltenden KUVG. Mit diesem engen Korsett bleibt dem Arzt trotzdem ein genügender Raum, innerhalb welchem er Medikamente verordnen kann. Der Apotheker aber hat überhaupt keine Möglichkeiten, irgendwelche anderen Leistungen zu erbringen als solche, zu denen die Krankenkassen aufgrund des Gesetzes nun neu und eindeutig verpflichtet sind. Es gibt für die Krankenkassen überhaupt keinen Grund mehr, die Bezahlung der in den erwähnten Listen aufgeführten Medikamente abzuweisen. Die Krankenkassen sind zukünftig gesetzlich verpflichtet, die Kosten dieser Arzneimittel zu übernehmen oder abzulehnen; sie sind also auch gesetzlich verpflichtet, abzulehnen, weil Sie dieser Negativliste gerade vorhin zugestimmt haben. Eine Zahlungsverweigerung käme zukünftig einer Gesetzesverletzung, zumindest einer Diskriminierung gegenüber den versicherten Mitgliedern, gleich.
Ich bitte Sie, dem Mehrheitsbeschluss zuzustimmen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Sie werden verstehen, dass es mir – nachdem die Kommission diesen Antrag mit 14 zu 6 Stimmen abgelehnt hat – schwerfällt, jetzt einfach zuzustimmen. Herr Reimann hat aber recht – und das haben wir vielleicht in der Kommission etwas zu wenig beachtet –: Wenn ein vertragsloser Zustand besteht, können die Apotheker trotzdem alle Rechnungen an die Kassen schicken und sie von ihnen bezahlen lassen. Allerdings stimmt es, was Herr Landolt gesagt hat, dass wir das Problem wahrscheinlich viel zu wenig beachtet haben. Medikamente, die auf der Liste figurieren, müssen bezahlt werden, ob ein Vertrag besteht oder nicht. Aber es gibt die Möglichkeit, wie bei den Sozialpartnern auf Verhandlungsbasis entsprechende Rabatte und Rückvergütungen usw. zu vereinbaren. Das wird erleichtert, wenn die Apotheker das Geld bei den Versicherten einziehen müssen.
Die Kommission hat dies mit 14 zu 6 Stimmen beschlossen. Persönlich ziehe ich aber den Antrag von Herrn Reimann vor.

M. **Dupont**, rapporteur: La commission vous propose un

texte adopté par la majorité, mais comme vient de le souligner le président, la responsabilité première reste à l'assuré. Les relations se situent au niveau de ce dernier et du pharmacien. S'il y a une convention entre la caisse de l'assuré et le pharmacien, il est évident que celle-ci prendra en charge la facture. Toutefois, la proposition de M. Reimann s'inscrit tout à fait dans la logique de la loi. Ainsi, bien que la majorité de la commission rejette cette suggestion, je crois qu'en fait elle est justifiée et que nous pourrions l'accepter.

Bundesrat **Egli:** Nach nochmaliger Prüfung und reiflicher Überlegung komme ich auch zum Schluss, dass Herr Reimann wahrscheinlich doch recht hat. Der zur Diskussion stehende Absatz beginnt mit dem Satz: «Artikel 22bis Absatz 2 gilt sinngemäss.» Und Absatz 22bis im geltenden Recht lautet: «Sofern durch Vertrag nichts anderes vereinbart wird, ist der Versicherte Honorarschuldner.» Und der letzte Satz des von der Kommission beschlossenen Absatzes steht insbesondere dann im Widerspruch zu diesem Artikel 22bis Absatz 7, wenn ein vertragsloser Zustand besteht. Nach diesem Satz würde also die Kasse dann sogar automatisch zum Honorarschuldner. Das kann nicht der Sinn des Gesetzes sein, abgesehen davon, dass man damit im Widerspruch stünde zum ersten Satz des Absatzes.
Ich möchte Ihnen daher beliebt machen, dem Antrag Reimann zuzustimmen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Reimann	56 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	30 Stimmen

Art. 22quinquies Abs. 1 und 1bis (neu)
Antrag der Kommission

Mehrheit
Abs. 1
Die Behandlungspauschale (Art. 12 Abs. 1 Ziff. 2) deckt höchstens 60 Prozent der Betriebskosten der Heilanstalt je Pflegetag und Patient für die allgemeine Abteilung. Aufwendungen für Lehre und Forschung dürfen nicht berücksichtigt werden. Bei Heilanstalten, deren Träger öffentliche Körperschaften sind oder die im öffentlichen Interesse betrieben werden, bleiben Investitionskosten grundsätzlich ausser Rechnung. Stellt die Heilanstalt für bestimmte Leistungen gesondert Rechnung, dürfen die Kosten für diese Leistungen bei der Festlegung der Behandlungspauschale nicht berücksichtigt werden; den Kassen dürfen für diese Leistungen höchstens 60 Prozent der Kosten in Rechnung gestellt werden.

Minderheit
(Zehnder, Borel, Bratschi, Eggli-Winterthur, Gloor, Neukomm, Vannay)

Abs. 1
... höchstens 50 Prozent der ...
... grundsätzlich ausser Rechnung. (Rest des Absatzes streichen.)

Abs. 1bis
Stellt die Heilanstalt für bestimmte Leistungen gesondert Rechnung, dürfen die Kosten für diese Leistungen bei der Festlegung der Behandlungspauschale nicht berücksichtigt werden; den Kassen dürfen für diese Leistungen höchstens 50 Prozent der Kosten in Rechnung gestellt werden. Der Bundesrat bestimmt, für welche Leistungen eine besondere Taxe festgelegt werden kann.

Antrag Stucky
Abs. 1bis
Die Teilzeitpauschale deckt einen Teil der Pflege- und Unterkunftskosten während des zeitlich beschränkten, jedoch wiederholten Tagesaufenthaltes. Zusätzlich sind die therapeutischen Leistungen in Rechnung zu stellen.

Art. 22quinquies al. 1 et 1bis (nouveau)
Proposition de la commission

Majorité
Al. 1
Le forfait pour frais de traitement (art. 12 1er al., ch. 2) couvre au plus 60 pour cent des frais d'exploitation de l'établissement hostpitalier par journée de soins et par patient dans la division commune. Les frais de formation et de recherche ne peuvent pas être pris en compte. Les frais d'investissement ne sont, en principe, pas pris en considération pour les établissements hospitaliers, dont les responsables sont des corporations publiques ou qui sont d'intérêt public. Si l'établissement hospitalier présente une facture séparée pour certaines prestations, les frais correspondant à celles-ci ne peuvent pas être pris en considération lors de la fixation du forfait pour frais de traitement; pour ces prestations, seul 60 pour cent, au plus, des frais peut être porté au compte des caisses.

Minorité
(Zehnder, Borel, Bratschi, Eggli-Winterthour, Gloor, Neukomm, Vannay)

Al. 1
... au plus 50 pour cent ...
... ou qui sont d'intérêt public. (Biffer le reste de l'alinéa)

Al. 1bis
Si l'établissement hospitalier présente une facture séparée pour certaines prestations, les frais correspondant à celles-ci ne peuvent pas être pris en considération lors de la fixation du forfait pour frais de traitement; ces prestations ne peuvent être portées en compte que jusqu'à concurrence de 50 pour cent au plus. Le Conseil fédéral définit les prestations pour lesquelles une taxe spéciale peut être fixée.

Proposition Stucky
Al. 1bis
L'indemnité pour hospitalisation à temps partiel couvre une partie des frais pour soins médicaux et pharmaceutiques et des frais de pension durant l'hospitalisation temporaire, mais répétée de jour. Les prestations thérapeutiques sont facturées en sus.

Zehnder, Sprecher der Minderheit: Ich nehme an, Herr Präsident, dass ich auch gleichzeitig zum Absatz 1bis sprechen darf; die Anträge gehören ja zusammen.
Heute decken die Krankenkassen im schweizerischen Mittel etwa 50 Prozent der Spitalbetriebskosten. Die Kostendekkung – es geht hier um den Kostendeckungsgrad – ist derart unterschiedlich, dass wir noch Kostendeckungsgrade haben, die unter 30 Prozent liegen, und wir haben vor allem in der Westschweiz leider Kostendeckungsgrade, die um die 90 Prozent herum liegen. Wenn der Durchschnitt bei 50 Prozent liegt, ist es nicht einzusehen, weshalb unter dem Titel «Kosteneindämmung» – einmal mehr dieses schöne Wort – die unbeschränkte Leistungsdauer bei Spitalaufenthalt und zugleich noch ein höherer Kostendeckungsgrad zu Lasten der Krankenversicherung eingeführt werden sollte. Bereits bei 50 Prozent werden sich verschiedene, keineswegs finanzschwache Kantone legitimiert sehen, ihre Spitaltaxen anzuheben, auch wenn es im Gesetz «höchstens» heisst. Im Wallis, dem Kanton mit den höchsten Spitaltaxen, ist vor kurzem in Rekordzeit eine Volksinitiative zustande gekommen, die eine hälftige Beteiligung des Kantons an den Betriebskosten verlangt. Ich ersuche Sie, dem Minderheitsantrag zuzustimmen.
Im übrigen ist auf die ausgeteilte Korrektur der Fahne zu verweisen. Der Rest von Absatz 1 ist selbstverständlich beizubehalten.
Zum Absatz 1bis: Die Wirtschaftlichkeit der Spitalbehandlung ist von den Krankenkassen und ihren Vertrauensärzten in erster Linie in bezug auf die Notwendigkeit und die Dauer zu überprüfen. Eine weitergehende Untersuchung der

Behandlung, die einem Spitalpatienten im Einzelfall zuteil wird, ist mit vernünftigem Aufwand nicht möglich. Es müssen daher bei den besonderen Leistungen (die Extras sollen ja jetzt in Rechnung gestellt werden können) die gleichen Kostenbremsen eingebaut werden wie bei den übrigen Spitalbehandlungen. Diese Kostenbremse kann in beiden Fällen nur darin bestehen, dass die öffentliche Hand durch eine wesentliche finanzielle Mitbeteiligung an einer wirtschaftlichen Behandlung interessiert ist. Ohne diese Kostenbremse wird sich jedes Spital zum Beispiel einen oder mehrere Computertomographen anschaffen und damit die Spitalrechnung verbessern. Das Spiel beginnt jetzt auch mit den Nierensteinzertrümmerern und anderem mehr. Die Versuchung ist gross, den Einrichtungswünschen der Chefärzte unbesehen nachzugeben, wenn die Kosten beliebig weiterverrechnet werden können. Es braucht deshalb auch bei den besonderen Leistungen Richtwerte, die aufgrund einer angemessenen Auslastung der Einrichtungen errechnet werden. Darüber hinaus muss verhindert werden, dass in jedem Kanton wieder etwas anderes zu den besonderen Leistungen zählt. Gerade auf dem Gebiet des medizinischen Fortschrittes dürfte der Föderalismus keine Berechtigung haben. Es scheint mir deshalb Sache des Bundesrates zu sein, eine gewisse Ordnung bei der Berechnung dieser Sonderleistungen aufzustellen. Diese Sonderleistungen für die Honorierung der Spitalbehandlung liegen sowieso vollständig quer zur dringend notwendigen Kostendämpfung. Wenn man sie nun «partout» einführen will – ich habe mich dagegen gewehrt –, dann auf eine Art, die sich möglichst wenig kostenaufblähend auswirken kann. Wenn wir schon dem Bundesrat die Kompetenz zur Harmonisierung der Tarifstrukturen in der ambulanten Behandlung erteilen, dann sollten wir nicht gleichzeitig dafür sorgen, dass im stationären Bereich X Sonderregelungen für die Verrechnung von Einzelleistungen entstehen.
Ich beantrage Ihnen deshalb, dass auf Bundesebene festgelegt wird, welche Leistungen allenfalls zusätzlich in Rechnung gestellt werden können. Die Kostendeckung wäre dann – je nach Ihrem Beschluss im Absatz 1 – entweder höchstens 50 Prozent (wie es mein Antrag vorsieht) oder höchstens 60 Prozent (wie das die Mehrheit beantragt).
Ich bitte Sie um Unterstützung dieses Minderheitsantrages.

Hösli: Namens der Fraktion der SVP beantrage ich Ihnen, die Mehrheit zu unterstützen. Ich tue dies aber nicht nur namens der SVP, ich tue dies auch im vollen Einverständnis mit der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz, nicht nur des Vorstandes dieser Konferenz, sondern der Konferenz an und für sich. Für die Sanitätsdirektoren ist es sehr wichtig zu wissen, ob wir als Parlament hier nun auf 50 Prozent beharren oder ob durch die Spitalträger bis zu 60 Prozent weiter belastet werden dürfen. Dabei ist nicht gesagt, dass die Kantone diese Marge auch ausschöpfen. Es gibt viele Fälle, in denen sie es nicht tun. Wenn sie es tun, wird vielleicht dafür auf einem anderen Gebiet mehr geleistet. Man muss das immer als ein Ganzes ansehen, sonst fällen wir unrichtige Entscheide.
Herr Kommissionspräsident Eggli hat vorhin zu meiner Genugtuung gesagt, er hätte in Sachen Planung Vertrauen in die kantonalen Regierungen. Jetzt ist er leider bei der Minderheit. Ich hoffte, er hätte hier auch Vertrauen, dass die Kantonsregierungen den richtigen Weg finden. Ich habe nicht nur Vertrauen zu diesen Regierungen, ich habe auch Vertrauen in die Kantonalverbände der Krankenkassen. Das ist genau dasselbe. Nicht nur das Konkordat, die Zentrale in Solothurn, wirkt da mit, sondern in den Kantonen die Kantonalverbände. Und man sitzt mit diesen Leuten zusammen, und man findet miteinander immer eine Lösung, welche sowohl für die Krankenkassen als auch für die Steuerzahler akzeptabel ist.
Kostendämpfung, hat Herr Kollege Zehnder gesagt. Ich glaube, in den Kantonen ist man bestrebt zu sparen, ohne diese Geissel. Man ist schon von Haus aus gewohnt, mit dem Geld sparsam umzugehen. Die Kantonsregierungen müssen ja nicht nur gegenüber den Krankenkassen antreten, sondern auch gegenüber den kantonalen Parlamenten, in denen der Finger ebenfalls auf das Sparen gelegt wird, sicher zu Recht. Hier müssen Sie den Kantonen den nötigen Spielraum lassen.
Wir im Kanton Glarus hätten jetzt nach Reglement des Landrates für die allgemeine Abteilung 65 Prozent Deckung, wobei die Regierung die Vollmacht hat, mit den Krankenkassen Sonderlösungen auszuhandeln. Aufgrund dieser Sonderlösungen mit Verschiebungen des Inkrafttretens der neuen Taxen ist es eine Tatsache, dass im Kanton Glarus die Kassen jetzt etwa 55 Prozent zahlen. Wenn das durchgeht mit 60 Prozent, werden wir auf die 50 Prozent gehen. Aber überlassen Sie das bitte den Kantonen, und überlassen Sie das auch den kantonalen Verbänden der Krankenkassen. Die wissen sich schon zu wehren!

Frau **Segmüller:** Bezüglich Absatz 1, wo es um den Prozentsatz des Deckungsrades geht, möchte ich Sie bitten, der Kommission zuzustimmen.
Der Antrag, im Gesetz einen Deckungsgrad festzulegen, stammt ja von der Sparkonferenz. Die Sparkonferenz aber wollte mitnichten bloss die obere Grenze festlegen, sie wollte einen Bereich festlegen, nämlich 40 bis 60 Prozent Deckungsgrad. Damit sollte in erster Linie eine Vergleichbarkeit sichergestellt werden, denn an sich hilft das ja noch nicht sparen.
Zwischen diesen 40 und 60 Prozent bewegen sich heute die Deckungsgrade der Pauschalen. Wenn Sie 50 Prozent vorschreiben, greifen Sie in einer Art in die Tarifhoheit der Kantone ein, die im jetzigen Moment schlicht und einfach unzulässig ist und für die kein Anlass besteht. Ich bitte Sie also, 60 Prozent zu beschliessen, wenn schon in der Kommission die untere Begrenzung (40 Prozent) fallengelassen wurde.
Zum Absatz 1bis von Herrn Zehnder: Hier muss ich Sie doch bitten: Führen Sie nicht wieder eine Bundesregelung ein, die kontraproduktiv wirken könnte. Ich begreife nie, wieso eine Vollpauschale helfen soll, Kosten zu sparen; das Gegenteil ist der Fall! In einer Vollpauschalierung müssen Sie ja alle möglichen Leistungen einschliessen, also gewissermassen ein Kissen, ein Kostenkissen, einbauen. Wenn Sie – wie wir das im Kanton St. Gallen praktizieren – wohl eine Pauschale haben, für bestimmte seltene Leistungen aber gesondert Rechnung stellen können, dann hilft das, die Pauschale tiefer zu halten, und wenn Sie erst noch, wie wir das hier vorsehen, bei diesen gesonderten Leistungen denselben Deckungsgrad haben müssen wie bei der Pauschale, also auch nur 60 Prozent, dann hilft das echt Kosten sparen gegenüber einer Vollpauschale.
Man muss doch das klar sehen! Es ist im Grunde genommen widersinnig, einerseits von den Spitälern eine Kostenstellenrechnung zu verlangen, und andererseits dann das Heil in der Vollpauschale zu suchen. Eine Vollpauschale ist entgegen dem Verursacherprinzip. Wozu soll denn eigentlich eine Kostenstellenrechnung noch gut sein, wenn die Spitäler die Erkenntnis daraus nicht in die Taxen umsetzen dürfen, wenn sie nicht weiterverrechnen können?
Ich bitte Sie also aus diesem Grunde, den Antrag Zehnder abzulehnen.
Herr Zehnder schlägt zusätzlich vor, dass der Bundesrat bestimmen soll, welche Leistungen einer gesonderten Taxe würdig befunden werden. Auch hier planen Sie an der Wirklichkeit vorbei, wenn Sie Herrn Zehnder zustimmen. Welche Leistungen gesondert berechnet werden müssen, hängt vom Angebot des Spitals ab. Eine vernünftige Pauschale soll die Mehrheit der vom durchschnittlichen Patienten benötigten Leistungen umfassen. Spezialleistungen sollen gesondert verrechnet werden können.
Dieses Angebot an den Durchschnittspatienten variiert doch je nach Angebot des Spitals, zum Beispiel auch von der Spezialisierung her. Entsprechend muss die richtig verstandene Pauschalierung und Verrechnung mit gesonderten Leistungen in jedem Kanton auf das Angebot des Spitals oder der Heilanstalt abgestimmt sein. Wenn man das so versteht, dann ist das ein echter Beitrag, die Pauschalen tief

zu halten, und das, meine ich, sollte nun wirklich im Interesse der Kassen liegen.
Ich bitte Sie daher, die Anträge Zehnder abzulehnen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Wie Frau Segmüller bereits gesagt hat, wurde von der Sparkonferenz vorgeschlagen, dass die Pauschale auf 40 bis 60 Prozent der Betriebskosten bei den öffentlichen Spitälern – ohne Kosten für Lehre und Forschung und ohne Investitionen – festgelegt werden soll. Wir haben ja heute, wie auch gesagt wurde, Differenzen zwischen 30 und 90 Prozent, und es ist nicht nur der Kanton Wallis, der so weit oben ist, sondern es gibt auch einen bekannten Halbkanton, der bei diesen Kosten zwischen 80 und 90 Prozent liegt. Wir müssen uns im Klaren sein, dass diese Kantone reduzieren müssen, wobei das mindestens in diesem Halbkanton nicht die billigsten Taxen sind. Dazu kommt, dass wir in der Kommission nicht wollten, dass nun diejenigen Kantone, die mit ihren Spitaltaxen unter 40 Prozent sind, nun einfach auf 40 Prozent steigen müssen. Vielleicht würde das einigen Sanitäts- und insbesondere Finanzdirektoren passen, wenn der Bund vorschreiben würde, sie müssten auf 40 Prozent hinaufgehen. Aber das wollten wir nicht, denn damit würde der Zweck nicht erreicht, dass Einsparungen erfolgen und die Kantone damit gezwungen werden – und das ist das wesentliche daran –, ein Interesse am Sparen zu haben; sie können damit nicht alles über die Taxen abwälzen. Deshalb wurde dieser Satz auf 60 Prozent reduziert.
Was ist die Begründung für 50 oder 60 Prozent? Die Kommission hat mehrheitlich 60 Prozent beschlossen. Ich persönlich würde sagen, das es ein rein politischer Entscheid ist, ob man auf 50 oder 60 Prozent geht. Ich habe meine politische Überzeugung dokumentiert und andere ebenfalls; die übrigen können sie in der Abstimmung dokumentieren. Die Kommission hat mehrheitlich den 60 Prozent zugestimmt. Im Namen der Kommissionsmehrheit muss ich Sie bitten, das auch zu tun.
Im Absatz 1bis geht es nur darum, ob der Bundesrat diese Einzelheiten festlegt oder ob die separaten Leistungen in Verträgen festgelegt werden, wie es die Kommission beschlossen hat.

M. **Dupont**, rapporteur: Il est vrai qu'il s'agit-là d'une décision politique. Il y a un écart extraordinaire, certainement regrettable, entre les cantons. Certains d'entre eux vont jusqu'à 70 ou 80 pour cent de prise en charge des frais hospitaliers, d'autres par contre, comme mon canton, ne vont que jusqu'aux environs de 20 pour cent. L'écart est insupportable. Pour des raisons d'équité et de justice entre des gens habitant différentes régions du pays, entre cantons pauvres et riches, il faut veiller exiger certains efforts. Nous avons estimé que la proportion de 40 pour cent à la charge des cantons était aujourd'hui une solution acceptble. Cinquante pour cent seraient exigés de la part des cantons les plus faibles un accroissement de 30 pour cent. Ceci représente plusieurs dizaines de millions. Un tel accroissement serait quasiment impossible sans une augmentation immédiate et brutale de l'impôt au niveau cantonal et communal, ce qui paraît difficile. En fait, veut-on charger un peu plus le contribuable ou désire-t-on décharger un peu plus l'assuré? Finalement, au bout de la chaîne ce sont les mêmes personnes. Bien évidemment, le principe de solidarité, par l'intermédiaire de la propostion qui nous est faite, permet de corriger les inégalités entre les individus et les régions.
Nous vous proposons, parce que politiquement cela paraît être la formule la plus acceptable, d'accepter la suggestion de la majorité et de rejeter celle de la minorité.

Bundesrat **Egli**: Der Kommissionspräsident hat an sich recht, dass es Ihre freie Option ist, ob Sie den Deckungsgrad auf 50 oder auf 60 Prozent festlegen wollen. Aber ich glaube doch – und auch hier hat Herr Eggli das richtige Wort gesagt –, dass es eine politische Frage ist, die wir hier zu entscheiden haben. Da möchte ich vorerst darauf aufmerksam machen, dass wir uns hier im Tarifbereich befinden, also in einem Bereich, der eigentlich in die Kompetenz der Kantone gehörte. Der Bundesgesetzgeber ist schon verwegen genug, wenn er sich anmasst, in diesem Bereich zu legiferieren. Also sollte er sich zumindest an ein bestimmtes Mass halten. Dem Deckungsgrad von 60 Prozent haben die kantonalen Sanitätsdirektoren zugestimmt. Ich möchte Ihnen daher empfehlen, die Grossmut der Sanitätsdirektoren nicht allzu sehr zu strapazieren und es bei diesen 60 Prozent bewenden zu lassen, wie die Kommission entschieden hat.
Zum Absatz 1bis folgendes: Ursprünglich sah der Entwurf keine Entschädigung für besondere Leistungen vor. Erst die Kommission hat diese Sonderentschädigung eingeführt, und zwar mit dem Zweck, den Kantonen bei ihren Tarifverhandlungen etwas mehr Flexibilität zu gewähren. Darum ist es nun sehr unlogisch, ausgerechnet diesen Bereich dem Bundesrat zu überbinden und gesetzlich festzulegen, dass der Bundesrat die für eine besondere Taxe in Frage kommenden Leistungen festzulegen hätte, wenn ja der gesetzgeberische Wille gerade der war, den Kantonen hier mehr Handlungsspielraum einzuräumen.
Ich bitte Sie daher, dem Kommissionsantrag zuzustimmen.

Abs. 1 – Al. 1
Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	88 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	36 Stimmen

Abs. 1bis – Al. 1bis
Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	92 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	36 Stimmen

Art. 22quinquies Abs. 2
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag Stucky
Abs. 2
Die Kassen und die Heilanstalten setzen die Behandlungspauschale und die Teilzeitpauschale in einem Vertrag fest. Der Vertrag bedarf...
... Anhören der Beteiligten die Behandlungspauschale und die Teilzeitpauschale fest.

Art. 22quinquies al. 2
Proposition de la commission
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition Stucky
Al. 2
Les caisses et les établissements hospitaliers fixent dans une convention le forfait pour frais de traitement et l'indemnité pour hospitalisation à temps partiel. Cette convention...
...les membres des caisses et l'indemnité pour hospitalisation à temps partiel conformément à la présente loi.

Präsident: Die Anträge Stucky sind bereits bei Artikel 12 angenommen worden. Absatz 1bis wird jetzt Absatz 1ter.

Angenommen gemäss Antrag Stucky
Adopté selon la proposition Stucky

Art. 22quinquies Abs. 3
Antrag der Kommission
Die Heilanstalten ermitteln ihre Kosten und erfassen ihre Leistungen nach einheitlicher Methode. Sie führen hierzu eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik. Die Kantonsregierung...

Art. 22quinquies al. 3
Proposition de la commission
Les établissements hospitaliers calculent leurs frais et clas-

sent leurs prestations selon une méthode uniforme. Ils tiennent, de plus, une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations. Le gouvernement cantonal...

Angenommen – Adopté

Art. 22quinquies Abs. 4
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 22quinquies al. 4
Proposition de la commission
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 22quinquies Abs. 5 und 6
Antrag der Kommission

Abs. 5
Mehrheit
Streichen (nicht ins Sofortprogramm)

Minderheit
(Neukomm, Borel, Bratschi, Eggli-Winterthur, Gloor, Meyer-Bern, Vannay, Zehnder)
... privaten Abteilung oder in einer Privatklinik behandeln, kann...
... einzelnen Leistungen nur die vollen Selbstkosten unter Einschluss der Investitionskosten in Rechnung stellen.

Abs. 6
Streichen (siehe Art. 19bis Abs. 6)

Art. 22quinquies al. 5 et 6
Proposition de la commission

Al. 5
Majorité
Biffer (pas dans le programme d'urgence)

Minorité
(Neukomm, Borel, Bratschi, Eggli-Winterthour, Gloor, Meyer-Berne, Vannay, Zehnder)
...la division privée ou dans une clinique privée, l'établissement hospitalier peut calculer ses prestations selon d'autres principes. Pour chaque prestation, il ne peut toutefois porter en compte que l'intégralité de ses propres frais avec prise en considération des frais d'investissement.

Al. 6
Biffer (voir art. 19bis al. 6)

Neukomm, Sprecher der Minderheit: Die Aufnahme des Absatzes 5 in das Sofortprogramm stellt eine echte Kosteneindämmungsmassnahme dar; sie ist wirksam, denn bei der Rechnungstellung für die private Spitalbehandlung gibt es immer wieder überbordende Beispiele; die Auswüchse nehmen zu. Der Spitalpatient darf auch in der Privatabteilung und in der Privatklinik kein Ausbeutungsobjekt sein. Eine Kostenbegrenzung drängt sich hier genau so auf wie in den öffentlichen Spitälern. Ich bitte Sie deshalb, Absatz 5 in das Sofortprogramm aufzunehmen und für die private Rechnungsstellung Limiten zu setzen, die auch für die Privatspitäler durchaus tragbar sind.
Eine gewisse Barriere gegen die Kommerzialisierung der Spitalbehandlung ist dringlich. Deshalb gehört diese Bestimmung ins Sofortprogramm. Es wäre unverständlich zu meinen, hier müsste man Ballast abwerfen, um das ganze Miniprogramm eher durchzubringen. Es ist schlussendlich der Prämienzahler, der benachteiligt ist, wenn die Kassen ausgeplündert werden. Deshalb meine ich, dass gerade aufgrund der jüngsten Entwicklung diese Bestimmung unbedingt ins Sofortprogramm gehört.

Spälti: Ich spreche zum Minderheitsantrag Neukomm. Es geht ja – das sollte man jetzt doch wieder einmal festhalten – in diesem Gesetz, über das wir jetzt sprechen, um die Regelung der Krankenpflegegrundversicherung in diesem Teil A, also um jenen Teil der Krankenpflege, der für alle Bevölkerungsteile tragbar sein soll. Die Frage, die hier aufgeworfen wird, betrifft den weitergehenden privaten Versicherungsbedarf, also den Bereich der Zusatzversicherung. Es ist deshalb richtig, dass dieser Punkt im Sofortprogramm keine Aufnahme findet. Trotzdem aber noch ein Wort zum Inhalt des Antrages.
Für die Privatspitäler gilt heute die Tariffreiheit. Trotzdem besteht eine Vielzahl von Tarifabsprachen zwischen den Privatspitälern und den Krankenkassen, die auf freiwilliger Basis erfolgt sind und die sich bewährt haben. Im allgemeinen betreiben die Privatspitäler eine durchaus vernünftige Tarifpolitik, und sie arbeiten – übrigens auch im eigenen Interesse – kostengünstig. Dass sie bei ihrer Tätigkeit, die übrigens eine wertvolle Ergänzung zu den öffentlichen Spitälern darstellt, Gewinn erarbeiten können, macht sie unabhängig und sichert im übrigen auch ihren Fortbestand. Dass es unter den über 100 Privatspitälern in der Schweiz einige wenige schwarze Schafe gibt und wir etwas unter dem Eindruck dieser sogenannten AMI-Kliniken stehen, darf nicht dazu führen, dass nun diese Tariffreiheit im vorgeschlagenen Sinne in Frage gestellt wird. Ich bitte sie also, diesen Minderheitsantrag abzulehnen; er ist sachlich nicht gerechtfertigt, er ist auch nicht Bestandteil der Krankenpflegegrundversicherung, über die wir im Prinzip hier diskutieren, und er hat auch keine Dringlichkeit.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Der Bundesrat wollte bereits in seiner Vorlage einen gewissen Tarifschutz einbauen, indem er feststellt, dass die einzelnen Leistungen die Tarife für ambulante Behandlungen nicht überschreiten dürfen. Herr Neukomm will diesen Absatz 5 nun wieder aufnehmen und ergänzen. Im weiteren Sinne möchte Herr Neukomm einen Tarifschutz auch in den Privatspitälern und Privatabteilungen. Das würde gleichzeitig aber auch bedeuten – und darüber wurde auch diskutiert –, dass es den Privatabteilungen verboten wäre, höhere Tarife anzuwenden als für die Deckung der effektiven Kosten der allgemeinen Abteilungen, wie es heute noch da und dort vorkommt. Sie sehen vielleicht hier die Problematik; aufgrund dieser Problematik und weiterer Punkte hat die Kommission beschlossen, diesen Absatz 5 nicht in das Sofortprogramm aufzunehmen, sondern das Problem erst dann anzupacken, wenn mehr Zeit zur Verfügung steht.
Deshalb muss ich Ihnen im Auftrag der Kommission beantragen, diesen Abschnitt 5 nicht ins Sofortprogramm aufzunehmen.

M. **Dupont,** rapporteur: La volonté de la minorité de la commission de faire figurer dans la loi ce texte est en fait une reprise d'une décision de la commission, en première lecture. En effet, les partisans de cette proposition soulignent l'importance toute particulière de la lutte nécessaire contre une certaine commercialisation du traitement hospitalier.
La majorité de la commission a estimé que le problème n'était pas si simple à régler et pour les raisons que vous venez d'entendre par la voix du président de la commission et par M. Spälti, elle a jugé qu'il était préférable, pour le moment, de sortir cette question du programme d'urgence. C'est essentiellement pour cette raison que je vous propose de ne pas accepter cette disposition.

Bundesrat **Egli:** Der Bundesrat schliesst sich der Kommission an.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	39 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	78 Stimmen

Abs. 6 – Al. 6

Angenommen – Adopté

Art. 22sexies

Antrag der Kommission

Abs. 1

Von der Behandlungspauschale wird dem Versicherten ein vom Bundesrat festgesetzter Betrag als Aufenthaltspauschale in Rechnung gestellt. Die Aufenthaltspauschale kann durch eine Zusatzversicherung abgedeckt werden (Art. 12quinquies).

Abs. 2

Streichen (siehe Art. 26 Abs. 4)

Abs. 3

Mit der Behandlungs- und der darin eingeschlossenen Aufenthaltspauschale sind für die allgemeine Abteilung alle Ansprüche der Heilanstalt abgegolten; vorbehalten bleiben die besonderen Leistungen nach Artikel 22quinquies Absatz 1.

Art. 22sexies

Proposition de la commission

Al. 1

Au titre du forfait pour frais de pension, l'assuré doit prendre à son compte une part du forfait pour frais de traitement, fixée par le Conseil fédéral. Le forfait pour frais de pension peut être couvert par une assurance complémentaire (art. 12quinquies).

Al. 2

Biffer (voir art. 26, 4e al.)

Al. 3

...lorsqu'il a reçu le forfait pour frais de traitement et le forfait pour frais de pension qui y est inclus; demeurent réservées les prestations spéciales au sens de l'article 22quinquies, 1er alinéa.

Angenommen – Adopté

Art. 22septies

Antrag der Kommission

Abs. 1

Der Bundesrat erlässt Grundsätze für eine betriebswirtschaftliche Berechnung und sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife in der ambulanten Behandlung. Er sorgt für die Harmonisierung der Tarifstrukturen und deren Koordination mit den Tarifordnungen anderer Sozialversicherungszweige.

Abs. 2

Er setzt für bestimmte Leistungen oder Behandlungen, insbesondere für technisch-apparative Leistungen sowie für die Leistungen bei Mutterschaft, Höchstsätze fest, die namentlich dem Zeitaufwand für die Leistungen sowie einer angemessenen Investition, Amortisation und Auslastung bei technisch-apparativen Einrichtungen Rechnung tragen.

Abs. 3

... notwendigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten einer Heilanstalt erheblich über dem Durchschnitt liegen oder sind die Unterlagen einer Heilanstalt ungenügend, können die Kassen eine Herabsetzung der Behandlungspauschale verlangen. Kommt keine Einigung zustande, können die Kassen das Schiedsgericht (Art. 25) anrufen. Das Schiedsgericht hat auf Antrag der Kassen ohne Verzug darüber zu befinden, ob für die Dauer des Prozesses die Behandlungspauschale vorläufig herabzusetzen ist. Das Schiedsgericht kann von sich aus oder auf Antrag der Parteien eine betriebswirtschaftliche Überprüfung der Heilanstalt anordnen.

Antrag Hösli

Abs. 1

(Fassung der Kommission)

... Tarifstrukturen und deren Koordination mit denjenigen anderer Sozialversicherungszweige.

Antrag Coutau

Abs. 1, 2, 3

Nach Entwurf des Bundesrates

Abs. 4 (neu)

Die Absätze 2 und 3 sind nur auf Kantone anwendbar, die keinem regionalen oder gesamtschweizerischen Konkordat beigetreten sind, welches diese Fragen zu regeln hat.

Antrag Stucki

Abs. 3

Nach Entwurf des Bundesrates

Art. 22septies

Proposition de la commission

Al. 1

Le Conseil fédéral établit des principes visant à ce que les tarifs pour traitements ambulatoires soient calculés sur la base d'une saine gestion d'entreprise, aménagés de manière appropriée et adaptés. Il veille à l'harmonisation des structures tarifaires et à la coordination de celles-ci avec les régimes tarifaires des autres branches des assurances sociales.

Al. 2

Il fixe des taux maximaux pour des prestations ou des traitements déterminés, notamment, pour des prestations à caractère technique requérant l'usage d'appareils ainsi que pour les prestations de maternité, taux qui tiennent compte, notamment, du temps consacré à la prestation ainsi que d'un investissement, d'un amortissement et d'un taux d'utilisation adéquats des installations et appareils à caractère technique.

Al. 3

... nécessaire à cet effet. Si la comparaison des frais d'exploitation révèle que les frais d'un établissement hospitalier sont nettement au-dessus de la moyenne ou si les pièces fournies par un établissement hospitalier sont insuffisantes, les caisses peuvent exiger la réduction du forfait pour frais de traitement. Si aucun accord ne peut être conclu, les caisses peuvent en référer au tribunal arbitral (art. 25). Celui-ci doit, sur demande des caisses, décider sans délai s'il convient de réduire provisoirement le forfait pour frais de traitement, pour la durée de la procédure. Le tribunal peut, lui-même ou sur demande des parties, faire procéder à un examen des frais d'exploitation de l'établissement hospitalier.

Proposition Hösli

Al. 1

(version de la commission)

... l'harmonisation des structures tarifaires et à leur coordination avec celles des autres branches des assurances sociales.

Proposition Coutau

Al. 1, 2, 3

Selon projet du Conseil fédéral

Al. 4 (nouveau)

Les alinéas 2 et 3 ne sont applicables qu'à des cantons qui n'auraient pas adhéré à un concordat régional ou national destiné à régler ces questions.

Proposition Stucki
Al. 3
Selon projet du Conseil fédéral

Hösli: Sie haben sich vielleicht gefragt, ob wir angesichts unserer Zeitnot wirklich die nötige Zeit haben, um unbedeutende redaktionelle Änderungen vorzunehmen. Dazu kann ich Ihnen aber sagen, dass der Ersatz des Wortes «Tarifordnungen» durch «Tarifstrukturen» – was meine Formulierung beinhaltet – einesteils für die SUVA, anderenteils für die Spitalträger enorme Kostenverschiebungen verhüten soll. In der Tat beruht mein Antrag auf Erfahrungen mit dem neuen UVG bzw. mit der Auslegung gewisser Artikel desselben durch die SUVA.
Artikel 56 dieses neuen UVG sieht unter Ziffer 2 vor, dass der Bundesrat für die Koordination der Tarifordnungen unter den Sozialversicherungen sorgt. Ziffer 3 sagt dann, dass der Bundesrat im Falle eines vertragslosen Zustandes die Tarife festsetze. In den Artikeln 70 und 71 der entsprechenden Verordnung zum UVG wird die gesetzliche Vorschrift ausgeführt. In einem Schreiben vom 13. September 1983 an den Vorstand der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz legt die SUVA ihren Standpunkt und ihre Absicht offen dar. Die SUVA will für alle Unfallversicherungen eine Angleichung der Unfalltarife an die Krankenkassentarife. Dies soll erreicht werden, indem die SUVA-Tarife auf dem heutigen Stand eingefroren und solange auf diesem Niveau gehalten werden, bis die Krankenkassen das SUVA-Tarifniveau erreicht haben. Dies würde bedeuten, dass in den einzelnen Kantonen zwar unterschiedliche, aber überall ganz wesentliche Ausfälle in den Einnahmen der Spitäler entstünden. Einnahmenausfälle sind aber gleichbedeutend mit höheren Defiziten, die vorerst durch die Träger zu decken sind, aber dann mindestens zur Hälfte oder bis zu 60 Prozent – das haben wir jetzt entschieden – auf die Belastungen der Krankenkassen durch höhere Tagespauschalen durchschlagen müssten. Die Sanitätsdirektorenkonferenz ist der Überzeugung, dass der Auftrag zur Tarifharmonisierung sich eindeutig auf die strukturelle Harmonisierung, also einheitliche Tarifsysteme, gleiche Anzahl Taxpunkte für bestimmte Leistungen, aber klar gegen eine materielle Harmonisierung, also gegen gleich hohe Taxpunktwerte ausspricht. Im Kanton Waadt besteht bereits heute ein vertragsloser Zustand, was dazu führt, dass über die Auslegung der erwähnten Artikel im UVG und der entsprechenden Verordnung der Bundesrat zum Entscheid kommen wird. Herr Bundesrat Egli hat sich in verdankenswerter Weise bereit erklärt, vor einer Beschlussfassung zu diesen Fragen ausführlich mit einer Delegation der Sanitätsdirektorenkonferenz zu sprechen. Das entsprechende Datum ist meines Wissens bereits auf den November festgelegt.
Mein Antrag beim neuen KMVG bezweckt nun, bereits im Gesetz klar festzuhalten, dass mit der durch den Bundesrat zu besorgenden Koordination lediglich die Tarifstrukturen gemeint sind. Das Wort «Tarifordnungen» könnte nach Version SUVA auch die materielle Koordination einschliessen. In der Tat bestehen mehrere Gründe, die Krankenkassen anders zu behandeln als die SUVA. Einmal haben die Krankenkassen Sozialauflagen zu erfüllen, welche bei Unfällen entfallen. Sodann verfügt die SUVA über eine andere Finanzierungsmöglichkeit. Vor allem aber entfällt bei den Betriebsunfällen der überwiegende Anteil der Fälle auf Leute unter dem 65. Altersjahr. Die grosse Belastung durch die älteren Jahrgänge trifft praktisch nur die Krankenkassen, was sicher unterschiedliche Vergütungen schon aus diesem Gesichtspunkt rechtfertigt. Sodann ermöglicht gerade die kostspielige neue Chirurgie Eingriffe, welche eine viel raschere Heilung bringen. Es konzentriert sich ein enormer Aufwand auf eine relativ kurze Zeit, so dass höhere Tagespauschalen für die SUVA gegenüber den Krankenkassen absolut gerechtfertigt sind.
Ich bitte Sie, sowohl im Interesse der Kantone und anderen Spitalträgern als auch der Krankenkassen, meinem Antrag zuzustimmen. Sie schaffen dadurch von Anfang an die nötige Klarheit.

M. Coutau: La proposition que j'ai l'honneur de vous présenter concerne en fait deux principes auxquels nous tenons, celui du fédéralisme, d'une part, et celui de la subsidiarité du droit fédéral, d'autre part.
La première partie de mon amendement vise simplement à ce que l'on en revienne au texte du Conseil fédéral. Aux alinéas 1, 2 et 3 qu'il propose, ce dernier utilise la forme potestative: «Le Conseil fédéral peut établir des principes, ... Il peut fixer des taux indicatifs, ... Il peut faire procéder à des comparaisons de frais d'exploitation.»
La Commission, en revanche, a utilisé la forme impérative: «Le Conseil fédéral établit, ... Il fixe...», et a maintenu, à l'alinéa 3 la forme potestative: «Il peut faire procéder...», tout en proposant une procédure extrêmement lourde et précise qui entre dans le détail de la comptabilité médicale.
En ce qui concerne l'alinéa 1, je me rallie à la nécessité d'établir un certain nombre de principes de calculs. Il s'agit-là, pour l'essentiel, d'une harmonisation dite formelle que nous approuvons. En revanche, la commission qui impose cette harmonisation va plus loin car elle ajoute à ce même alinéa: «Il veille à l'harmonisation des structures tarifaires...»
Nous voyons dans cette adjonction une tendance à transformer cette harmonisation formelle – à laquelle nous souscrivons-en une harmonisation matérielle à laquelle nous ne souscrivons pas sans autre.
A l'alinéa 2, la forme potestative est, à notre avis, infiniment préférable, d'autant que la formulation de la commission apporte toute une série de précisions qui impliquent un alourdissement excessif. Cet alinéa 2 recèle des tendances d'uniformisation centralisatrices qui nous semblent détestables. Les cantons doivent au premier chef être confirmés dans leur autonomie en matière de politique de santé. La formulation du Conseil fédéral reflète mieux cette idée que celle de la commission.
En revanche, et j'insiste sur ce point, nous admettons qu'une certaine harmonisation matérielle doit intervenir sur toutes ces questions. Mais, nous pensons que l'autonomie de la politique de santé des cantons sera mieux respectée si ces derniers sont poussés à conclure des concordats de caractère régional et éventuellement national sur certains points.
Les cantons ne pourront se faire imposer par la Confédération un certain nombre de tarifs obligatoires ou indicatifs que dans la mesure où ils n'auront pas adhéré à un concordat de caractère régional ou national. Il y va là de la subsidiarité du droit fédéral. La solution des concordats nous semble tenir davantage compte de la responsabilité cantonale qu'un transfert pur et simple des attributions en la matière à la Confédération. N'oublions pas les expériences difficiles que nous avons déjà faites, par exemple en ce qui concerne les tarifs de la CNA, dans le domaine de l'assurance-accidents. Ces difficultés sont notamment dues au fait que les politiques cantonales ne sont pas sans autre réductibles à un seul dénominateur commun. Je crois qu'il est indispensable de respecter notre fédéralisme en prônant des concordats.
Je vous invite par conséquent à adopter le texte du Conseil fédéral pour les trois premiers alinéas ainsi que le 4e alinéa que je viens de vous exposer. Enfin, mais cela ne figure pas sur la fiche que vous avez sous les yeux, je proposerai aussi d'ajouter dans les dispositions transitoires un article qui invitera les cantons à souscrire, au cours des trois prochaines années, à un concordat. Je me réserve de vous présenter un amendement correspondant au moment où nous débattrons des dispositions transitoires.

Stucky: Die Kommission hat neu ein Schiedsgerichtsverfahren eingeführt unter zwei Voraussetzungen: dass ein Betriebsvergleich überdurchschnittliche Kosten in einem Spital ergibt, oder dass die Spitäler ungenügende Kostenunterlagen liefern. Auf den ersten Blick scheint eine schiedsgerichtliche Lösung durchaus akzeptabel, ja verführerisch, aber sie steckt voller Unklarheiten, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Die Krankenkassen haben mit dem Spital einen rechts-

gültigen Vertrag abgeschlossen. Trotzdem können sie im nachhinein diesen Vertrag wieder in Frage stellen. Der Grundsatz *pacta sunt servanda* ist aber von beiden Seiten einzuhalten.

2. Ein Betriebs- oder Kostenvergleich zwischen Spitälern ist immer erst im nachhinein möglich, frühestens etwa ein halbes Jahr nach Ablauf des Vertragsjahrs. Soll dann ein Schiedsgericht über Pauschalen des Vorjahres noch befinden mit der rechtlichen Konsequenz, dass allenfalls vom Spital Gelder an die Kasse zurückbezahlt werden müssen, selbst dann, wenn die Spitalrechnung vom Träger, allenfalls von der öffentlichen Hand, bereits gebilligt worden ist.?

3. Auf welcher Grundlage soll ein Betriebsvergleich gemacht werden, wenn zum Beispiel ein Kanton in einer Klasse nur ein einziges Spital hat? Soll dann ein Betriebsvergleich allenfalls mit einem Spital der gleichen Klasse in einem anderen Kanton vorgenommen werden, wo aber die Voraussetzungen unter Umständen ganz anders liegen?

4. Bildet das nachträgliche Schiedsgerichtsurteil nicht einen Eingriff in die kantonale Hoheit, weil doch die Tarife zwischen Kasse und Spital von der zuständigen Behörde – meistens ist es der Regierungsrat – genehmigt worden sind? Nachher kann also ein Schiedsgericht diese Genehmigung aufheben, ohne dass die Behörde dazu etwas sagen kann, denn sie ist nicht Partei im Schiedsgerichtsverfahren.

5. Die Kassen verfügen bereits über die Beschwerdemöglichkeit in Artikel 22octies. Sie verfügen darüber hinaus sogar noch über eine kantonale Beschwerdemöglichkeit. Im Falle von ungenügenden Unterlagen können sie selbstverständlich die Beschwerde einreichen, dass ihnen nach Vertrag nicht genügend Unterlagen herausgereicht werden, und dann ist es – je nach kantonalem Recht – allenfalls das kantonale Verwaltungsgericht, das über diesen Fall zu entscheiden hat. Rechtsmittel sind also gegeben; es braucht kein Schiedsgericht.

6. Überdurchschnittliche Kosten sind kein Kriterium, wenn man das mathematisch sieht. Wo liegt der Durchschnitt? Es gibt lediglich eine Streuung zwischen verschiedenen Spitälern, und man kann allenfalls zwischen dem teuersten und dem nächst teuren vergleichen, sofern sie in der gleichen Klasse sind, aber doch nie mit einem imaginären Durchschnitt.

Aus diesen Gründen halte ich diese Lösung für wenig durchdacht. Sie verletzt die kantonale Zuständigkeit; sie ist wahrscheinlich auch gar nicht praktikabel, und sie hilft auch den Kassen nicht; diese haben genügend andere Rechtsmittel. Offenbar hat hier der Gedanke der Einsparung Pate gestanden, aber man spart damit nicht, sondern man kreiert höchstens eine rechtliche Unordnung, und dieser möchte ich vorbeugen und Sie bitten, das Schiedsgerichtsverfahren in diesem Fall abzulehnen.

Begrüssung – Bienvenue

Le président: Je tiens à saluer à la tribune la présence de notre ancien président, M. Alfred Weber. *(Applaudissements)*

Allenspach: Ich spreche lediglich zum Antrag Hösli. Herr Hösli hat die Interessen der Kantone und der Kantonsfinanzen verteidigt. Ich möchte die diesbezüglichen Überlegungen der Unfallversicherung und insbesondere der SUVA vortragen.

Die Kantone sollen gemäss Antrag Hösli offenbar bei den Unfallversicherten andere Spitaltarife anwenden als bei den Krankenversicherten. Wir haben seit dem 1. Januar dieses Jahres das Obligatorium der Unfallversicherung, und mit diesem Obligatorium hat sich die Unfallversicherung als ein neues Element in unsere Sozialversicherung eingefügt. Es wäre meines Erachtens ausserordentlich problematisch, wenn ein obligatorisch versicherter Arbeitnehmer bei der Behandlung seines Unfalles höhere Kosten zu bezahlen hat als ein nicht obligatorisch Versicherter. Auch wenn die Versicherung bezahlt, beispielsweise die SUVA, sind es die Versicherten selber, die durch ihre Prämien die Kosten aufzubringen haben. Es wäre kaum zu verstehen, weshalb ein Nichterwerbstätiger für die genau gleiche Unfallbehandlung weniger bezahlen sollte als der Erwerbstätige. Ich teile die Auffassung nicht, dass der Nichterwerbstätige generell der wirtschaftlich Schwächere sei; ich könnte dies auch leicht nachweisen.

Zur Begründung, weshalb die obligatorisch gegen Unfall Versicherten mehr bezahlen müssten als die freiwillig Versicherten, eben jene bei den Krankenkassen, hat Herr Hösli ausgeführt, es stünden der obligatorischen Unfallversicherung andere Finanzierungsquellen zur Verfügung. Er will damit wahrscheinlich antönen, dass bei der obligatorischen Unfallversicherung der Arbeitgeber einen Teil der Prämien zu übernehmen hat. Ich mache Sie darauf aufmerksam, dass die obligatorische Nichtbetriebsunfallversicherung voll von den Versicherten selbst, ohne jeden Arbeitgeberbeitrag, bezahlt werden muss.

Ich wende mich dagegen, dass Herr Hösli hier jeden Schritt, auch den kleinsten Schritt, zur Tarifharmonisierung ausschliessen will. Auf die Dauer werden wir die ungleiche Behandlung dieser beiden Versichertengruppen nicht akzeptieren können. Deshalb möchten wir dem Bundesrat die Kompetenz geben, für eine Koordination mit den Tarifordnungen der andern Sozialversicherungszweige zu sorgen. Ich bin überzeugt davon, dass er diese Kompetenz schrittweise und sorgfältig in Anspruch nehmen und die richtigen Schritte unternehmen wird. Aber ein Ausschluss jeder Koordination der Tarifordnungen wäre eine Verewigung einer Ungleichheit und eines Unrechts.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Vorerst einige grundsätzliche Bemerkungen: Man darf nicht unterschätzen, dass Artikel 22septies Absätze 1 bis 3 zu Einsparungen führen wird, ob das einem passt oder nicht. Wir wurden aufgefordert, Sparmassnahmen zu beschliessen. Die Sparkonferenz hat uns einige wertvolle Vorschläge unterbreitet, die wir zum Teil in diesen Artikel eingebaut haben. Ich erinnere: Die Sparkonferenz schlägt vor, die Heilanstalten seien zu verpflichten, nebst ihren Kosten auch ihre Leistungen nach anerkannten Grundsätzen zu ermitteln. Sie haben hierzu eine Kostenstellenrechnung und die Leistungserfassung nach einheitlichen Methoden einzurichten. Bei ungenügenden Unterlagen können die Krankenkassen die Vergütungen kürzen. Das schlägt die Sparkonferenz vor. Wir als folgsame Parlamentarier haben das in der Kommission übernommen, weil wir es auch als sinnvoll erachten.

Weiter schlägt sie vor, dass der Bundesrat Grundsätze erlässt für eine betriebswirtschaftliche Berechnung und sachgerechte Struktur der Tarife für ambulante Behandlungen. Sie sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen anderer Sozialversicherungszweige. Es hatte übrigens auch Regierungsräte in der Sparkonferenz.

Weiter sagt die Sparkonferenz: Er – also der Bundesrat – setzt für bestimmte Leistungen oder Behandlungen, insbesondere für technisch-apparative Leistungen sowie für die Leistungen bei Mutterschaft, Höchstsätze fest, die namentlich dem Zeitaufwand für die Leistungen sowie einer angemessenen Investition und Auslastung bei technisch-operativen Einrichtungen Rechnung tragen.

Darüber müssen wir uns auch klar sein: Es sind nicht nur Erfindungen der Kommission, sondern es haben kluge Leute in der Sparkommission, die in der Praxis stehen und zum Teil Kostenverursacher sind, hier mitgewirkt. Ich möchte Sie einfach bitten, den Grundsatz zu berücksichtigen, dass wir in diesem Sofortprogramm auch sparen müssen.

Nun zu den einzelnen Anträgen: Herrn Hösli möchte ich einfach sagen: Wenn ich den Antrag richtig verstehe, und

nach den Ausführungen von Herrn Allenspach nehme ich an, dass ich ihn richtig verstehe, wollen Sie einfach sicher gehen, dass es nur eine formelle Tarifharmonisierung gibt und keine materielle. Sie wollen festlegen, dass zwar einheitliche Taxpunkte, aber nicht einheitliche Taxpunktwerte festgelegt werden für die gleiche Behandlung. Der Arbeitnehmer, der beim Skifahren einen Beinbruch erleidet, bezahlt über seine obligatorische Nichtbetriebsunfallversicherung höhere Prämien als seine Frau, deren allfälliger Unfall über die Krankenversicherung bezahlt wird. Ich möchte die Frage in den Raum stellen: Ist das richtig? – Die Kommission hat diesen Antrag nicht behandelt. Ich persönlich würde eher Ablehnung beantragen.
Dann haben wir den Antrag von Herrn Coutau, den wir ebenfalls zu diskutieren haben. Herr Coutau bringt hauptsächlich das Argument des Föderalismus, und wenn ich den Antrag zu allen drei Absätzen berichtigt betrachte, so will er Kann-Formulierungen statt Muss-Formulierungen, und anstelle von Höchstsätzen möchte er wieder Richtsätze. Die Beifügung von Sanktionen bei Betriebsvergleichen zwischen Heilanstalten würde er eher in Frage stellen, und wenn wir seine Anträge annehmen, dann schwächen wir ganz eindeutig die Kosteneindämmung ab.
Nun noch zum Antrag von Herrn Stucky. Darf ich Herrn Stucky bitten, die Artikel richtig zu lesen. Sie haben angeführt, dass, wenn die Betriebsvergleiche es ergeben oder wenn die Unterlagen nicht geliefert werden, ein halbes Jahr nach Abrechnung und Genehmigung der Berechnung mit dem Kanton noch die Tarife reduziert werden müssten. Es heisst aber ganz ausdrücklich: Wenn eine Heilanstalt mit den Kosten erheblich über dem Durchschnitt liegt oder wenn die Unterlagen ungenügend sind, kann die Kasse eine Herabsetzung der Behandlungspauschale verlangen. Kommt keine Einigung zustande, dann kann das Schiedsgericht höchstens entscheiden, ob sie während der Prozessdauer herabgesetzt wird oder nicht und nicht noch auf das letzte Jahr zurück. Das ist ein Unterschied gegenüber Ihrer Argumentation.
Dann möchte ich einfach feststellen, dass in diesen Absätzen 1, 2 und 3, wie bereits gesagt, Kann- und Muss-Bestimmungen enthalten sind, die wesentlich zum Einsparen von Kosten auch im Sinne der Sparkonferenz beitragen werden. Wir haben hier die Aufgabe, die Kosteneinsparung zu forcieren und auch nach Möglichkeit die gesetzlichen Unterlagen zu erlassen. Es gibt eben Betriebsvergleiche. Man kann Spitäler gleicher Kategorien abteilungsweise vergleichen. Wenn Sie in unser Nachbarland Österreich gehen, die haben auch kluge Sachen, stellen Sie fest, dass dort seit Jahren solche Betriebsvergleiche gemacht werden und dass man in einzelnen Spitälern ganz erhebliche Kosten eingespart hat. Ich möchte Sie bitten, geben Sie dem Bundesrat, geben Sie allen Beteiligten im Gesundheitswesen die Chance, uns zu beweisen, dass diese Kosteneinsparungen möglich sind. Ich bitte Sie daher, alle diese Anträge – auch im Namen der Kommissionsmehrheit – abzulehnen.

M. **Dupont**, rapporteur: Il convient de rappeler à ce 1er alinéa une modification importante à la version du Conseil fédéral. A la place d'une disposition facultative, on introduit un élément impératif, ce qui constitue donc une différence majeure. En effet, à la 2e phrase, en plus de «la coordination», on ajoute «l'harmonisation des structures tarifaires»; au 2e alinéa, à la place de la forme facultative du projet du Conseil fédéral est également substituée une forme impérative. En outre, la commission a choisi de fixer «des taux maximaux» et non «des taux indicatifs», comme il est indiqué dans le message. Quant aux éléments à prendre en considération pour le faire, ils sont énumérés mais de façon exhaustive. Enfin, l'alinéa 3 introduit une nouvelle réglementation qui prévoit le cas dans lequel une caisse peut exiger la réduction du forfait pour frais de traitement, avec saisie éventuelle du tribunal arbitral.
C'est pourquoi M. Hösli estime que la proposition de la majorité de la commission fait partie de cet ensemble de dispositions permettant de contracter les coûts actuels et généralisés de la dépense. Néanmoins, comme je l'ai répété à maintes reprises au cours de ce débat, je rappelle que lorsqu'on en arrive à formuler non plus des critères généraux mais des critères impératifs, fixés par la Confédération, on empiète sur le domaine de la compétence des cantons, surtout lorsque ceux-ci prennent – et là, je suis obligé de donner raison à M. Coutau –, dans le cadre d'un concordat, des mesures d'harmonisation touchant un certain nombre de secteurs, afin d'éviter précisément de trop grandes distorsions risquant d'entraîner une concurrence et par là même une augmentation des coûts.
En l'occurrence, j'ignore si la commission a analysé à fond le problème mais je crois qu'elle n'a pas pensé au fait que ces articles mettaient en cause une question de principe. Certes, tout au long de ces débats, la majorité de la commission a surtout manifesté une volonté permanente de chercher par tous les moyens à réduire ou même à stopper véritablement l'explosion des coûts de la santé. Je vous invite donc à voter la proposition de la majorité tout en comprenant bien les motifs des intervenants et en particulier ceux de l'intervention de M. Coutau.

Bundesrat **Egli**: Vorerst zum Antrag von Herrn Hösli: Offensichtlich, Herr Hösli, möchten Sie eine Beschränkung auf die formell-strukturelle Tarifkoordination. Grundsätzlich hat der Bundesrat in der Botschaft – wenn Sie nachlesen auf Seite 68/69 – sich auch auf eine strukturelle Koordination beschränkt. Nun kommt aber der Bundesrat bei verschiedenen Gelegenheiten in die Lage, auch materiell entscheiden zu müssen. Ich denke beispielsweise an vertragslose Zustände mit der SUVA, ich denke aber auch an Rekurse im Kranken- und Mutterschaftsversicherungswesen. Hier muss der Bundesrat materiell entscheiden, er kann sich nicht darauf beschränken, nur strukturelle, formelle Entscheidungen zu erlassen. Dabei muss er darauf achten, dass der Entscheid von Fall zu Fall kohärent bleibt. Er muss für die Rechtsgleichheit sorgen. Der Bundesrat muss also koordinierend eingreifen können, damit diese Rechtsgleichheit gewahrt wird. Ich weiss, dass die Sanitätsdirektoren sehr sauer reagieren auf eine materielle Koordination. Wie Sie richtig gesagt haben, wird dieses Thema noch Gegenstand von Gesprächen zwischen den Departementen des Innern und den Sanitätsdirektoren sein. Mit der Zusicherung, Herr Hösli, dass der Bundesrat hier in aller Achtung der kantonalen Autonomie vorgehen wird, könnten Sie sich vielleicht als beruhigt erklären! Ich möchte Ihnen empfehlen, den Antrag Hösli abzulehnen.
Herr Coutau, mit Ausnahme von Absatz 4, dessen Inhalt mir nicht ganz klar ist, wünschen Sie in den Absätzen 1 bis 3 ganz einfach nichts anderes, als dass der Bundesrat nur fakultativ diese Sparmassnahmen treffen kann, die wir in diesem Artikel einführen. Sie berufen sich dabei auch auf das föderalistische Prinzip. Ich sehe nun wirklich nicht ein, was es mit Föderalismus zu tun hat, ob Sie dem Bundesrat die Kompetenz geben, etwas zu tun, oder ob Sie ihn verpflichten, etwas zu tun. Das ist ein und dasselbe unter dem Gesichtspunkt des Föderalismus. Ich möchte auch meinerseits betonen, dass wir vom ursprünglichen Vorschlag des Bundesrates infolge der Empfehlung der Sparkommission zu den zwingenden Vorschriften der Kommission übergegangen sind. Ich möchte Ihnen daher empfehlen – wir binden uns ja selbst im Bundesrat –, diese bindende Lösung nun vorzuziehen und der Kommission zuzustimmen.
Mir ist die Bedeutung von Absatz 4 nicht ganz klar. Soll die Frage der Kosteneindämmung, Richtsätze, Betriebsvergleiche usw. zwischen Heilanstalten zunächst nur durch ein Konkordat zwischen den Kantonen geregelt werden können? Ist es das, was Sie hier regeln wollen? Wenn dem so wäre, wäre eigentlich nicht einzusehen, warum das Konkordat vorgehen müsste, bevor man an Sparmassnahmen herantritt.
Nun noch zu Herrn Stucky: Sie konzedieren ja dem Bundesrat, dass Betriebsvergleiche grundsätzlich angestellt werden können. Aber die Kommission hat eigentlich nur die logische Folgerung daraus gezogen, die der Bundesrat – ich

möchte sagen – vergessen hat. Betriebsvergleiche an und für sich führen ja noch zu nichts, sondern sie sind erst dann nutzbringend, wenn daraus auch Sanktionen abgeleitet werden können. Diese wollen wir nun einführen gemäss dem Vorschlag der Kommission.
Ich bitte Sie daher, auch den Antrag Stucky abzulehnen.

Hösli: Die Zusicherungen, die Herr Bundesrat Egli abgegeben hat, bezüglich Verständnis für die Belange der Kantone, befriedigen mich, und ich erkläre mich bereit, meinen Antrag zurückzuziehen.

Abs. 1 – Al. 1

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Coutau	67 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	48 Stimmen

Abs. 2 – Al. 2

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Coutau	64 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	48 Stimmen

Abs. 3 – Al. 3

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Coutau/Stucky	69 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	45 Stimmen

Abs. 4 (neu) – Al. 4 (nouveau)

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Coutau	80 Stimmen
Dagegen	48 Stimmen

Art. 22octies

Antrag der Kommission

Abs. 1

Gegen die . . .

Abs. 2 (neu)

Gegen Entscheide der Kantonsregierung nach Artikel 19bis Absatz 5 kann Beschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht erhoben werden.

Art. 22^{octies}

Proposition de la commission

Al. 1

Les dispositions...

Al. 2 (nouveau)

Les décisions des gouvernements cantonaux fondées sur l'article 19bis, 5^{e} alinéa, peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral des assurances.

Angenommen – Adopté

Art. 23 Randtitel, Abs. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 23, titre marginal et al. 1

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 23 Abs. 2

Antrag der Kommission

Mehrheit

Dem Versicherten ist eine detaillierte Rechnung zuzustellen. Der Bundesrat umschreibt die Angaben, die in der Rechnung enthalten sein müssen.

Minderheit

(Landolt, Bonny, Borel, Darbellay, Eisenring, Früh, Schüle)

Dem Versicherten ist eine detaillierte Rechnung zuzustellen, sofern ihm die notwendigen Daten nicht bereits im Zeitpunkt, zu dem die Leistung erbracht wird, schriftlich mitgegeben werden. Der Bundesrat umschreibt die Angaben, die in der Rechnung enthalten sein müssen.

Art. 23 al. 2

Proposition de la commission

Majorité

L'assuré doit recevoir une facture détaillée. Le Conseil fédéral fixe les indications qui doivent figurer sur les factures.

Minorité

(Landolt, Bonny, Borel, Darbellay, Eisenring, Früh, Schüle)

L'assuré doit recevoir une facture détaillée, pour autant que les données nécessaires ne lui aient pas déjà été communiquées par écrit, au moment où il a bénéficié de la prestation. Le Conseil fédéral fixe les indications qui doivent figurer sur les factures.

Landolt, Sprecher der Minderheit: Wir sind uns in diesem Saal sicher alle einig darüber, dass das Kostenbewusstsein des Patienten mit allen geeigneten Mitteln verstärkt werden muss. Ich darf Ihnen bei dieser Gelegenheit versichern, dass die Forderung nach Transparenz der Gesundheitskosten auch von den Schweizer Apothekern nachdrücklich unterstützt wird. Sie erinnern sich vielleicht noch daran, dass ich vor nicht allzu langer Zeit hier einen entsprechenden Vorstoss unternommen habe. Sicher sind wir uns aber auch alle einig darüber, dass die Revision des KMVG nicht mit unnötigem Ballast befrachtet werden darf, der nur zusätzliche Kosten und Umtriebe, aber keinen Nutzen bringt.
Was die Zielsetzung von Artikel 23 Absatz 2 betrifft, so bin ich voll und ganz damit einverstanden, dass der krankenversicherte Patient im Detail darüber in Kenntnis gesetzt werden soll, wieviel die einzelnen Massnahmen seiner Behandlung kosten. Diese berechtigte Forderung ist ja auch hauptsächlich deshalb aufgekommen, weil der Patient vom Arzt bis heute in der Regel eine verschlüsselte Rechnung bekommt, die der Laie nur äusserst mühsam und unter Rückgriff auf einen komplizierten Tarifschlüssel versteht.
Beim Bezug von Medikamenten aus einer öffentlichen Apotheke liegt die Sache allerdings völlig anders. Hier rennt die Forderung nach Transparenz Türen ein, die bereits sperrangelweit offenstehen. In der Apotheke erhält der Patient nämlich eine Arzneimittelpackung, die nicht nur eine Fülle von gesetzlich vorgeschriebenen Informationen, sondern im besonderen auch einen klar und deutlich erkennbaren Preisaufdruck aufweist.
Würde man nun, wie es der Mehrheitsantrag vorsieht, auch vom Apotheker obligatorisch die Ausstellung einer Rechnung an den Patienten verlangen, so wäre damit überhaupt nichts gewonnen, denn der Patient weiss von dem Moment an, in dem er seine Arzneimittel bezieht, genau über die Medikamentenkosten Bescheid. Wenn ich Ihnen die Annahme des Minderheitsantrages zu Artikel 23 Absatz 2 empfehle, so geschieht das aber nicht nur, weil der Mehrheitsantrag im Hinblick auf das Medikamentenwesen nichts bringt, sondern weil er darüber hinaus in erheblichem Ausmass unnötige Kosten bewirken würde.
Nach zurzeit gültigem Recht rechnet der Apotheker direkt mit der zuständigen Krankenkasse ab, mit anderen Worten, die Apotheke stellt der Kasse eine Sammelrechnung für die Bezüge aller Patienten, die bei der gleichen Kasse versichert sind. Müsste der Apotheker inskünftig jedem Patienten eine Rechnung stellen, so wären zunächst einmal alle heute gültigen Formulare, Apothekerscheine, Rezepte, Betäubungsmittelformulare usw. abzuändern. Vor allem aber ergäbe die Ausstellung einer Rechnung und deren Zusendung an den Patienten einen zusätzlichen Aufwand, der sich nach vorsichtigster Schätzung gesamtschweizerisch auf mindestens 5 Millionen Franken pro Jahr belaufen würde, weil jährlich ungefähr 5 Millionen Rechnungen neu und

zusätzlich erstellt werden müssten. Dabei sind in diesem Betrag die Kosten für die anfallenden Mehrarbeiten noch nicht einmal eingerechnet.
Wir dürfen das Kind nicht mit dem Bad ausschütten. Es kann doch nie und nimmer im Sinne einer aufs Sparen ausgerichteten Gesetzesrevision liegen, dass eine Vorschrift erlassen wird, die nicht nur nichts bringt, sondern auch noch absolut unnötige neue Kosten bringt.
Ich darf in diesem Zusammenhang daran erinnern, dass sich die Apotheker neuerdings bereit erklärt haben, auf die sogenannte Dispensationsgebühr, eine Bearbeitungsgebühr für die Ausführung ärztlicher Rezepte, zu verzichten. Die Krankenkassen sparen durch diesen Verzicht bereits für dieses Jahr 1984 gut 5 Millionen Franken pro Jahr, was den bei den Apothekern durchaus vorhandenen Sparwillen wohl hinreichend unter Beweis stellt. Es wäre nun geradezu grotesk, wenn das Ergebnis dieser Verzichtsleistung durch einen ausgesprochenen Leerlauf wieder zunichte gemacht würde. Ohne Zweifel müsste nämlich die administrative Mehrbelastung, die sich aus der Rechnungsstellung gegenüber dem Patienten für den Apotheker ergäbe, durch die Erhebung einer neuerlichen Bearbeitungsgebühr zu Lasten der Krankenkassen abgegolten werden.
Aus diesen Erwägungen heraus ersuche ich Sie eindringlich, den Mehrheitsantrag zu verwerfen und den Minderheitsantrag gutzuheissen. Dieser erfüllt das gesteckte Ziel der Kostentransparenz gegenüber dem Patienten vollumfänglich, lässt jedoch in der Ausführung eine flexible Anpassung an die in der Praxis von Fall zu Fall gegebenen Umstände zu. Der Aufwand einer Rechnungsstellung ist überall dort sicher nicht gerechtfertigt, wo dem Versicherten die notwendigen Daten bereits dann schriftlich zur Verfügung stehen, wenn er die Leistung bezieht. Der Mehrheitsantrag dagegen erlaubt keine Flexibilität. Er bricht alles über einen Leisten und provoziert dadurch Mehrausgaben, die absolut unnötig sind. Ich appelliere an Sie, die Sparansätze dieser Gesetzesrevision nicht durch die Einführung bürokratischer Leerläufe wieder zu kompensieren.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Wir haben in der Kommission diesen «Apothekerartikel» ebenfalls mehrmals behandelt. Es können zwar «Leerläufe» entstehen, wenn der Patient nur ein, zwei Medikamente bezieht. Darum ist auch in der Fassung der Mehrheit die Bestimmung vorgesehen, dass der Bundesrat die Angaben umschreibt, die die Rechnungen enthalten müssen. Die detaillierte Rechnung ist besonders dann sinnvoll, wenn der Patient laufend Medikamente bezieht; denn der Patient ist eben nicht derart kostenbewusst, dass er nach drei Monaten, wenn er vom Apotheker die Rechnung erhält, noch weiss, welchen Betrag die Bezüge ausmachen. Der Patient erschrickt spätestens nach drei Monaten, wenn er dann die Rechnungskopie erhält; er beginnt zu rechnen, was er für sich gebraucht hat. Ob auf seiner Rechnungskopie 96 oder 97 Franken steht, ist für ihn nicht so entscheidend; sondern entscheidend ist, dass er die ganze Summe sieht. Das war eigentlich der Grund, warum die Kommissionsmehrheit dem zugestimmt hat. Sollte aber Herr Landolt hier einen Erfolg verbuchen, dann ist die Kommission sicher nicht unglücklich.

M. **Dupont**, rapporteur: La proposition de M. Landolt vise à préciser le principe qui figure à la première phrase de cet alinéa. En fait, par cette disposition, M. Landolt et la minorité souhaitent éviter une surcharge administrative dans la mesure où le patient est déjà suffisamment informé sur le coût de la prestation reçue, par exemple par le prix des médicaments qui figure sur l'emballage. En fait, la proposition de M. Landolt est tout à fait valable dans la mesure où elle évite le poids d'une certaine bureaucratie. Cependant, la majorité de la commission a estimé qu'il fallait la rejeter.

Bundesrat **Egli**: Ich verstehe, Herr Landolt, dass das für Sie der wichtigste Artikel in der ganzen Kranken- und Mutterschaftsversicherung ist. Ich möchte mich dazu nicht äussern. Entscheiden Sie. Wir wollen nicht auch noch von den Apothekern ein Referendum heraufbeschwören.

Le président: M. Landolt nous propose une modification. La majorité de la commission s'y oppose et le Conseil fédéral s'en remet à votre sagesse.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	56 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	25 Stimmen

Art. 25 Abs. 4bis (neu)
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Bundesrates

Art. 25 al 4bis (nouveau)
Proposition de la commission
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 26
Antrag der Kommission

Abs. 1
. . . namentlich bei Personen, die einen Haushalt führen und bei Selbständigerwerbenden . . .

Abs. 3bis
Befindet sich ein Versicherter, der eine Rente der AHV, der Invalidenversicherung, der obligatorischen Unfallversicherung oder der Militärversicherung bezieht, keinen eigenen Haushalt führt und keine weiteren Personen zu unterstützen hat, ohne wesentlichen Unterbruch länger als sechs Monate in einer Heilanstalt, so können die Leistungen der Kasse für die Deckung der Aufenthaltspauschale und allenfalls der Behandlungspauschale reduziert werden. Dem Versicherten muss jedoch in jedem Falle von der Rente ein angemessener Betrag für die persönlichen Bedürfnisse verbleiben. Der Bundesrat setzt die Mindesthöhe dieses Betrages fest.

Abs. 3 und 4
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 26
Proposition de la commission

Al. 1
... il y a surassurance; pour les personnes tenant un ménage...

Al. 3bis
Si un assuré au bénéfice d'une rente AVS, de l'assurance-invalidité, de l'assurance-accidents obligatoire ou de l'assurance militaire, qui n'a ni ménage propre ni obligation d'entretien, séjourne pendant plus de six mois dans un établissement hospitalier, sans interruption notable, les prestations de la caisse pour couvrir le forfait pour frais de pension et, le cas échéant, pour couvrir le forfait pour frais de traitement peuvent être réduites. Cependant dans toutes les cas, il convient de laisser à l'assuré un montant convenable pour les besoins personnels. Le Conseil fédéral fixe le montant minimal de cette contribution.

Al. 3, 4
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 30ter
Antrag der Kommission
Streichen (nicht ins Sofortprogramm)

Art. 30ter

Proposition de la commission

Biffer (pas dans le programme d'urgence)

Angenommen – Adopté

Art. 32

Antrag der Kommission

... haftpflichtigen Dritten ein. Die Artikel 41 bis 44 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) gelten sinngemäss.

Art. 32

Proposition de la commission

... les articles 41 à 44 de la loi fédérale, sur l'assurance-accidents (LAA) sont applicables par analogie.

Angenommen – Adopté

Art. 33, Randtitel, Abs. 1

Antrag der Kommission

Randtitel

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 1

... dessen einheitliche Anwendung. Er erteilt zu diesem Zwecke den Kassen Weisungen, insbesondere über die Organisation und Geschäftsführung, die Rechnungsführung, die Anlage des Vermögens, die Bilanzierung, die Kontrollstelle sowie über Massnahmen im Hinblick auf die finanzielle Sicherheit und die klare Ausscheidung der einzelnen Versicherungsarten. Insbesondere sollen jene Kosten, welche auf die Krankenpflege-Grundversicherung entfallen, ausgewiesen werden.

Art. 33, titre marginal, al. 1

Proposition de la commission

Titre marginal

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 1

... de manière uniforme. Il donne, à cette fin, aux caisses des instructions relatives en particulier à l'organisation et à la gestion, à la tenue des comptes, au placement de la fortune, à l'établissement des bilans, à l'organe de contrôle et aux mesures à prendre pour la sécurité financière ainsi qu'à la séparation nette des différents genres d'assurance. En particulier, les coûts afférant à l'assurance de base des soins médico-pharmaceutiques doivent être mise en évidence.

Angenommen – Adopté

Art. 34, Randtitel

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 34, titre marginal

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

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

Schluss der Sitzung um 13.00 Uhr
La séance est levée à 13 h 00

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision
Assurance-maladie. Révision partielle

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 1372 hiervor – Voir page 1372 ci-devant

Präsident: Bei der Beratung dieses Geschäftes sind wir in der letzten Session bei Artikel 35 stehengeblieben. Damit kommt das Problem der Finanzierung zur Diskussion. Die Kommissionsberichterstatter werden eine kurze Einführung geben.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Die heutige Regelung der Bundesbeiträge an die Krankenversicherung sieht wie folgt aus: Es wurden jährlich Grundbeiträge pro Kind in der Höhe von Fr. 55.48 ausgerichtet, das sind 68 Millionen Franken.

Pro Frau waren es Fr. 220.69 oder gesamthaft 584 Millionen Franken und pro Mann Fr. 41.23 oder total 102 Millionen Franken. Für das Jahr 1983 waren es also total 754 Millionen Franken. Dazu kommen die Pauschalbeiträge für die TB-Versicherung (5 Millionen Franken), für Krankenpflege von Invaliden (90 Millionen Franken), für Mutterschaft, inklusive Stillgeld (38 Millionen Franken) und der Bergzuschlag (21 Millionen Franken). Das ergibt eine Summe von total 908 Millionen Franken.

Die Neuordnung, die Ihnen der Bundesrat und die Kommission vorschlagen, bringt hier Änderungen und sieht folgendermassen aus: Gemäss Artikel 35 werden die Sozialhypotheken der Krankenkassen abgegolten. Danach vergütet der Bund den einzelnen Kassen für Versicherte, die eine AHV- oder eine IV-Rente beziehen, zur Abgeltung der hohen Kosten einen zusätzlichen Beitrag, wobei der Beitrag an Invalidenrentner doppelt so hoch ist wie bei den AHV-Rentnern. Diese Abgeltung soll erfolgen, um die Kassen bzw. die Prämienzahler solcher Kassen zu entlasten, die viele AHV- oder IV-Rentner als Mitglieder haben. Bekanntlich sind die Kosten der Betagten im Durchschnitt ungefähr fünfmal höher als diejenigen der 20- bis 30jährigen. Gerade bei den AHV- und IV-Rentnern macht sich nämlich die Auflage des Gesetzes an die Krankenkassen besonders stark bemerkbar, nämlich die Aufnahmepflicht und der Grundsatz, dass die Prämien nach dem Eintrittsalter zu bezahlen sind und nicht nach den effektiven Alterskosten abgestuft werden dürfen. Für diesen Ausgleich sind 120 Millionen Franken vorgesehen. Gemäss Artikel 36 übernimmt der Bund die vollen Leistungen an die Mutterschaft nach Artikel 14. Bis jetzt wurden nur Beiträge an die Kosten der Mutterschaft ausgerichtet, wie bereits erwähnt nach geltender Ordnung 38 Millionen Franken oder pro Fall rund 1200 Franken. Neu wird vom Bund alles bezahlt. Es wird dabei mit Kosten von 198 Millionen Franken gerechnet.

In Artikel 6 haben wir beschlossen, dass die Prämien für die Frauen höchstens 10 Prozent höher sein dürfen als diejenigen der Männer. Da die Durchschnittskosten der Frauen um etwa 50 Prozent höher sind als diejenigen der Männer und dies nach Abzug der Kosten, die im Zusammenhang mit der Mutterschaft anfallen, müssen wir diese ausgleichen. Darum ist gemäss Artikel 36bis neu der teilweise Ausgleich vorgesehen. Mit den 440 Millionen Franken, die hier eingesetzt sind, erfolgt dieser Ausgleich nur zu ungefähr zwei Dritteln. Dazu ist festzustellen, dass aufgrund der heutigen Situation die Männerprämien bereits etwas über 10 Prozent höher sind, als sie nach den effektiven Kosten für die Männer notwendig wären, weil die höheren Frauenkosten auch über die Männerprämien ausgeglichen werden.

In Artikel 37 vergütet der Bund den Krankenkassen 90 Millionen Franken für die Verbilligung der Kinderprämien. Damit sollen die Kinderprämien generell verbilligt werden, um so die Nachteile, die das Kopfprämiensystem für Familien hat, etwas zu mildern. Ferner übernimmt der Bund im Sinne einer Entlastung für kinderreiche Familien die Prämie ab drittem Kind. Hier sind nach Artikel 37 Absatz 2 55 Millionen Franken berechnet worden.

Gemäss Antrag der Kommission werden die Beiträge des Bundes in Artikel 35 bis 38 durch einfachen Bundesbeschluss jeweils für drei Jahre festgesetzt. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Beiträge nach Artikel 36 die Leistungen bei Mutterschaft, jene nach Artikel 37 Absatz 2 für das dritte und die folgenden Kinder sowie jene nach Artikel 37bis nach den Aufwendungen und Prämienausfällen im Vorjahr, d. h. den effektiven Kosten, gerechnet werden.

Die Beiträge nach Artikel 35, also die Abgeltung der Sozialhypotheken, jene nach Artikel 37 Absatz 1, Entschädigung der Prämienausfälle für Kinder, und nach Artikel 38 Absatz 3, Beiträge an die Kantone mit geringer Finanzkraft, werden im Bundesbeschluss festgelegt. Das bedeutet, dass die Beiträge nach Artikel 36bis, also der Ausgleich für die Verbilligung der Frauenprämien von 440 Millionen Franken, der einzige variable Bundesbeitrag sind. Wenn also beispielsweise die Geburtenzahlen und damit die Kosten des Bundes für die Mutterschaft steigen, reduziert sich einfach der Beitrag für den Ausgleich der Frauenprämien. Das gleiche gilt natürlich bei höheren Aufwendungen für die Prämienbefreiung ab drittem Kind usw.

In diesem Zusammenhang muss die Summe von 923 Millionen Franken betrachtet werden; sie ist absolut verbindlich. Zu beachten ist weiterhin, dass gemäss Artikel 38ter die Kantone an diesen Beiträgen mit 50 Prozent beteiligt sind.

Art. 35, 36 und 36bis

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 35, 36 et 36bis

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 37

Antrag der Kommission

Abs. 1

... der Kinder. Als Kinder gelten Versicherte bis zum vollendeten 16. Altersjahr

Abs. 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 3

Streichen

Art. 37

Proposition de la commission

Al. 1

... cotisations des enfants. Sont réputés enfants les assurés jusqu'à l'âge de seize ans révolus.

Al. 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3

Biffer

Angenommen – Adopté

Art. 37bis (neu)

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 37bis (nouveau)

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 38

Antrag der Kommission

Abs. 1

Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Minderheit

(Günter)

... der Mitgliederbeiträge. Kantone, welche kein Zentrumsspital oder Universitätsspital führen, übernehmen die zusätzlichen, über die Tarife der eigenen Spitäler hinausgehenden Kosten, wenn einer ihrer Kantonseinwohner aus medizinischen Gründen in ein ausserkantonales Zentrums- oder Universitätsspital verbracht werden muss.

Abs. 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 3

... einen Teil der Beiträge nach Absatz 1. Der Bundesrat bezeichnet ...

Art. 38

Proposition de la commission

Al. 1

Majorité

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Minorité

(Günter)

... de la réduction. Les cantons, qui ne disposent pas d'un hôpital universitaire, prennent en charge les frais supplémentaires dépassant les tarifs de leurs propres hôpitaux, si un de leurs ressortissants doit, pour des raisons médicales, être hospitalisé dans un hôpital central ou universitaire hors du canton de domicile.

Al. 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3

... une partie des subsides prévus au 1er alinéa. Le Conseil fédéral désigne...

Antrag Seiler

Abs. 3

Nach Entwurf des Bundesrates

Proposition Seiler

Al. 3

Selon projet du Conseil fédéral

Abs. 1 – Al. 1

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Hier möchte die Minderheit, angeführt von Herrn Günter, dass Kantone ohne Zentrums- oder Universitätsspital die zusätzlichen Kosten, die aus einer ausserkantonalen Spitalbehandlung entstehen, übernehmen. Wenn ein Kantonseinwohner in einem ausserkantonalen Spital behandelt werden muss, weil sein Kanton kein Zentrums- oder Universitätsspital hat, muss der Kanton die höherliegenden Spitaltarife übernehmen. Die Kommissionsmehrheit hat festgestellt, dass heute schon fast alle Kantone solche Verträge haben. Dieser Antrag ist deshalb nicht nötig. Er kann also abgelehnt werden, weil die heutige Praxis dies bereits regelt.

Günter, Sprecher der Minderheit: Ich glaube, der Präsident der Kommission hat Ihnen das Wesentliche gesagt. Er hat Ihnen nämlich erklärt, es gebe ein Problem, das fast gelöst sei. Das kleine Wort «fast» ist aber das Entscheidende.
Es gibt einige Kantone, die Kantons- und Universitätsspitäler führen. Wir alle wissen, dass diese «Paläste» sehr teure Einrichtungen sind, die die Kantone stark belasten. Es ist infolgedessen begreiflich, dass diese Kantone ausserkantonalen Patienten höhere Beiträge verrechnen als den eigenen Kantonsbürgern. Soweit ist das richtig.
Das Problem besteht nur darin, dass, wenn ein ausserkantonaler Bürger in gewissen Kantonen in ein solches Spital kommt, nicht sein Kanton den höheren Beitrag bezahlt, sondern die Krankenkasse. Das ist etwas, was ich nicht begreife. Der Kanton, der kein Kantonsspital hat, spart sich Kosten, und die Krankenkasse bezahlt.
Es ist vernünftig, wenn man auf diesem Gebiet zusammenarbeitet. Es ist auch richtig, dass viele Kantone, zum Beispiel der Kanton Aargau mit Zürich, Verträge abgeschlossen haben, die das regeln. Aber es gibt einige Kantone, die das nicht machen, und in diesen Kantonen bezahlt die Krankenkasse den Preis dafür, dass die Kantone sich nicht untereinander organisieren konnten. Da stimmt etwas nicht. Das heisst, es ist eigentlich sehr konform mit unserem Gesundheitswesen. Dort ist es auch in vielen anderen Bereichen so, dass zwei eine Übereinkunft treffen und der dritte bezahlt. Hier haben wir diese Situation wieder! Es gibt nicht viel zu tun, diesen Artikel ins Gesetz aufzunehmen; wenn er in zwei, drei Jahren überflüssig geworden ist, stört er niemanden im Gesetz. Aber er wird diejenigen Kantone, die diese Verträge noch nicht haben, dazu anhalten, sie endlich abzuschliessen. Meines Erachtens stört eine Vereinheitlichung in diesem Bereich niemanden. Aber die Krankenkassen werden von einer völlig unnötigen Ausgabe entlastet, die Sache der Kantone ist. Es ist also durchaus gerechtfertigt, wenn wir die wenigen Kantone, die jetzt noch nicht Hand dazu geboten haben, mit diesem Artikel im entsprechenden Sinn etwas animieren.
Ich stimme im übrigen, wie gesagt, dem Kommissionspräsidenten zu. In vielen Bereichen ist die Frage gelöst, aber nicht in allen. Daher sollten wir diesen Artikel jetzt verabschieden, sonst dauert der unbefriedigende Zustand noch einige Jahre an.
Ich habe mich in der Kommission zuerst überzeugen lassen, dass mein Antrag nicht nötig sei, worauf ich ihn zurückgezogen habe. Hinterher musste ich leider feststellen, dass das Problem in einigen Regionen der Schweiz doch noch besteht. Deshalb habe ich mir erlaubt, den Antrag hier erneut zu stellen. Es ist keine grosse Sache, aber damit können wir mit Leichtigkeit eine störende Ungerechtigkeit korrigieren.

Zehnder: Ich möchte noch etwas unterstreichen, verdeutlichen und damit auch den Antrag von Kollege Günter unterstützen.
Die Problematik der ausserkantonalen Spitalbehandlung und vor allem deren Finanzierung ist nämlich auch den Sanitätsdirektoren wohlbekannt. Die Sanitätsdirektorenkonferenz ist aber einmal mehr nicht in der Lage, eine einvernehmliche Regelung zu treffen, an die sich jedermann zu halten hätte. Andererseits muss man auch ein gewisses Verständnis für die Universitätskantone aufbringen, wenn sie von den ausserkantonalen Patienten eine volle Kostendeckung anstreben. Der Antrag Günter bringt nun hier eine für alle vertretbare Beteiligung und eine sozialpolitisch gute Lösung. Ausserdem kann es nichts schaden, wenn sich auch die Kantone ohne Grossspitäler mit den Kosten der Spitzenmedizin näher befassen müssen.
In Kantonen mit einem Universitäts- oder Zentrumsspital werden die hohen Betriebskosten höchstens zu 60 Prozent aus Krankenkassentaxen finanziert. Das ist der Beschluss, den wir in der Herbstsession gefasst haben. Für 40 Prozent der Kosten der allgemeinen Abteilung werden somit Steuermittel eingesetzt. Krankenkassenmitglieder in Kantonen ohne solche Spitäler sind nicht weniger auf die Möglichkeit hochspezialisierter Medizin angewiesen, sollen diese aber voll aus den Krankenkassenprämien finanzieren. Das ist aus sozialpolitischer Sicht nicht sonderlich gerecht.
Ich bitte Sie daher, dem Antrag Günter zuzustimmen.

Früh: Wir beschäftigen uns hier mit einem sogenannten Minderheitsantrag; man hätte eigentlich eher schreiben müssen: Einzelantrag. Ich habe erst jetzt bemerkt, dass es in dieser 31köpfigen Kommission doch noch eine Minderheit gibt.
Es geht also darum, dass nebst der Verbilligung der Mitgliederbeiträge durch die Kantone bei wirtschaftlich schwächeren Versicherten (wofür ich übrigens volles Verständnis habe) die Kantone, welche kein Zentrums- oder Universitätsspital führen, die zusätzlichen Kosten übernehmen, die über die Tarife der eigenen Spitäler hinausgehen. Voraussetzung dafür ist, dass medizinische Gründe vorliegen. Ich gehe davon aus, dass ein Zentrumsspital ein Kantonsspital ohne Lehr- und Forschungsauftrag ist, wie zum Beispiel St. Gallen oder Münsterlingen. Nach dem Vorschlag Günter müsste also der Kanton, der nicht über eine solche Spitaleinrichtung verfügt, der Krankenkasse die Differenz zwischen dem eigenen kantonalen Tarif und den Kosten im benachbarten Kanton mit einem Universitäts- oder Zentrumsspital ausgleichen.

Eine Frage stellt sich noch: Welche Kosten sind gemeint? Die Vollkosten? Was aber die Kantone ohne Spitzenspitäler interessieren muss, ist eben die Tarifgestaltung. Diese Kantone sind dem Verhandlungsgeschick des Spitals im anderen Kanton völlig ausgeliefert. Diese Kantone müssen also darauf beharren, bei den Tarifverhandlungen mitzusprechen und dabei zu sein, und ich glaube, das kann nicht unser Ernst sein. Ich bin der Meinung, dass der Artikel 19bis, vor allem sein Absatz 2, genügend klar ist.
Wir wollen doch nicht Gesetze schaffen, die Artikel enthalten, die in ein, zwei oder drei Jahren veraltet sind. Zudem erinnere ich Sie daran, dass solche Patientenaustausche über die Kantonsgrenzen ja existieren: Grundlagen dieser Kostenübernahme in bezug auf die Zentrums- und Universitätsspitäler sind Verwaltungsverträge oder Vereinbarungen. Sogar der kleine Kanton Appenzell-Ausserrhoden und St. Gallen arbeiten bestens zusammen. Eine gesetzliche Regelung auf Zeit, Herr Günter, ist unnötig; wir wollen doch nicht unnötige Gesetzesartikel schaffen.
Ich bitte Sie im Sinne der Mehrheit, diesen Minderheitsantrag abzulehnen.

M. **Dupont,** rapporteur: Je pense que M. Günter part d'un bon sentiment mais je voudrais rappeler qu'en vertu de l'article 19bis, 2e alinéa, le traitement qui s'effectue hors du canton de domicile pour des raisons médicales doit être intégralement pris en charge par la caisse-maladie. Déjà aujourd'hui, des caisses-maladie, surtout pour les assurés habitant les cantons n'ayant pas d'hôpital universitaire, ont des conventions avec ces hôpitaux garantissant que lorsqu'ils doivent être transférés pour des raisons médicales dans un hôpital universitaire, la totalité des frais est prise en charge par ces caisses-maladie qui, bien entendu, ont fixé auparavant un prix conventionnel entre la caisse et ces hôpitaux universitaires. C'est le cas par exemple pour mon canton qui a passé un tel accord avec l'hôpital universitaire de Lausanne ou de Genève et qui prend en charge la totalité des frais lorsque les malades sont transférés pour des raisons médicales.
La proposition de M. Günter me paraît malgré tout dangereuse car elle entraînerait une forme de tourisme hospitalier où les malades finiraient par choisir les hôpitaux qui leur plaisent le plus, entraînant par là à nouveau une surcharge financière, non seulement pour les caisses-maladie mais aussi pour les assurés ou leurs familles. Nous vous proposons donc d'en rester à la proposition de la majorité et de rejeter la proposition de M. Günter.

Bundesrat **Egli:** Der Bundesrat schliesst sich der Kommissionsmehrheit an, und zwar aus der Überlegung, dass das hier aufgeworfene Problem im bereits beschlossenen Gesetzestext hinreichend gelöst ist. Ich darf zusammen mit Herrn Früh auf Artikel 19bis Absatz 2 hinweisen. Nach dieser Gesetzesbestimmung haben die Kassen volle Leistungspflicht, wenn ein Kassenmitglied aus medizinischen Gründen – wie es heisst – «anderswo», also ausserhalb seines Kantons, behandelt werden muss. Also ist das Problem von der Sicht der Krankenkasse aus an sich gelöst. Nach Artikel 22quinquies Absatz 4 hat die Heilanstalt andererseits das Recht, für ausserkantonale Versicherte eine höhere Behandlungspauschale zu verlangen.
Es bleibt den Kantonen überlassen, ob sie die ausserkantonale Behandlung ihrer Einwohner mitfinanzieren wollen. In der Praxis kommt dies häufig vor, und zwar bestehen hierfür in vielen Fällen auch Spitalabkommen zwischen den Kantonen. In diesen Abkommen gibt es natürlich verschiedenste Lösungen und nicht nur die Lösung, die den Vertretern des Minderheitsantrages vorschwebt.
Ich bitte Sie, der Mehrheit zuzustimmen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	65 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	39 Stimmen

Abs. 2 – Al. 2

Angenommen – Adopté

Abs. 3 – Al. 3

Präsident: Hier liegt ein Antrag von Herrn Seiler vor. Er schlägt Ihnen im Einverständnis mit den Kommissionsberichterstattern vor, diesen erst nach Artikel 38bis zu behandeln. Sie sind damit einverstanden.

Art. 38bis

Antrag der Kommission

Abs. 1

Mehrheit

Die jährlichen Beiträge des Bundes nach den Artikeln 35 bis 38 werden durch einfachen Bundesbeschluss jeweils für drei Jahre festgesetzt.

Minderheit

(Bratschi, Borel, Eggli-Winterthur, Gloor, Meyer-Bern, Neukomm, Zehnder)

... werden durch einen allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss jeweils für drei Jahre festgesetzt.

Abs. 2

Vom jährlichen Gesamtbetrag werden die Beiträge nach den Artikeln 36, 37 Absatz 2 und 37bis nach den Aufwendungen und Prämienausfällen im vorangegangenen Kalenderjahr ausgerichtet.

Abs. 3

Die Höhe der jährlichen Beiträge nach den Artikeln 35, 37 Absatz 1 und 38 Absatz 3 wird im Bundesbeschluss festgesetzt.

Abs. 4

Der Beitrag nach Artikel 36bis bestimmt sich aus der Differenz zwischen dem jährlichen Gesamtbetrag und den übrigen Beiträgen des Bundes nach den Artikeln 35 bis 38.

Antrag Seiler

Abs. 1

Nach Entwurf des Bundesrates

Abs. 2

Die jährlichen Beiträge des Bundes nach den Artikeln 35, 36bis und 37 Absatz 1 betragen insgesamt 18 Prozent der Ausgaben der Krankenkassen in der Grundversicherung für Krankenpflege im Vorjahr unter Abzug der Verwaltungskosten und der Einnahmen aus Kostenbeteiligungen. Die auf die einzelnen Beitragsarten entfallenden Beträge werden vom Bundesrat nach Anhören der Kassen festgelegt. Der Beitrag nach Artikel 36bis hat mindestens zwei Drittel der nach den gleichen Grundsätzen berechneten und um die Kosten der Mutterschaftsleistungen verminderten Mehrkosten der Frauen zu decken.

Abs. 3

Streichen

Abs. 4

Streichen

Art. 38bis

Proposition de la commission

Al. 1

Majorité

Les subsides annuels alloués par la Confédération en vertu des articles 35 à 38 sont fixés par arrêté fédéral simple valable trois ans.

Minorité

(Bratschi, Borel, Eggli-Winterthour, Gloor, Meyer-Berne, Neukomm, Zehnder)

... par un arrêté fédéral de portée générale valable trois ans.

Al. 2

Les subsides alloués sur la base du montant global annuel et en vertu des articles 36, 37, 2e alinéa, et 37bis sont fixés d'après les dépenses et les cotisations manquantes de l'année civile précédente.

Al. 3

Le montant des subsides annuels alloués en vertu des articles 35, 37, 1er alinéa, et 38, 3e alinéa, sont fixés dans l'arrêté fédéral.

Al. 4

Le subside alloué en vertu de l'article 36bis est déterminé par la différence entre le montant global annuel et les autres subsides de la Confédération, en vertu des articles 35 à 38.

Proposition Seiler

Al. 1

Selon projet du Conseil fédéral

Al. 2

Les subsides annuels alloués par la Confédération en vertu des articles 35, 36bis et 37, 1er alinéa, s'élèvent au total à 18 pour cent des dépenses engagées l'année précédente par les caisses-maladie au titre de l'assurance de base des soins médicaux et pharmaceutiques, sous déduction des frais administratifs et des participations aux frais. Les montants affectés aux divers types de subsides sont fixés par le Conseil fédéral après consultation des caisses. Le subside alloué en vertu de l'article 36bis devra couvrir au moins deux tiers des dépenses supplémentaires des assurées calculées selon les mêmes principes et diminuées des frais afférents aux prestations en cas de maternité.

Al. 3

Biffer

Al. 4

Biffer

Zehnder, Sprecher der Minderheit: Für die Minderheit wird in diesem Artikel eine staatspolitisch bedeutungsvolle Frage aufgeworfen. Es geht um den einfachen oder allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss beziehungsweise um die abschliessende Kompetenz der eidgenössischen Räte oder die Referendumsmöglichkeit und damit allenfalls die Mitsprache des Stimmvolkes.
Nach dem Geschäftsverkehrsgesetz Artikel 6 sind befristete Erlasse, die rechtssetzende Normen enthalten, in Form des allgemeinverbindlichen Bundesbeschlusses zu kleiden. Die Praxis der Räte bezüglich dieser Rechtsform war in den letzten Jahren schwankend; ich erwähne nur zwei Beispiele: Im Bundesbeschluss über die fünfte Beitragsperiode nach dem Hochschulförderungsgesetz vom 23. März 1984, in Artikel 7, ist festgelegt: «Dieser Bundesbeschluss ist allgemeinverbindlich, er untersteht dem fakultativen Referendum.» Rechtsgrundlage dafür ist das Bundesgesetz vom 28. Juni 1968 über die Hochschulförderung. Der befristete Erlass des Bundesbeschlusses enthält also kaum eine rechtssetzende Norm. Die Räte entschieden sich trotzdem für einen allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss.
Zweites Beispiel: Der Beschluss über eine vorübergehende Erhöhung der Zahl der Ersatzrichter und Urteilsredaktoren am Bundesgericht vom 27. März 1984 enthält ebenfalls die Möglichkeit des Referendums. Er wurde auch in einen allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss gekleidet.
Diese beiden Beispiele – vermutlich zusammen mit noch anderen – zeigen, dass unsere Praxis schwankend, vielleicht sogar unsicher ist, dass die Beitragsbeschlüsse des Bundes aber von grosser politischer Wichtigkeit und Reichweite sind.
In unseren Krankenkassen oder Versicherungen sind heute rund 97 Prozent der Bevölkerung eingegliedert. Sie sind von den Entscheiden über die Bundesbeiträge direkt betroffen. Sie sollen daher notfalls auch die Möglichkeit der Mitsprache haben. Die freiwillige Krankenversicherung steht und fällt mit der Abgeltung der sozial- und familienpolitischen Auflagen durch den Bund. Die Bundesbeiträge nach Artikel 35 bis 38 haben eine derart wichtige Funktion, dass man ihre Höhe nicht völlig unabhängig vom Volkswillen festsetzen darf, auch dann nicht, wenn die Finanzlage des Bundes noch schlechter als heute sein sollte. In Notsituationen hat sich unser Volk noch immer vernünftig gezeigt, so dass wir nicht mit einem einfachen Bundesbeschluss über die Köpfe hinweg regieren müssen.
Eine Notwendigkeit, dem Parlament die umfassende Kompetenz eines einfachen Bundesbeschlusses zu geben, besteht hier nicht. Hingegen gefährden wir die ganze Vorlage, wenn wir dem Volk die Mitsprache in dieser äusserst wichtigen Frage verweigern wollen. Der staatspolitische Schaden, der mit dem einfachen Bundesbeschluss angerichtet wird, ist ernst zu nehmen. Es heisst ja nicht umsonst: «Die in Bern oben machen sowieso, was sie wollen.» Stellen wir deshalb die Glaubwürdigkeit des Parlamentes unter Beweis und lassen wir dem Stimmbürger bei der Krankenversicherung die gleiche Mitsprache wie bei der AHV und der IV. Dort kann das Parlament den Anteil der öffentlichen Mittel auch nicht unter Ausschluss des Referendums festsetzen.
Noch ein Hinweis: Dass die Krankenkassen einen allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss als für sie unumgänglich betrachten, dürfte verständlich sein und ist vor allem ernst zu nehmen.
Ich bitte Sie daher, der Minderheit zuzustimmen.

Seiler: Eine Vorbemerkung: Ich bin nicht der Meinung, dass man die Probleme der Gesundheitskosten damit lösen kann, dass man immer mehr Geld hineinbuttert. Ich bin aber ebenso wenig der Ansicht, dass der Versicherte den Schwarzen Peter behalten soll, nachdem der Gesetzgeber nicht in der Lage ist, die Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen.
Der Patient als schwächstes Glied der Kette darf nicht der einzige Zahlmeister einer teuren und immer teurer werdenden Gesundheitsindustrie der Ärzte, Zahnärzte und Spitäler sein. Dies zu verhindern, ist der Zweck meines Antrages. Ich verrate Ihnen sicher nichts Neues, wenn ich sage, dass das weitere Schicksal dieser Vorlage weitgehend von einer befriedigenden Finanzierung, insbesondere von der Regelung der Beiträge der öffentlichen Hand für die sozialen Auflagen, abhängt.
Das Krankenversicherungsgesetz auferlegt den Krankenkassen Vorschriften zugunsten einzelner Versichertengruppen. Diese bewirken, dass die Versicherten geringere Prämien leisten, als es ihren tatsächlichen Kosten entspräche. Es müssen also Kosten innerhalb der Krankenkassen umverteilt werden, und dies ist in einer freiwilligen Krankenversicherung mit freier Wahl des Arztes und freier Wahl der Krankenkasse nur beschränkt möglich. Wenn der Gesetzgeber Bund den Krankenkassen sozial- und gesellschaftspolitische Auflagen macht, dann muss er einen wesentlichen Beitrag an die Kosten leisten. Tut er dies nicht oder eben in unzureichender Weise, dann wandern die guten Risiken ab und den sozialen Krankenkassen bleibt das Monopol der schlechten Risiken. Solche Erscheinungen kennen wir bereits heute. Sie wurden durch die Kürzung der Bundesbeiträge und die Kosteninflation ausgelöst.
Die Kosten für die Frauen – um nur ein Beispiel zu nennen – sind um rund 1 Milliarde höher als diejenigen für die Männer. Es liegt nun jenseits von Gut und Böse, die Frauen mit diesen Mehrkosten und entsprechenden Prämien belasten zu wollen. Den Frauen ihre Mehrkosten aufbürden, wollen wir nicht; die Männer entsprechend mehr zahlen lassen, können wir nicht. Eine Angleichung der Prämien von Frau und Mann bedingt deshalb, dass die Kostendifferenz durch öffentliche Mittel ausgeglichen wird, und zwar nicht nur zu ungefähr 40 Prozent, wie das die Kommission und der Bundesrat vorsehen.
Weitere enorme Kostenverlagerungen bewirkt auch die Bestimmung des Gesetzes, dass jedes Krankenkassenmit-

glied in der Prämiengruppe seines Eintrittsalters, allenfalls in der untersten Gruppe für Erwachsene verbleibt, sofern es die Kasse nicht wechselt. Etwa 60 Prozent der Krankenkassenmitglieder leisten die gleiche Prämie wie Personen, die der Kasse im Alter zwischen 20 und 35 Jahren beitreten. Je nach Kasse kann dieser Anteil noch erheblich höher sein.
Ein 20jähriger Mann kostet die Kasse im Durchschnitt etwa 220 Franken, ein 70jähriger aber gegen 1800 Franken, und beide bezahlen die gleiche Prämie. Folglich muss die Prämie für den Jungen wesentlich höher als effektiv notwendig angesetzt werden. Auch hier sind also Umverteilungen nicht in beliebigem Ausmass möglich, kann man die Solidarität nicht überstrapazieren. Daher muss sich der Bund auch an diesem Kostenausgleich beteiligen. Es ist aber praktisch unmöglich, die Auswirkung dieser Prämienbestimmung zu ermitteln, weil die Verhältnisse bei jeder Kasse wieder anders sind. Abschätzen kann man jedoch, wie hoch etwa die Mehrkosten der älteren Versicherten sind. Wenn wir annehmen, dass von den über 65jährigen etwa 85 Prozent versichert sind, dann betragen die Mehrkosten gegenüber den 16- bis 65jährigen rund 850 Millionen Franken pro Jahr. Daran leistet heute der Bund etwa 120 Millionen Franken; der Rest muss – wie gesagt – umverteilt werden.
Nach dem Beschluss der Mehrheit der Kommission soll vom Parlament in eigener abschliessender Kompetenz ein Globalbetrag zur Finanzierung aller gesetzlichen Auflagen, die weitestgehend den sozialen Gehalt dieses Gesetzes überhaupt erst ausmachen, festgesetzt werden. Massgebend wird dabei nicht sein, was diese Auflagen kosten, sondern was man dafür aus der Bundeskasse opfern will. Das geht an der gesetzlichen Bestimmung der sozialen Ausgestaltung dieser freiwilligen Krankenkassen vollständig vorbei und führt früher oder später zum Ruin dieses Systems.
Die ansonsten hochgepriesene private Vorsorge wird mit der Revision der Krankenversicherung torpediert, wenn bei den Bundesbeiträgen keine vernünftige Lösung gefunden werden kann. Ausserdem – ich bitte das zu beachten – ist der Vorlage das Referendum der Krankenkassen sicher. Es ist doch ganz klar, dass die Krankenkassen nicht auf ein Gesetz einschwenken können, das in keiner Weise eine Garantie dafür bietet, dass die aus den gesetzlichen Auflagen entstehenden Kosten vom Bund angemessen mitfinanziert werden.
Ich ersuche Sie daher, die Beiträge des Bundes, die ja gemäss Artikel 38ter hälftig von den Kantonen aufgebracht werden sollen, für den Ausgleich der Mehrkosten der Betagten und der Behinderten (gemäss Art. 35), für den Ausgleich der Mehrkosten der Frauen (Art. 36bis) und für die Prämienreduktionen bei Familien mit ein bis zwei Kindern (gemäss Art. 37 Abs. 1) in einem Prozentsatz der Pflegekosten im Gesetz zu verankern. Dieser Prozentsatz soll sich auf die effektiven Ausgaben der Krankenkassen für Pflegekosten beziehen, also die Verwaltungskosten nicht berücksichtigen und nur die gesetzlichen Pflichtleistungen umfassen. Ausserdem sind die Einnahmen der Krankenkassen aus der Kostenbeteiligung zu berücksichtigen. Auf dieser Basis erscheint ein Beitrag von 18 Prozent der Kosten – das ist mein Vorschlag – zur Finanzierung dieser Auflagen in einem tragbaren Mass knapp genügend.
Wie wirkt sich das aus? Ein Betrag von 18 Prozent der bereinigten Kosten des Vorjahres, siehe Tabellen 8 und 9, ergibt für 1986 einen Betrag von 809 Millionen Franken. Davon werden 666 Millionen Franken gebraucht, um eben diese zwei Drittel der Mehrkosten der Frauen auszugleichen. Der Rest ist für die Beiträge zum Ausgleich der Alters- und Behindertenmehrkosten sowie für die Kinder zu verwenden. Zu diesen 809 Millionen kommen dann die 198 Millionen für die Mutterschaftsleistungen und 55 Millionen für den Prämienerlass bei kinderreichen Familien hinzu. Insgesamt müsste der Bund damit im zweiten Jahr des Inkrafttretens 1062 Millionen Franken leisten.
Nach den Ausführungen des Bundesrates bei der Beantwortung der Motion Zehnder hätten die Krankenkassen aufgrund der heute geltenden Regelung mit Subventionsansätzen, die aus dem Jahre 1976 datieren, für 1986 Anspruch auf 942 Millionen Franken, bei Wegfall der linearen Kürzung sogar auf 992 Millionen Franken. Sie können sicher sein, dass sich die Krankenkassen mit den 903 Millionen Franken der Kommission nicht werden einverstanden erklären. Von den 20 Millionen Franken zugunsten der einzelnen Kantone haben die Krankenkassen zudem nichts.
Für den Bundeshaushalt bedeutet mein Antrag einen Mehraufwand von 70 Millionen Franken gegenüber der geltenden Regelung und von 139 Millionen gegenüber der unakzeptierbaren Lösung der Kommissionsmehrheit.
Ich bitte Sie, bei Absatz 1 dieses Artikels 38bis dem Antrag des Bundesrates zu folgen und in bezug auf Absatz 2 meinen Antrag zu unterstützen. Damit wäre eine Voraussetzung geschaffen, um diese sozialen Auflagen, die wir mit diesem Gesetz den Krankenkassen machen, auf eine vernünftige und von den Krankenkassen akzeptierbare Grundlage zu bringen.
Ich bitte Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

Ziegler: Wir haben bei der Beurteilung der Finanzierungsfrage davon auszugehen, dass das Krankenkversicherungsgesetz am System der freiwilligen, individuellen Krankheitsvorsorge die notwendigen sozial- und gesellschaftspolitischen Korrekturen anbringt, d. h. Frauen sollen nicht wesentlich höhere Prämien leisten müssen als Männer. Bei Familien werden die Beiträge zusätzlich durch die Ermässigung der Kinderprämien reduziert. Die ältere Generation soll ihre erhöhten Krankenkosten nicht selbst voll finanzieren müssen, und bei den Behinderten gilt Prämiengleichheit mit den Nichtbehinderten. Diese Korrekturen sind unerlässlich, sie kosten jedoch zwangsläufig viel Geld. Diese Sozialkosten können aber nicht beliebig auf die Kassenmitglieder überwälzt werden, woraus folgt, dass der Bund mindestens einen wesentlichen Teil der Kosten der Sozialauflagen mittragen muss. Nun stellen wir aber fest, dass der Bund seine Verpflichtungen gegenüber den Krankenkassen seit 1974 progressiv abgebaut hat. Heute sind wir bereits soweit, dass wir die Beiträge im Voranschlag mehr oder weniger willkürlich, ohne Rechtsgrundlage, festsetzen. Es sei darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen einer Festsetzung der Bundesbeiträge durch einfachen Bundesbeschluss nicht zustimmen werden.
Die Krankenkassen beharren auf ihrer Forderung nach einem anteilmässig konstanten und angemessenen Mittragen der Sozialauflagen durch den Bund. Diese Forderung wird von weiten Volkskreisen nachhaltig unterstützt. Das beweisen die weit über 300 000 Unterschriften, mit denen die Krankenkasseninitiative alle bisherigen Unterschriftenrekorde gebrochen hat. Diese eindrückliche Willenskundgebung zeigt mit aller Deutlichkeit, dass es so wie bisher nicht weitergehen kann, auch nicht in Sachen Bundesbeiträge. Die Krankenkassen tragen übrigens ganz wesentlich dazu bei, dass auf freiwilliger Basis Soziallasten in Milliardenhöhe von den Versicherten selbst getragen werden. Die Kassen und die Versicherten bewahren den Bund davor, dass er für die Deckung von Defiziten in der Krankenversicherung aufkommen muss. Artikel 38bis der Revisionsvorlage muss Gewähr bieten, dass nicht abgebaut, sondern solidarisch mitgetragen wird. In dieser Richtung bringt der Antrag Seiler eine gewisse Garantie für die Krankenkassen, dass das Gleichgewicht zwischen Solidaritätsleistungen der Versicherten und Lastenausgleichsbeiträgen des Bundes konstant bleibt.
Wenn schon die Kostenbeteiligung indexiert wird, dann müssen auch die Bundesbeiträge zur Abgeltung der Sozialauflagen in einem Prozentsatz der Ausgaben der Krankenkassen verbindlich fixiert werden.
Ich ersuche Sie, den Antrag der Mehrheit abzulehnen und den Anträgen Seiler zuzustimmen.

Basler: Wir machen nun denselben Fehler, den die Kommission schon einmal gemacht hat, nämlich dass sie Anträge gehört und ihnen zugestimmt hat, ohne genau zu wissen, welches die Kostenfolgen sind. Wir haben das in der Kommission nicht besprochen.

Ich habe mir überlegt, was das kostet. Ich komme auf andere Zahlen als diejenigen, die ich eben von Kollege Seiler gehört habe, denn der Kommissionspräsident, Kollege Eggli, hat einleitend die Posten bekanntgegeben, die wir gemäss Sofortprogramm für Artikel 35, 36bis und 37 Absatz 1 vorgesehen haben: Das wären 650 Millionen Franken. Gemäss Tabelle 9 sind die Nettokosten der Krankenkassen, von denen Herr Seiler nun ausgeht, 5122 Millionen Franken, wovon gemäss seinem Antrag 432 Millionen Verwaltungskosten abgehen; 18 Prozent davon sind bereits 850 Millionen, also rund 200 Millionen mehr als die dafür im Sofortprogramm vorgesehenen 650 Millionen. Das geht einfach finanzpolitisch nicht mehr. Es ist in einem gewissen Sinne auch unsozial, bei unserer hohen Staatsverschuldung pro Jahr derart viel mehr zu verlangen – samt einem Automatismus zur Steigerung der Bundesbeiträge. Wir müssen bei den Investitionen für die Zukunft ja auch zurückstecken. Wir sorgen uns um die Mehrausgaben zur Stärkung der schweizerischen Wirtschaft; Paket II verlangt nur einen Fünftel des jährlichen Mehrbedarfs an Bundesmitteln, und da sollte der Konsum – und das sind eben auch Konsumbereiche – nicht derart aufgestockt werden.
Für Auslandferien bezahlen die Schweizer offenbar gleich viel wie für die Krankenkassen, nämlich 6,3 Milliarden Franken pro Jahr. Also ist es nicht in Ordnung, hier weiter zu entlasten, ausgenommen die wirtschaftlich Schwächeren und die wirklich Bedürftigen. Dazu dienen die Beiträge der Kantone gemäss Artikel 38.
Offenbar scheiden sich hier die Geister an der Finanzierung, wie ich eben aus dieser Referendumsdrohung gehört habe. Kollege Seiler hat bereits die Ausführungsgesetzgebung zu einem Verfassungsartikel hier verpackt, wie ihn die Krankenkasseninitiative vorsieht. Es heisst dort: «Der Bund richtet den Krankenkassen Beiträge aus zur Abgeltung der ihnen durch Verfassung und Gesetz auferlegten sozial- und gesellschaftspolitischen Verpflichtungen.» Wir sind der Ansicht, dass der Bund nicht länger seine für das Krankenversicherungswesen zur Verfügung gestellten Steuergelder derart einsetzen soll, wie bis anhin, sondern gezielter für die wirtschaftlich Schwachen. Diesbezügliche Finanzierungsmodelle sind von den Privatversicherten und von Dr. Gygi einmal vorgeschlagen worden. Nur mit Stichentscheid des Präsidenten wurde in der Kommission eine Rückweisung der gesamten Teilrevision an den Bundesrat verhindert, der einen sozialpolitisch noch wirksameren und sparsameren Mitteleinsatz vorzusehen hätte, als wir ihn sogar im Sofortprogramm vorlegen.
Zu dieser Krankenkasseninitiative wird das letzte Wort der Bürger haben. Er ist nicht nur Mitglied einer Krankenversicherung. Viele sind auch Erwerbstätige, die um so mehr Steuern zu entrichten haben, je mehr der Bund eben Beiträge ausschütten muss.
Ich ersuche Sie, den Antrag Seiler aus diesen Gründen abzulehnen.

Bonny: Ich möchte zum Antrag der Minderheit zu Artikel 38bis Stellung nehmen, dem Antrag, der von Kollege Zehnder vertreten wurde. Ich beantrage Ihnen, diesen Antrag abzulehnen und der Mehrheit zuzustimmen. Dabei möchte ich weniger mit krankenversicherungsbezogenen Gründen argumentieren, sondern mehr aus einer allgemeinpolitischen Sicht.
Die Minderheit schlägt uns bekanntlich vor, die jährlichen Beiträge des Bundes sollten nicht durch einfachen Bundesbeschluss jeweils für drei Jahre, sondern durch einen allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss festgesetzt werden.
Dazu hätte ich drei Bemerkungen:

1. Eine Zustimmung zu diesem Minderheitsantrag würde einen Schritt in Richtung eines allgemeinen Ausgabenreferendums bedeuten. Eine solche Politik wollen wir – jedenfalls aus meiner Sicht – nicht. Wir haben eine entsprechende Regelung zwar im Hochschulbereich, die ich eigentlich als einen Sündenfall betrachte. Am Horizont zeichnet sich zudem bereits das Rüstungsreferendum ab, das von der SP Schweiz durch eine Initiative postuliert wird. Ich glaube, wir – jedenfalls jene, die ein solches Rüstungsreferendum nicht wollen – müssen aufpassen, dass hier nicht ein Präjudiz statuiert wird.

2. Ich glaube, dass eine Zustimmung zum Minderheitsantrag auch einen neuen Schritt in Richtung einer weiteren Politisierung des schwierigen Problems Krankenversicherung bedeuten würde. Die Möglichkeit, ein solches Referendum anzudrohen und zu ergreifen, wenn wir die jährlichen Beiträge des Bundes nach den Artikeln 35 bis 38 festlegen, würde selbstverständlich auch schon auf die Beratungen im Parlament abfärben. Nachdem wir ja alle miterleben, wie schwierig es ist, eben hier zu einem Konsens zu kommen, würde eben diese Konsensfindung dadurch noch schwieriger gemacht. Ich gestatte mir hier die Anschlussbemerkung, dass ich an sich bedaure, dass jetzt auch noch parallel eine sozialdemokratische Initiative und die Initiative der Krankenkassen laufen. Ich bin überzeugt, dass uns durch diese beiden Initiativen der Ausweg aus unserer verzwickten Situation nicht leichter gemacht wird.

3. Theoretisch bestünde bei einer Annahme dieses Minderheitsantrages die Möglichkeit, alle drei Jahre ein Referendum zu ergreifen, und wir müssten auch theoretisch alle drei Jahre mit einer entsprechenden Volksabstimmung rechnen. Nun wissen wir genau, wie sehr der Fahrplan heute überlastet ist. Der Bundesrat hat alle Mühe, überhaupt die Volksabstimmungen, die wir durchführen müssen, terminlich zu placieren. Meines Wissens ist bereits das Jahr 1985 vollkommen ausgelastet. Man steckt schon in den Terminen von 1986. Generell müssen wir achtgeben, dass wir unsere Referendumsdemokratie, zu der wir alle stehen, nicht strapazieren. Auch der Bürger selber will in dieser Beziehung nicht überfordert werden. Aus dieser staatspolitischen Sicht meine ich, dass wir durch eine Zustimmung zum Minderheitsantrag der Referendumsdemokratie einen schlechten Dienst leisten. Ich sage deshalb: Wehret den Anfängen!
Ich bitte Sie, den Minderheitsantrag abzulehnen.

M. Gautier: En raison des circonstances que vous connaissez, je n'ai pu m'exprimer sur les trente-quatre premiers articles de cette loi. Vous n'aurez pas la même chance pour la seconde partie de ce débat. Je voudrais intervenir à propos de l'article 38bis qui, si je comprends bien, fait l'objet de trois propositions: celle de M. Seiler qui voudrait que l'on fixe dans la loi en pourcentage les contributions des pouvoirs publics de manière définitive, ou à peu près; celle de la majorité qui voudrait que ces contributions soient fixées en nombre de millions tous les trois ans par un arrêté fédéral simple et enfin la proposition de la minorité qui souhaiterait la même chose mais au moyen d'un arrêté de portée générale soumis au référendum.
Je voudrais d'abord m'élever contre la proposition de M. Seiler, et ceci pour plusieurs raisons, la première étant une question de principe: je crois que le Parlement doit rester maître de ses décisions, trois ans après trois ans, plutôt que de fixer une fois pour toutes dans la loi un pourcentage de contributions. Seconde raison: je comprends fort bien que les caisses-maladie désirent avoir l'assurance de toucher un certain pourcentage de leurs dépenses, chaque année. Il faut, cependant, aussi penser à l'autre extrémité de la chaîne, c'est-à-dire à la caisse fédérale et aux caisses cantonales, puisque les cantons seront aimablement invités à payer la moitié de ces subventions. C'est pourquoi à mon avis, s'il faut tenir compte de l'état financier des caisses-maladie, il faut aussi tenir compte de l'état des finances publiques: nous ne pouvons pas savoir si dans trois ans, ou dans neuf ans, les finances de la Confédération et celles des cantons permettront de payer 18 pour cent dans une partie des cas, les deux tiers des frais dans une autre.
Enfin, je ne suis pas persuadé que si nous acceptions la proposition de M. Seiler, nous ne provoquerions pas un renchérissement des coûts de la santé. En effet, je crois que lorsque les caisses-maladie, d'une part, les malades de l'autre, ont le sentiment que, quoi qu'il en soit, la Confédération et les cantons sont derrière pour payer une bonne partie

des frais, ils ont tendance à moins freiner les coûts. Or, qui peut freiner les coûts? Ce sont les malades ou les patients – parce que souvent ce ne sont pas des malades, ce sont des gens qui se croient malades – qui peuvent apporter une importante contribution à la diminution des coûts de la santé. S'ils ont l'impression que ce sont les pouvoirs publics qui paient, ils auront beaucoup moins tendance à s'abstenir. En ce qui concerne la proposition de la minorité de la commission, M. Bonny a dit d'excellentes choses tout à l'heure sur le principe qui veut que les crédits d'engagement soient votés par la voie de l'arrêté fédéral simple et non par un arrêté de portée générale. Je ne reviens pas sur les propos de M. Bonny mais je voudrais ajouter cette question: que se passerait-il sur le plan pratique si un référendum était lancé contre un arrêté de portée générale fixant pour trois ans la contribution fédérale et cantonale aux dépenses des caisses-maladie? Comment feraient les caisses-maladie – et là je serais heureux de savoir ce qu'en pensent leurs représentants – en n'étant plus fixées pendant de nombreux mois, probablement, sur les subventions qu'elles peuvent recevoir de la Confédération? Il n'y aurait plus de base légale pour leur accorder des subventions. Si le référendum lancé aboutissait au refus par le peuple de l'arrêté de portée générale, l'on arriverait à une solution de vide total de subventions pour les caisses-maladie. Je ne crois pas que ce soit là le désir de la minorité de la commission, à voir les honorables collègues dont elle est composée!
Telles sont les raisons pour lesquelles, au nom du groupe libéral, je vous invite à voter la proposition de la majorité et repousser celle de la minorité et celle de M. Seiler.

Spälti: Ich will nicht direkt zur Frage einfacher Bundesbeschluss allgemeinverbindlicher Bundesbeschluss Stellung nehmen, möchte aber auf ein Problem zu sprechen kommen, das mit den Bundesbeiträgen zusammenhängt und damit eben doch indirekt den Minderheitsantrag betrifft.
Meines Erachtens geht die Frage, ob hier die Referendumsmöglichkeit geschaffen werden soll oder nicht, eben doch am Ziel vorbei. Die Subventionierung der sozialen Krankenversicherung bezweckt ja letztlich, dass die Krankenpflege-Grundversicherung für jedermann finanziell tragbar bleibt. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen alle Mittel der öffentlichen Hand, also auch die Bundessubventionen, gezielt eingesetzt werden, d. h. jenen Krankenkassenmitgliedern zugute kommen, die sie auch tatsächlich brauchen. Heute funktioniert das anders. Die Bundessubventionen an die Krankenkassen werden nicht sozial verwendet. Daran sind aber nicht die Krankenkassen schuld, sondern dies ist die Folge der gesetzlichen Grundlagen. Die Verwendung der Bundesmittel ist deshalb nicht sozial, weil sie unbesehen der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des einzelnen Versicherten eingesetzt werden. Zwar sollen die Kassen künftig nicht mehr nur wie bisher reine Kopfbeiträge, sondern auch gezielte Mittel zur Abgeltung der Mutterschaftsleistungen, zur Prämienbefreiung für das dritte und die folgenden Kinder einer Familie, zur Verbilligung der Frauen- und Kinderprämien sowie zum generellen Lastenausgleich erhalten. Doch auch diese gezielten Mittel kommen allen Versicherten zugute, unbesehen, ob es sich um Begüterte oder weniger Begüterte handelt. Dies darf mit Fug als verfehltes Giesskannenprinzip bezeichnet werden.
Eine soziale Verteilung dieser Bundesbeiträge sähe anders aus: Die wirtschaftlich Schwächeren müssten die Mittel der öffentlichen Hand erhalten und nicht diejenigen, die darauf verzichten können. Konkrete Vorschläge, wie dies gehandhabt werden könnte, liegen bekanntlich vor. Sie müssen nicht der Weisheit letzter Schluss sein, aber sie bilden eine Basis. Wenn diese Änderung im Sinne einer wirklich sozialen Finanzierung aufgrund der Bundesbeiträge einmal realisiert ist, was ja bekanntlich auch mit einer Motion angestrebt wird, dann ist eine der verschiedenen notwendigen Grundlagen geschaffen, damit der ständige Druck nach immer höheren Subventionen nachlässt.
Es ist nötig, die Umgestaltung des Finanzierungssystems sofort an die Hand zu nehmen, um bei Ablauf der Übergangsfrist eine praktische, nicht diskriminierende soziale Finanzierungslösung zur Verfügung zu haben. Nach der bereits beschlossenen Änderung des Artikels 33 des KMVG sind die formellen Voraussetzungen in der Rechnungslegung der Krankenkassen bereits vorhanden. Damit will ich sagen, der entscheidende Punkt ist eine rasche Realisierung einer wirklich sozialen Finanzierung der Krankenkassenprämien. Die Schaffung einer Referendumsmöglichkeit löst hier das eigentliche Problem überhaupt nicht, und man kann sich sogar fragen, ob es nicht für die Subventionsempfänger, nämlich die Krankenkassen, letztlich auch kontraproduktiv sein könnte.

Allenspach: Ich spreche zum Antrag Seiler, der auf den ersten Blick harmlos tönt, aber von grosser Tragweite ist. Es sind vor allem drei Punkte hervorzuheben:

1. Dieser Antrag Seiler schafft erneut einen Ausgabenmechanismus. In den Debatten über das Budget oder die Rechnung wird immer wieder Klage geführt, das Parlament habe finanzpolitisch wenig zu sagen, weil der grösste Teil der Bundesausgaben gesetzlich gebunden sei. In den Anträgen des Bundesrates und der Kommissionsmehrheit wird dem Parlament wieder ein grösserer Freiraum für finanzpolitische Entscheidungen geschaffen und damit dem Parlament auch wieder eine grössere finanzpolitische Verantwortung zuerkannt. Wir sollten bereit sein, diese grössere finanzpolitische Verantwortung zu übernehmen und uns nicht hinter einem Ausgabenmechanismus verkriechen.

2. Im Antrag Seiler wird der Grundsatz, je höher die Kosten, desto höher die Subventionen, verankert. Dieser Grundsatz widerspricht Sinn und Geist des Sofortprogrammes, das ja die Kosten dämpfen will. Wenn die Subventionen mit steigenden Kosten automatisch auch immer höher werden, dann wird der Anreiz, Kosten zu sparen, geringer. Unser Hauptproblem ist die Eindämmung der Kostenexplosion. Das sollten inzwischen alle, die sich mit der Krankenkversicherung befasst haben, erkannt haben. Aber diese Kostenexplosion bekommen wir nicht in den Griff, wenn wir die Kosten einfach vermehrt auf den Bund umverteilen.

3. Der Antrag Seiler hätte momentan rund 150 Millionen Franken höhere Subventionen zur Folge. 150 Millionen Franken mehr Bundesausgaben sind kein Pappenstiel, besonders wenn man die leere Bundeskasse ansieht. Es ist natürlich zu einfach zu sagen, der Bund könne gemäss Artikel 38ter die Hälfte dieser Mehrausgaben auf die Kantone überwälzen. Hier stellt sich erstens die Frage, ob die Kantone bereit sind, diese zusätzlichen Ausgaben zu übernehmen, und zweitens ist daran zu erinnern, dass Artikel 38ter erst in Kraft tritt, wenn durch die Neuverteilung der Aufgaben von Bund und Kantonen ein angemessener Ausgleich für die Mehraufwendungen der Kantone auf dem Gebiet der Krankenversicherung erfolgt ist. Wird dem Antrag Seiler zugestimmt, werden die Bemühungen um eine Neuverteilung der Aufgaben von Bund und Kantonen erschwert.
Ich bitte Sie, in diesem Sinne den Antrag Seiler abzulehnen und der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Gestatten Sie mir vorerst noch einige Bemerkungen, auch an Herrn Spälti beispielsweise: Es ist falsch, beim gegenwärtigen System von «Giesskannensubventionen» zu sprechen. Schon anlässlich der Revision 1964, die 1966 in Kraft getreten ist, hat das Parlament ganz bewusst beschlossen, die Beiträge der Frauen dürften bei den Prämien nicht mehr als 10 Prozent betragen. Das übrige habe der Bund abzugelten. Man kann heute sagen – aber ich würde auch diese Aussage falsch finden –, es sei damals ein politischer Fehlentscheid gewesen. Der Entscheid entsprach der politischen Meinungsbildung. Man spricht heute davon, dass die Frauen die gleichen Prämien wie die Männer bezahlen sollten. Wenn man solche politischen Entscheide fällt, muss man auch dazu stehen. Der Vorschlag der PKU war sicher nicht der Weisheit letzter Schluss. Herr Spälti hat das richtig gesehen.

Zu den Anträgen: Herr Zehnder beantragt namens der Minderheit, dass die Beiträge dem fakultativen Referendum unterstellt werden. Ich verstehe die Vertreter, die das beantragen, denn gebrannte Kinder fürchten das Feuer! Unser Parlament hat seit einigen Jahren die faktischen Beitragsverzögerungen beschlossen: Man erhält das Geld ein Jahr später, und es fehlen ständig etwa 700 bis 800 Millionen in den Kassen, für die die Krankenkasse die Bank spielt. Das wird auch in Zukunft befürchtet. Deshalb möchte man diesen Bestandteil dem Referendum unterstellen. Es ist zwar richtig, dass die Mehrheit das durch einen einfachen Bundesbeschluss regeln will, ohne die Möglichkeit des Referendums. Wir tragen die Verantwortung in diesem Parlament, um diesen Entscheid zu ringen. Es wurde sogar noch dargelegt, die Referendumsmöglichkeit könnte sich auch negativ auswirken, wenn einmal die berühmten «Sparonkel» in unserem Rat das Referendum ergreifen, um eine Reduktion des Beitrages zu erwirken. Diese Gefahr besteht natürlich auch. Das sind die Gründe, die die Kommissionsmehrheit dazu geführt haben, diesen Antrag abzulehnen.
Zum Antrag von Herrn Seiler: Hier möchte ich Herrn Basler bitten, seine Zahlen etwas zu korrigieren. Er hat etwas vergessen. Die Gesamtkosten, gerechnet auf 1985, betragen 5 568 000 000 Franken. Von diesen gehen in Abzug: 432 Millionen Franken Verwaltungskosten. Wenn eine 20prozentige Kostenbeteiligung besteht, müssen wir diese auch in Abzug bringen, das beläuft sich auf 836 Millionen Franken. Erst wenn diese beiden Abzüge erfolgt sind, kämen die 18 Prozent von Herrn Seiler; das würde dann noch 809 Millionen machen. Man müsste nämlich die Mutterschaftskosten auch noch in Abzug bringen, dann kommt man auf den Betrag von 4 492 000 000. 18 Prozent davon sind 809 Millionen, und dann kommen die 198 und die 55 Millionen wieder hinzu. Die Schlusssumme beläuft sich auf 1062 Millionen. Das sind die richtigen Zahlen. Herr Seiler will einfach, dass der Prozentsatz gleich bleibt, den die Krankenkassen bzw. die Versicherten erhalten, so dass man immer mit dem gleichen Prozentsatz rechnen kann.
Das hätte verschiedene Vorteile. Das ist zuzugeben. Ein Vorteil wäre: der Bund müsste laufend mehr bezahlen, ebenso die Kantone. Das wäre einerseits ein Vorteil, indem die Kantone und der Bund gezwungen würden, vermehrt zu sparen, insbesondere die Kantone, die bis heute in dieser Beziehung teilweise nicht sehr viel getan haben. Nachteilig wäre, wie das auch hier gesagt worden ist, dass es laufend schwieriger würde, die Kosten im Griff zu behalten, und dass das Parlament seine Budgetfreiheit einschränken würde und den Beitrag nicht mehr alle Jahre anpassen könnte; es wären einfach die 18 Prozent. Damit würden wahrscheinlich die Kantone weniger zum Ergreifen von Sparmassnahmen gezwungen. Dieser indirekte Vorteil läge dem Antrag Seiler zugrunde. Wir sind uns ja einig, dass man bei den Kostenverursachern sparen muss. Aber einer von diesen Kostenverursachern ist der Kanton, und wenn Herr Gautier von eingebildeten Kranken spricht, dann ist einfach festzustellen, dass es auch Ärzte gibt, die eingebildete Kranke sehr gerne behandeln, weil sie nicht viel zu tun geben, aber die Tarife eben unverändert bleiben. Es gibt beides. Wenn die Ärzte alle eingebildeten Kranken nicht mehr behandeln würden, müsste Herr Gautier nicht davon sprechen.
Die Kommission möchte – um nochmals auf den Antrag von Herrn Zehnder zurückzukommen – ganz klar festhalten: Es gibt überall feste Ansätze mit Ausnahme des Prämienausgleichsbeitrages von 440 Millionen. Nur das ist eine Pufferzone, bei der man mehr oder weniger geben kann. Bei den übrigen Beiträgen besteht so oder so keine Referendumsmöglichkeit, sondern wie gesagt nur für diese 440 Millionen, weil diese im Gesetz festgelegt sind. Einzig diese 440 Millionen sind also letztlich noch referendumsfähig, und auch diesen Betrag kann das Parlament schliesslich noch ändern. Das übrige ist im Gesetz geregelt, wie ich es eingangs bereits gesagt habe.
Ich möchte Sie also im Namen der Kommissionsmehrheit bitten, ihren Anträgen zuzustimmen.

M. **Dupont**, rapporteur: Je vous rappelle qu'avec l'arrêté fédéral simple le référendum n'est pas possible, alors qu'il l'est avec l'arrêté fédéral de portée générale. Les caisses-maladie revendiquent très fermement – elles en font leur cheval de bataille – l'arrêté fédéral de portée générale. Un certain nombre de cantons en font de même, car ils craignent que la Confédération ne restreigne de plus en plus ses subventions en se déchargeant sur les caisses-maladie, c'est-à-dire indirectement sur les assurés et par conséquent sur les cantons.
Ceux qui présentent la proposition de minorité – je ne le sais pas, mais j'interprète – ont vu la possibilité de faire pression, sous la menace du référendum, sur le Parlement et le Conseil fédéral de manière à ne pas abaisser le montant des subventions. Mais, il faut le dire encore une fois, cela vaut aussi dans l'autre sens. Certains se souviennent que M. Otto Fischer avait proposé d'introduire le référendum de portée générale dans l'aide aux universités, non par crainte d'une augmentation des subventions, mais pour les diminuer si le Parlement ou le Conseil fédéral était trop généreux.
En fait, si la majorité de la commission a choisi la formule de l'arrêté simple, c'est en raison d'un principe. Il faut rappeler que les dépenses fédérales sont toujours déterminées par un tel arrêté, sans quoi il faudrait l'introduire dans toute une série de dispositions entraînant des subventions de la Confédération, comme par exemple l'aide au tiers monde. Il faut également souligner que la situation financière de la Confédération doit toujours être examinée et prise en considération lors de la fixation de subsides fédéraux. Mais – le message le fait très largement – il faut aussi rappeler que les participations provenant de la Confédération en faveur des caisses-maladie sont nécessaires au bon fonctionnement de notre système. Or, ces caisses ne peuvent remplir leurs fonctions que si les subventions sont régulièrement versées et périodiquement adaptées à la situation. Cela ne doit pas être automatique, mais examiné compte tenu de l'état financier de la Confédération et de la nécessité de maintenir le critère de solidarité. Je crois qu'il fallait le rappeler. C'est donc pour des raisons strictement de principe appliquées généralement par le Parlement et le Conseil fédéral dans ce domaine que nous vous suggérons de rejeter la proposition de la minorité.
La proposition de M. Seiler est inacceptable, car elle entraînerait une véritable explosion des coûts puisqu'elle élimine pratiquement l'autodiscipline demandée à l'ensemble du secteur médical et des assurés. Ils n'auraient plus aucune raison de s'y astreindre puisqu'on leur garantirait d'avance le pourcentage des dépenses consacrées à la santé. Il s'agit donc dans ce cas d'une atteinte directe à la volonté de recherche d'un frein au coût de la santé du Parlement et du Conseil fédéral. Nous vous proposons, à titre personnel, puisque la commission ne s'est pas réunie, de rejeter la proposition de M. Seiler.

Bundesrat **Egli**: Der Standpunkt der Regierung: Sie lehnt beide Anträge ab, sowohl den Antrag der Kommissionsminderheit, der von Herrn Zehnder begründet worden ist, wie auch den Antrag Seiler. Die Gründe sind von den Votanten dieser Debatte schon weitgehend dargelegt worden. Ich darf sie kurz zusammenfassen:
Zum Antrag Seiler: Erstens einmal schafft dieser Antrag einen Mechanismus in dem Sinne, dass Subventionen automatisch durch die Ausgaben der Krankenversicherung bestimmt werden. Andere Votanten haben bereits darauf hingewiesen: Bei Budget- oder Rechnungsdebatten beklagt sich das Parlament regelmässig darüber, dass seine Budgetfreiheit durch solche Automatismen eingeschränkt sei. Hier sind Sie nun im Begriff, einen solchen neuen zu schaffen.
Zweitens: Die Lösung von Herrn Seiler ist wenig flexibel. Das Parlament entbindet sich seiner Budgethoheit und Budgetfreiheit, und es gibt sie ab an das Gesetz. Das Parlament wird die Ausgaben des Staates nicht mehr nach den momentanen Bedürfnissen bemessen können, sondern ist an das Gesetz gebunden, an die 18 Prozent, die Herr Seiler hier einführen möchte.

Ein drittes Moment: Eine solche Lösung trägt nicht zum Sparen bei, dies ist wiederholt in der Debatte bemerkt worden.
Schliesslich darf ich noch die von uns berechneten Zahlen wiedergeben, zu welchen der Antrag Seiler im Jahre 1985 führen würde. Die Zahlen, wie sie Ihnen vom Herrn Kommissionsreferenten Eggli gegeben worden sind, stimmen annähernd. Der Betrag würde beispielsweise für das Jahr 1985 über eine Milliarde ausmachen. Sie werden mir recht geben, dass für das nächste Jahr eine solche Ausgabe für den Bund unzumutbar ist. Das zum Antrag Seiler.
Nun zum Minderheitsantrag der Kommission, wie von Herrn Zehnder begründet: Hier haben Sie nun die politische Option zu treffen, ob Sie ein fakultatives Finanzreferendum einführen wollen oder nicht. Es gibt für beide Möglichkeiten natürlich Gründe. Aber der Bundesrat lehnt ein solches fakultatives Finanzreferendum ab, weil es als erratischer Block in unserer finanzpolitischen Situation stehen würde. Wir kennen einen einzigen Fall – Herr Bonny hat ihn genannt und ihn auch als «Sündenfall» bezeichnet – im Bereiche der Hochschulsubventionen, es ist dies noch ein Andenken an Herrn Otto Fischer, das hier in diesem Rate «durchgeboxt» worden ist. Sonst finden Sie im ganzen finanzpolitischen Bereich der Eidgenossenschaft kein fakultatives Finanzreferendum. Wir möchten auch diese Gelegenheit nicht benutzen, ein solches einzuführen. Sie aber haben die Wahl zu treffen. Der Bundesrat empfiehlt Ihnen, davon abzusehen.
Ein zweiter Grund: Sie wissen, dass das Konkordat auch mit dem Gedanken liebäugelt, ein fakultatives Finanzreferendum zu ergreifen. Demgegenüber ist folgendes zu bemerken: Nach meiner Erfahrung findet bei fakultativen Finanzreferenden, wie sie gelegentlich bei Kantonen rechtens sind, eher das Gegenteil dessen statt, was sich das Konkordat der Krankenkassen davon verspricht. Das Finanzreferendum wird nämlich in der Regel dann ergriffen, wenn der Souverän der Auffassung ist, dass das Parlament seine Budgethoheit strapaziert und übertrieben hat. Es könnte also dieses Finanzreferendum ebensogut in das Gegenteil dessen umschlagen, was sich Herr Zehnder und seine Mitstreiter für diesen Minderheitsantrag vorstellen. Ausserdem wissen Sie auch, wie schwer es ist, das Ergebnis einer Volksabstimmung über ein Finanzreferendum, wenn eine vom Parlament beantragte Ausgabe vom Souverän überprüft werden muss, zu beurteilen, ob nun die Meinung besteht, das Parlament habe zuviel oder zuwenig beschlossen. Auch dieser Grund spricht gegen ein solches Finanzreferendum.
Ich bitte Sie, beide Anträge abzulehnen und der Kommission zuzustimmen.

Abs. 1 – Al. 1
Abstimmung – Vote
Eventuell – A titre préliminaire

Für den Antrag der Mehrheit	109 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	53 Stimmen

Definitiv – Définitivement

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

Abs. 2, 3 und 4 – Al. 2, 3 et 4

Für den Antrag der Kommission	115 Stimmen
Für den Antrag Seiler	54 Stimmen

Präsident: Damit entfällt der Antrag Seiler zu Artikel 38 Absatz 3.

Art. 38ter
Antrag der Kommission

Abs. 1 und Abs. 2 Bst. a und b
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2 Bst. c
. . . für das Spitalwesen, für die spitalexterne Krankenpflege und für die Verbilligung . . .

Abs. 2 Bst. d
Mehrheit
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Minderheit
(Meyer-Bern, Borel, Bratschi, Eggli-Winterthur, Gloor, Neukomm, Vannay, Zehnder)
d. dem Vorhandensein einer bedarfsgerechten verbindlichen Spitalplanung gemäss Artikel 19bis Absatz 6.

Abs. 3
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 38ter
Proposition de la commission

Al. 1 et al. 2 let. a et b
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2 let. c
... pour les hôpitaux, pour les soins prodigués hors de l'hôpital et pour la réduction...

Al. 2 let. d
Majorité
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Minorité
(Meyer-Berne, Borel, Bratschi, Eggli-Winterthour, Gloor, Neukomm, Vannay, Zehnder)
d. L'éventuelle planification hospitalière, obligatoire et conforme aux besoins, selon l'article 19bis, 6e alinéa.

Al. 3
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Abs. 1 und 2 Bst. a, b, c
Al. 1 et 2 let. a, b, c
Angenommen – Adopté

Abs. 2 Bst. d – Al. 2 let. d

Meyer-Bern, Sprecher der Minderheit: Das Gesundheitswesen ist im Bereich der medizinischen Versorgung kantonal geregelt. Die Kranken- und Unfallversicherungen hingegen verfügen, wie die Sozialversicherungs-Gesetzgebung allgemein, über eine gesamtschweizerische Regelung. Wir müssen somit Massnahmen, insbesondere im Bereich der Kostendämpfung, gemeinsam ergreifen. Die beiden Rädersysteme müssen auf Bundes- und Kantonsebene synchron miteinander verzahnt werden, wenn sie nicht leerlaufen sollen.
Artikel 19bis Abs. 6 weist auf die Kompetenz der Kantone hin, die Spitalplanungen zu verwirklichen und verbindlich zu erklären. Gleichzeitig werden die Krankenkassen dann von der Leistungspflicht entbunden, wenn Spitäler stationäre Leistungen anbieten, die aufgrund der jeweiligen kantonalen Spitalplanungen eben bereits abgedeckt sind. Die Kantone können jedoch über das KMVG nicht verbindlich zur Erstellung von Spitalplanungen verpflichtet werden, sie sind aus föderalistischen und verfassungsrechtlichen Gründen dazu nur berechtigt. Es besteht deshalb sowohl für Bund und Kanton als auch für die Krankenkassen und die Patienten ein eminentes öffentliches Interesse, dass die Kantone tatsächlich auch über bedarfsgerechte Spitalplanungen verfügen und solche einreichen und ausweiten. Nur so kann nämlich der beantragte Artikel 19bis Absatz 6 des KMVG seine Wirkung voll entfalten. Wir haben somit ein Junktim zwischen dem erwähnten Artikel 19bis Absatz 6 und dem hier zur Diskussion vorliegenden Artikel 38ter Absatz 2

Buchstabe d vor uns, das im unmittelbaren Interesse von Bund, Kantonen, Krankenkassen und mittel- und längerfristig auch von den Patienten und Spitälern ist.
Man kann nun den Einwand erheben, dass diese Erleichterung, diese Anreizprämie für die Kantone, nicht quantifizierbar sei oder dass es für den Bund schwierig sei, die Bedarfsgerechtigkeit dieser kantonalen Spitalplanungen zu beurteilen. Wenn Sie Artikel 38ter, so wie er nun neu vor uns liegt, betrachten, stellen Sie jedoch fest, dass nach Absatz 3 der Bundesrat die Einzelheiten nach Anhören der Kantone zu regeln hat. Er ist also verpflichtet, das im Verein mit den Kantonen zu regeln.
Die Bestimmungen in den Buchstaben a, b und c müssen quantifiziert werden. Deshalb glaube ich, dass es auch richtig ist, wenn man bei Buchstabe d quantifiziert.
Die Frage der Spitex-Quantifizierung wird keine leichte Aufgabe sein. Die Kantone haben Planungswerke, die sie verbindlich erklären. Es wird Kennziffern geben. Es wird Durchschnittswerte geben. Die Sanitätsdirektorenkonferenz ist selbstverständlich bereit, hier ebenfalls zur Lösung beizusteuern. Wir haben schliesslich ein (übrigens auch vom Bund mitsubventioniertes) schweizerisches Krankenhausinstitut, das absolut in der Lage ist, derartige Vorstellungen zu quantifizieren.
Wenn wir wirklich wollen, dass diese Kantone bedarfsgerechte und verbindliche Planungen durchführen und durchsetzen, so ist der Hinweis, dass man, wenn die Planung nicht zustande kommt, der Vorzugsprämien verlustig geht, immer wieder eine wirksame Waffe.
In diesem Sinne bitte ich Sie, Artikel 38ter Absatz 2 Buchstabe d zuzustimmen, wie es Ihnen die Minderheit beantragt.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Den Minderheitsantrag, wie er hier vorliegt, müssen wir in Zusammenhang mit einem früheren Artikel betrachten, der den Kantonen die Möglichkeit gibt, verbindliche Spitalplanungen zu erstellen und damit mitzuhelfen, Kosten einzusparen.
Die Mehrheit der Kommission lehnt diesen Minderheitsantrag ab mit der Begründung, die verbindliche Spitalplanung sei ja sowieso geregelt, und es sei nicht nötig, nun noch eine solche Bestimmung aufzunehmen. Für grössere Kantone sind solche Planungen selbstverständlich. Dass aber kleine Kantone solche Spitalplanungen machen, glaube ich eben nicht. Wenn der Minderheitsantrag angenommen wird, müsste man diese Sonderfälle extra berücksichtigen.
Aus diesen Überlegungen heraus muss ich Sie bitten, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

M. **Dupont**, rapporteur: A l'article 19bis, 6^{e} alinéa, il est stipulé que «les cantons peuvent fixer, sur leur territoire, des planifications obligatoires», et vous avez adopté cette clause le 4 octobre 1984.
Si vous acceptez la proposition de la minorité de fixer un critère supplémentaire pour l'obtention des subventions, cela revient à dire que vous obligez les cantons à faire une planification hospitalière, autrement dit vous transformez le «peuvent» en «doivent». En fait, les cantons n'ont aucune raison de renoncer à une planification hospitalière, mais il faut leur laisser la liberté de l'interpréter et de la faire dans le sens qu'ils le souhaitent car ils doivent – je tiens à le rappeler – participer à raison de 50 pour cent aux subventions à l'assurance-maladie.
Par conséquent, je vous invite à rejeter la proposition de la minorité.

Bundesrat **Egli**: Es geht hier in diesem Artikel um die Frage der Bemessung der Anteile der Kantone an den Leistungen des Bundes. Sie wissen, dass die Kantone gemäss Aufgabenteilung Bund–Kantone 50 Prozent der Bundessubvention übernehmen sollen, wobei diese 50 Prozent unterschiedlich auf die einzelnen Kantone zu verteilen sind. In diesem Artikel geht es nun darum, die Kriterien festzulegen, nach welchen diese Verteilung vorzunehmen ist. Hierfür benötigt der Bundesrat ganz klare zahlenmässige Kriterien. In Litera a finden Sie beispielsweise die Leistungen für Krankenpflege als Kriterium, bei Litera b die Abweichung der Leistungen je Versicherten vom schweizerischen Durchschnitt, in Litera c seine Aufwendungen für das Spitalwesen. Diese Zahlen lassen sich alle genau errechnen. Nicht errechnen lässt sich aber, was die Minderheit, angeführt von Herrn Meyer, uns vorschlägt, nämlich die Existenz einer bedarfsgerechten verbindlichen Spitalplanung. Hieraus lässt sich keine Zahl ableiten, und der Bundesrat wüsste auch nicht, wie das Vorhandensein dieser Spitalplanung bei der Berechnung der Kantonsanteile gewichtet werden müsste. Ausserdem verurteilen Sie den Bundesrat dazu, darüber zu befinden, welche Kantone eine bedarfsgerechte Spitalplanung haben und welche nicht. Dieses Urteil möchten wir uns ersparen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	47 Stimmen
Dagegen	82 Stimmen

Abs. 3 – Al. 3
Angenommen – Adopté

Antrag Eggly-Genf
Art. 38quater (neu)
Vor der Festsetzung der Beiträge nach Artikel 39bis Absatz 1 und der entsprechenden Beteiligung der Kantone nach Artikel 38ter Absatz 2 werden die Kantone angehört.

Proposition Eggly-Genève
Art. 38quater (nouveau)
Avant la fixation des subsides selon l'article 38bis, 1er alinéa, et la fixation des participations cantonales respectives selon l'article 38ter, 2^{e} alinéa, les cantons sont consultés.

M. **Eggly**-Genève: La raison de mon amendement est très simple. Dès lors que, d'après le projet de loi, les cantons participent obligatoirement, à raison de 50 pour cent aux subsides fédéraux, il n'est que logique et normal qu'ils soient consultés lors de la fixation du montant de ces subsides. Il en va de même lors de la fixation, dans cette enveloppe générale, de la participation de chaque canton. Pour tous les cantons, l'incidence est évidente sur les budgets, sur leur planification financière. Si le financement de l'assurance-maladie commande cette participation des cantons, alors qu'ils soient consultés.
Nous venons d'adopter – peut-être vous en souvenez-vous – ce même principe de consultation des cantons dans le projet de loi réglant l'affectation des droits sur les carburants. En votant mon amendement. vous ne seriez que fidèles à ce que vous avez décidé il y a peu de temps dans une autre loi. Vous ne devriez donc pas avoir de réticence à donner ici ce même droit de consultation aux cantons. Si jamais, aux yeux de certains, cela allait sans dire, cela irait mieux en le disant.
D'ailleurs, Monsieur le Conseiller fédéral, le projet du gouvernement contient à son article 38ter nouveau, chiffre 3, la phrase «Le Conseil fédéral règle les détails, après avoir consulté les cantons». Il s'agit toutefois des détails par rapport aux critères figurant au chiffre 2 de l'article 38ter nouveau. Or, mon amendement vise à établir le principe de la consultation pour tout, y compris pour la fixation du montant global des subsides durant une période de trois ans, puisque celle-ci aura déjà des incidences sur les cantons.
Je pense que les rapporteurs ne s'opposeront pas à cet amendement, eux qui ont toujours soutenu, de la façon la plus large possible, le droit de participation des cantons dans la logique du projet. J'espère qu'il en ira de même du Conseil fédéral. En conclusion, je vous invite à soutenir cet amendement.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Ich möchte einfach darauf hinweisen, dass Sie bei Artikel 38ter Absatz 3 beschlos-

sen haben: «Der Bundesrat ordnet die Einzelheiten nach Anhören der Kantone.»
Im vorangehenden Artikel ist das enthalten, was Herr Eggli-Genf möchte. Wir haben dort klar festgelegt, dass sich die Kantone mit 50 Prozent an den Kosten des Bundes beteiligen. Im Absatz 2 Buchstaben a bis c werden die Einzelheiten festgelegt.
Sollten Sie aber dem Antragsteller zustimmen, ist das überhaupt kein Unglück. Es steht dann einfach ein überflüssiger Artikel im Gesetz.

M. **Dupont**, rapporteur: J'ai répété à plusieurs reprises, il est vrai, que cette loi avait des chances, non seulement d'aboutir, mais de contribuer à réduire les coûts et à régulariser un certain nombre de problèmes, car elle associe les cantons et leur laisse pleinement leurs parts de responsabilités.
Lorsqu'on fait appel aux cantons pour payer le 50 pour cent des subsides, on ne peut, à mon avis, les consulter seulement pour des détails. Ils sont directement concernés, puisqu'ils paieront la moitié des subventions. Cela est peut-être aussi dans l'intérêt des caisses-maladie, car si les cantons n'obtiennent pas un accord correct avec la Confédération, ce seront en définitive les caisses-maladie et les assurés qui subiront le contrecoup de cette mésentente.
C'est à titre personnel – la commission n'ayant pas abordé cette question – que je vous propose d'accepter l'amendement présenté par M. Eggly-Genève.

Bundesrat **Egli:** Es ist richtig, dass der Antrag Eggly-Genf etwas weiter geht als unser Absatz 3 von Artikel 38ter, in dem es heisst: «Der Bundesrat ordnet die Einzelheiten nach Anhören der Kantone.»
Hier ist natürlich gemeint, dass der Bundesrat, bevor er «die Einzelheiten» zu Absatz 2 generell regelt, die Kantone anzuhören hätte. Nach der Auffassung von Herrn Eggly-Genf wären indessen die Kantone in jedem einzelnen Fall bei der gesamthaften Festlegung der öffentlichen Beiträge anzuhören. Aber das ist meines Erachtens selbstverständlich. Die Kantone müssen in jedem Fall angehört werden, weil der Bund ja die Leistungen für Krankenpflege, die Abweichungen nach Litera b und dann die Aufwendungen für das Spitalwesen nach Litera c kennen muss. Und die kann er ja nur kennen, wenn er mit den Kantonen in Verbindung tritt und sie anhört.
Ich halte es mit dem Herrn Kommissionsreferenten, dass man dem Antrag von Herrn Eggly-Genf an sich zustimmen kann, aber es ist auch meines Erachtens eine überflüssige Bestimmung.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Eggly-Genf	43 Stimmen
Dagegen	45 Stimmen

Art. 39

Antrag der Kommission

Abs. 1
Streichen
Abs. 2
Der Bund kann im Bereich der Krankenversicherungen statistische Erhebungen durchführen oder durchführen lassen, insbesondere bei Kassen, Ärzten und Heilanstalten.

Art. 39

Proposition de la commission

Al. 1
Biffer
Al. 2
La Confédération peut procéder ou faire procéder à des enquêtes statistiques dans le domaine de l'assurance-maladie, en particulier auprès des caisses, des médecins et des établissements hospitaliers.

Angenommen – Adopté

Art. 39bis (neu)

Antrag der Kommission

Mehrheit
Streichen (nicht ins Sofortprogramm)

Minderheit
(Zehnder, Borel, Bratschi, Eggli-Winterthur, Gloor, Neukomm, Vannay)

Abs. 1
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2
... Gesundheitspolitik und der Kosteneindämmung. Der Bundesrat ...

Art. 39bis (nouveau)

Proposition de la commission

Majorité
Biffer (pas dans le programme d'urgence)

Minorité
(Zehnder, Borel, Bratschi, Eggli-Winterthour, Gloor, Neukomm, Vannay)

Al. 1
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2
... qui s'y rapportent et sur les moyens permettant de réduire les coûts. Le Conseil fédéral ...

Zehnder, Sprecher der Minderheit: Zusammen mit dem Bundesrat beantragt Ihnen die Minderheit, eine «Eidgenössische Kommission für die Krankenversicherung» zu schaffen. Der Artikel 39bis (neu) gibt die rechtliche Grundlage dazu.
Die Mehrheit will nichts wissen von einer neuen Kommission; sie stellt sich auf den Standpunkt, es gebe genug Kommissionen. Diese Ansicht mag anderenorts eine gewisse Berechtigung haben, aber gerade hier trifft sie nicht zu und ist völlig fehl am Platz: Die Krankenversicherung ist nicht nur sehr breit gefächert, sie ist auch kompliziert. Sie hat sich mit laufenden Veränderungen, die in der Behandlungstechnik sowie im Anbietersektor stattfinden, auseinanderzusetzen, und vor allem trifft sie unsere ganze Bevölkerung. Die Krankenversicherung hat sich insbesondere mit der Kostenentwicklung zu befassen, die erschreckend ist und noch laufend weiter steigt. Die Krankenversicherung ist auch ein markanter Pfeiler in der gesamten Gesundheitspolitik. Sie ist so wichtig, dass eben die Zusammenarbeit innerhalb der interessierten Kreise unerlässlich ist und mit allen Mitteln gefördert werden muss. In diesem Sinne kann eine eidgenössische Kommission wertvolle Dienste leisten und vor allem auch dazu dienen, dass die Gesetzesmaschinerie allenfalls nicht unnötig in Bewegung gesetzt werden muss.
In Absatz 2 beantragt die Minderheit, im bundesrätlichen Text die Worte «und der Kosteneindämmung» einzufügen. Sie will damit unterstreichen, dass diese Kommission die spezielle Aufgabe erhält, kosteneindämmende Massnahmen zu studieren und den zuständigen Stellen zukommen zu lassen, etwa im Sinne der Sparkonferenz, die Bundesrat Hürlimann seinerzeit einberufen hat. Was hier mit grosser Berechtigung verlangt wird – ich nehme an, der Bundesrat hat auch nicht nichts studiert, als er diese Fassung aufgenommen hat –, ist nicht etwa neu, sondern hat sein gutes Beispiel in unserem grössten Sozialwerk, der AHV und IV, schon längst gefunden. Es darf mit Überzeugung gesagt

werden, diese Kommission habe sich bestens bewährt. Also: Warum nicht auch hier bei der Krankenversicherung? Ich bitte Sie, diesem Antrag zuzustimmen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Ich stelle nur fest, dass die Kommissionsmehrheit diese «Eidgenössische Kommission für die Krankenversicherung» nicht grundsätzlich abgelehnt, sondern gefunden hat, das müsse man nicht ins Sofortprogramm aufnehmen. Ich möchte einmal mehr darauf hinweisen, dass die Absicht besteht, nach der Beratung und Inkraftsetzung des Sofortprogramms unverzüglich an eine Totalrevision heranzugehen. Im Zusammenhang mit dieser Totalrevision wäre von dieser Kommission erneut die Rede.
Aus diesen Gründen beantragt Ihnen die Kommissionsmehrheit, diesen Antrag abzulehnen.

M. **Dupont**, rapporteur: Cette proposition est louable et même acceptable puisqu'elle vise à rechercher les moyens de réduire les coûts de la santé. Cependant la majorité de la commission a estimé que cet article 39bis n'était pas urgent et ne devait donc pas figurer dans le programme que nous traitons actuellement. C'est pourquoi nous vous demandons de rejeter la proposition de la minorité.

Bundesrat **Egli**: Der Bundesrat stimmt der Kommissionsmehrheit zu, und zwar nicht etwa aus der Überlegung, dass wir diese Kommission nicht möchten. Wir haben sie ja selbst im ursprünglichen Text vorgesehen. Wir sind lediglich der Auffassung, dass es sich hier nicht um ein vordringliches Anliegen handelt, das im Sofortprogramm gelöst werden müsste.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	42 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	83 Stimmen

Antrag Chopard
Art. 39ter (neu)
Abs. 1
Der Bund erlässt nach Anhören der Kantone, der Kassen und der interessierten Berufsverbände Vorschriften über die Erteilung eines Diploms an Personen, die in Kassen tätig sind.

Abs. 2
Die Durchführung der Prüfung erfolgt durch geeignete Organisationen der Kassen.

Abs. 3
Das Eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement beaufsichtigt die Prüfungen.

Proposition Chopard
Art. 39ter (nouveau)
Al. 1
La Confédération édicte, après avoir consulté les cantons, les caisses et les associations professionnelles concernées, des prescriptions ayant trait à la délivrance d'un diplôme aux employés des caisses.

Al. 2
L'organisation des examens est confiée aux organismes ad hoc représentant les caisses.

Al. 3
Le Département fédéral de l'économie publique assure la surveillance des examens.

Chopard: Die unerfreuliche Geschichte der eidgenössischen Anerkennung der beruflichen Aus- und Weiterbildung der Krankenkassenangestellten sollte beendigt werden. Ich unterbreite Ihnen deshalb den Antrag zu einem Artikel 39ter (neu).

Ursprünglich glaubte man, die grundsätzlich dem Versicherungsaufsichtsgesetz unterstellten Krankenkassen gleich behandeln zu können wie die privaten Versicherungsgesellschaften. Deren Angestellte können aufgrund des Berufsbildungsgesetzes ein vom Bund erteiltes Diplom erwerben. Das Justizdepartement lehnte diese Regelung jedoch ab. Die gesetzliche Grundlage für die Anerkennung der Ausbildung im Krankenkassenwesen müsse sich vielmehr auf Artikel 34bis der Bundesverfassung abstützen. Bei der hängigen Revision des Krankenversicherungsgesetzes gelangte das Konkordat der Krankenkassen denn auch an die Kommission mit der Bitte, diese Angelegenheit endlich zu regeln und im Krankenversicherungsgesetz einen Bildungsartikel aufzunehmen. Wie mir aus den Reihen der Kommission bestätigt wurde, bestand die Bereitschaft hierzu durchaus. Die Verwaltung wurde beauftragt, das Bedürfnis eines Diploms für Krankenkassenangestellte und damit zusammenhängende Fragen abzuklären. Diese Abklärung ist sehr sorgfältig und in Zusammenarbeit mit dem Biga vorgenommen worden. Das Bundesamt für Sozialversicherung unterbreitete der Kommission nebst dem (neuen) Artikel 39ter, den ich Ihnen nun zur Annahme beantrage, einen umfassenden Bericht. Daraus geht hervor, dass die Ausbildungsgänge rund 600 Arbeitsstunden für die Grundausbildung und rund 500 Arbeitsstunden für die Weiterbildung leitender Angestellter der Krankenkassen umfassen. Dazu gehören neben den Bereichen Leistungen, Finanzierung und Tarife auch Kostenüberwachung, Statistik, Strukturanalyse, elektronische Datenverarbeitung und Informatik sowie Koordination mit den übrigen Sozialversicherungszweigen. Aus mir unbekannten Gründen wurde dieser Bildungsartikel, der dem Bund lediglich die Pflicht zum Erlass von Ausführungsbestimmungen und zur Überwachung der Prüfungen auferlegt, nicht in das Sofortprogramm aufgenommen. Dringlich ist dieser Artikel jedoch offensichtlich, denn derzeit warten bereits über 700 Absolventen der Konkordatslehrgänge auf eine bundesrechtliche Anerkennung ihrer Ausbildung.
Ich bitte Sie deshalb, meinem Antrag zuzustimmen, und danke Ihnen dafür.

Allenspach: Der Antrag Chopard betrifft nicht die Krankenversicherung, sondern die Berufsbildung. Es trifft zu, dass das Anliegen, das Herr Chopard vorgetragen hat, auch in der Kommission mehr oder weniger am Rande erörtert worden ist, ohne dass wir aber Gelegenheit hatten, die damit zusammenhängenden Probleme umfassend und endgültig klären zu können. Wir müssen dabei nämlich nicht nur die Frage der Verfassungsgrundlage stellen, wir müssen uns auch über den Sinn oder allenfalls den Unsinn der Zersplitterung unseres Berufsbildungssystems unterhalten.
Wenn im Krankenversicherungsgesetz der Bundesrat die Kompetenz erhält, über die Erteilung von Berufs- und Ausbildungsdiplomen für Personen, die im Krankenkassenwesen tätig sind, zu befinden, dann wird er aus Gründen der Gleichbehandlung gleiches bei der nächsten Revision auch für Personen, die im Bereiche der Unfallversicherung tätig sind, tun müssen. Er wird dort den eidgenössisch diplomierten Unfallversicherungsbeamten in Aussicht nehmen müssen. Schliesslich werden wir auch noch den eidgenössisch diplomierten Arbeitslosenversicherungsbeamten und den AHV-Ausgleichsstellenangestellten mit eidgenössischem Fachausweis haben. Bei der übernächsten Steuergesetzrevision wird dann noch die Ausbildung der Steuerbeamten geregelt werden.
Ich unterstütze die Berufsbildung, ich unterstütze die berufliche Weiterbildung. Wenn aber in jedem Spezialgesetz die Grundlagen für spezielle Ausbildungsreglemente und spezielle Berufsdiplome gelegt werden, dann werten wir das umfassende Berufsbildungsgesetz ab, beeinträchtigen das unerlässliche Bemühen, die auseinanderstrebenden Spezialberufe wieder zusammenzufassen; dann vermindern wir auch die Durchlässigkeit zwischen den Berufen und schaffen neue berufliche Ungleichgewichte.
Damit ist die Tragweite des Antrages von Herrn Chopard angedeutet; wir müssen ihn in diesen umfassenden ausbil-

dungspolitischen Zusammenhang stellen. Wir müssen diesen Zusammenhang herstellen, um zu zeigen, was mit einer derartigen Zersplitterung aufgrund eines Präjudizes eintreten könnte. Man müsste darüber hinaus auch den Zusammenhang mit dem eidgenössischen Berufsbildungsgesetz herstellen. Er ist im Antrag von Herrn Chopard nicht enthalten. In der bisherigen Debatte in den Kommissionen hat es an Zeit gefehlt, dies zu erörtern, und dazu fehlt auch heute in diesem Rat die Möglichkeit.
Es wäre deshalb meines Erachtens nicht zu verantworten, quasi aus dem Handgelenk heraus einen solchen Antrag ins Sofortprogramm hineinzunehmen und dabei die von mir geschilderten Konsequenzen in bezug auf die Spezialdiplome und Ausbildungsrichtungen in Kauf zu nehmen.
Aus diesen Erwägungen bitte ich Sie, den Antrag Chopard abzulehnen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Es ist richtig, dass wir in der Kommission über diesen Antrag nicht beschlossen haben. Aber ich möchte feststellen, dass Frau Ribi, unser damaliges Ratsmitglied, an der Sitzung vom 26. Januar 1983 einen entsprechenden Antrag stellte und sich Herr Bundesrat Egli bereit erklärte, diese Frage zusammen mit dem BIGA abzuklären. Das wurde gemacht, und auf die Sitzung vom 5./6. April 1984 lag ein entsprechender Bericht zuhanden der Kommission vor.
Darin kommt der Bundesrat bzw. das Bundesamt für Sozialversicherung zu folgenden Schlüssen: Bereits seit längerer Zeit sei das Konkordat der Krankenkassen darum bemüht, dass die von ihm durchgeführte Ausbildung durch Abgabe eines Fachausweises oder durch ein Diplom vom Bund anerkannt werde. Es waren bereits über 600 Kursteilnehmer, die jeweils rund 500 Arbeitsstunden für den ersten und für den zweiten Kurs aufgewendet hatten. Dann heisst es in diesem Bericht, das BIGA habe den Krankenkassen empfohlen, sie sollten auf eine entsprechende Ergänzung des KMVG drängen, damit dieser Wunsch erfüllt werden könne. Das BIGA unterstützt diese Bestrebungen des Konkordates und hat auch einen entsprechenden Vorschlag, den Herr Chopard aufgenommen hat, der Kommission unterbreitet.
Die Kommission war also mindestens orientiert. In der Subkommisson «Sofortprogramm» wurde dann aber beschlossen, nicht darauf einzutreten. Man sagte, man könne das der Totalrevision des KMVG überlassen.
Persönlich möchte ich Ihnen allerdings empfehlen, diesem Antrag zuzustimmen.

M. **Dupont**, rapporteur: Cette proposition est bonne. Il s'agit en effet d'avoir dans ce secteur du personnel extrêmement bien formé. Malheureusement, je ne suis pas certain que cela corrige le fait qu'aujourd'hui, de plus en plus, les caisses-maladie emploient du personnel qui travaille avec l'informatique. Le reste du travail est fastidieux et ennuyeux et souvent on se contente de personnel qui n'a pas une formation professionnelle poussée. Je ne sais pas si la proposition de M. Chopard peut inverser le fait que de plus en plus ce sont les machines qui sont chargées de traiter l'ensemble des feuilles de maladie. Cet objet ne devrait pas s'inscrire dans le programme d'urgence mais être traité de façon plus approfondie avec les autres articles. Il serait navrant de le rejeter, car le but est louable, et personnellement je souhaiterais que M. Chopard retire sa proposition et qu'elle soit reprise avec les autres articles que nous avons laissés de côté, plutôt que de rejeter purement cette proposition.

Bundesrat **Egli**: Insbesondere das Votum von Herrn Allenspach bewegt mich zur Feststellung, dass offenbar dieses Anliegen von Herrn Chopard noch nicht nach allen Seiten hinreichend abgeklärt ist. Auf jeden Fall nicht so, dass es in einem Sofortprogramm Eingang finden kann. Sie sollten uns daher dieses Anliegen doch noch einmal überprüfen lassen und nicht jetzt darauf drängen, dass es schon hier im Sofortprogramm untergebracht wird.
Ich möchte Ihnen daher eher empfehlen, davon abzusehen.

Chopard: Aufgrund der Zusicherung des Bundesrates, die Angelegenheit noch einmal zu überprüfen, erachte ich es als zweckmässiger, vorläufig auf diesen Antrag zu verzichten.
Ich ziehe ihn in diesem Sinne zurück.

Präsident: Wir kommen jetzt zum Rückkommensantrag, den Ihnen Herr Basler unterbreitet hat: Da je nach Ausgang der Abstimmung darüber die Reihenfolge der Beratungen eine unterschiedliche sein wird, beantrage ich Ihnen, diesen Rückkommensantrag jetzt zu behandeln. Er stützt sich auf Artikel 68 unseres Reglementes. – Sie sind damit einverstanden!

Antrag Basler
Rückkommen auf den Beschluss, die Vorlage in einem Gesetz zu behandeln (Seite 1 der Fahne), und Antrag, die Vorlage in zwei Gesetzesbeschlüsse (A und B) aufzuteilen.

Proposition Basler
Je propose que l'on reconsidère la décision de traiter le projet en une seule et même loi (page 1 du dépliant) et qu'on le divise en deux lois (A et B).

Basler: Ich beantrage Ihnen Rückkommen auf einen Grundsatzentscheid. Die Mehrheit der Kommission wollte die grosse Vorlage in zwei Gesetzesbeschlüsse aufteilen: in einen Teil A, den wir soeben durchberaten haben, und einen Teil B, zu dem wir nun kommen müssen. Eine starke Minderheit, aufgeführt auf Seite 1 unserer Fahne, hat das bekämpft und mit 88 zu 80 Stimmen obsiegt. Ich beantrage Ihnen nun, auf diesen Verschmelzungsentscheid zurückzukommen und die Vorlage in zwei Gesetzesbeschlüsse zu kleiden: Teil A würde dann zum Bundesgesetz über die Krankenpflegeversicherung – einschliesslich Erweiterung der Leistungen bei Mutterschaft –, und Teil B wird zum neuen Bundesgesetz über die Krankengeldversicherung inklusive Taggeld bei Mutterschaft.
Teil A ist das eigentliche Sofortprogramm, Teil B hat mit zeitlicher Dringlichkeit nichts zu tun. Er ist jedoch ein neues Sozialversicherungswerk und hilft bestimmt nicht der Kostendämmung im Gesundheitswesen. Neu seit letzten Herbst ist zudem die Erfahrung, dass wir ein derart komplexes Gesamtwerk in einer Session nicht haben zu Ende beraten können. Die Beratung der Gesamtvorlage im Ständerat wird auch länger dauern, als wenn der Ständerat den Teil A allein verabschieden könnte. Auch die Differenzbereinigungen würden für das Multipack langwieriger als für das Sofortprogramm.
Indessen wartet man in den Kantonen auf einen raschen Abschluss dieser Teilrevision; denn die Kantone sind im Gesundheitswesen die Hauptträger. Wir haben die Sanitätsdirektoren mit einbezogen, indem wir uns von ihnen Sparvorschläge unterbreiten liessen. Nun herrschen dort Ratlosigkeit und Rechtsunsicherheiten, und in ähnlicher Lage befinden sich die Krankenkassen.
Deutlicher als letzten Herbst sollte aber auch die Stimmung bei den Bürgern einschätzbar sein. Ich habe sie Ihnen damals beim Artikel 1 Absatz 4 geschildert, als ich die obligatorische Krankentaggeldversicherung bekämpfte. Vom jüngsten Sozialversicherungswerk, der beruflichen Vorsorge, hat man nun genug an Sozialversicherungsbürokratie. Ein neues Versicherungsobligatorium würde wuchtig abgelehnt.
Viele von uns könnten dem Teil A zustimmen, lehnen das Versicherungsobligatorium im Teil B aber entschieden ab; sie sähen sich gezwungen, die Gesamtvorlage abzulehnen, wenn diese Aufteilung nicht doch zustande käme. Auch wenn Sie nun Rückkommen beschliessen, würde ich den Minderheitsantrag auf Nichteintreten beim Beschluss B nicht erneut stellen. Wir haben darüber befunden. Wir kämen somit direkt zum Antrag Allenspach, der eine obligationenrechtliche Lösung für die Lohnzahlung bei Mutterschaft sucht.

Aus all diesen Gründen ersuche ich Sie, Rückkommen zu beschliessen und dann die Aufteilung gutzuheissen.

Zehnder: In der Herbstsession haben wir die Teilung der Vorlage abgelehnt und mit 80 gegen 64 Stimmen das Krankentaggeldobligatorium bejaht. Ich bedaure zutiefst, dass wir kurze Zeit danach die Diskussion wieder von neuem beginnen müssen. Das ist eine bedauernswerte Angelegenheit und der Nachteil aus der unglücklichen und auch fragwürdigen Situation, Vorlagen mit Unterbruch in zwei Sessionen zu behandeln. Hinzu kommt jetzt bei dieser Gelegenheit das missliche Abstimmungsresultat anlässlich der eidgenössischen Abstimmung im Zusammenhang mit der Mutterschaftsinitiative. Es gibt nun Leute in diesem Saal, die das Gefühl haben, das gebe ihnen das Recht oder sie seien sogar verpflichtet, auf die ganze Angelegenheit zurückzukommen. Hinter dem Rückweisungsantrag liegt nichts anderes als der Wille, das, was schon in der Herbstsession nicht gelungen ist (die Mutterschaftsversicherung bei den einen und die obligatorische Taggeldversicherung bei den anderen) beiseite zu schieben, nicht durchgehen zu lassen. Ich kann einem solchen Vorhaben nicht zustimmen. Es kommt einer Zwängerei gleich, wenn man vor kurzer Zeit eine Vorlage diskutiert und darüber befunden hat und sich nachher dem Beschluss nicht beugen will. Ich nehme ohne weiteres zur Kenntnis, dass Anträge von unserer Seite abgelehnt wurden; ich finde mich damit ab und meine, auch die bürgerliche Seite sollte sich damit abfinden, dass der Rat in der Herbstsession keine Teilung dieser Vorlage beschlossen hat. Der Rückkommensantrag ist meines Erachtens ein unfaires Vorgehen.
Ich erinnere auch an die Ausführungen in der Botschaft, an die klaren Feststellungen der beiden Bundesräte Hürlimann und Egli, ich erinnere aber auch an die zahlreichen parlamentarischen Vorstösse sowie an die Initiativen. Es gibt bei dieser Vorlage drei Hauptpunkte, die unbedingt durchgezogen werden sollten: erstens greifende Kosteneindämmungsmassnahmen, zweitens eine Neuordnung für die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung und drittens die Mutterschaftsversicherung in Verbindung mit der obligatorischen Krankengeldversicherung. Das sind die drei Punkte, die wir zu bereinigen haben, wenn wir einigermassen auf die Stimme unseres Volkes hören wollen. Was jetzt von Kollege Basler beantragt worden ist, geht ganz genau dahin, dass man das verhindern will. Es gibt keinen stichhaltigen Grund, nur einen dieser Punkte beiseite zu lassen.
Ich ersuche Sie daher dringend, diesem Rückkommensantrag nicht zuzustimmen.

Präsident: Artikel 68 des Reglementes sieht über die Frage des Rückkommens keine weitere Diskussion vor, aber wir werden selbstverständlich zwei Abstimmungen durchführen, jetzt dann zunächst über die Frage des Rückkommens und dann eine zweite Abstimmung über den Inhalt des Rückkommensantrages. Dazu ist die Diskussion dann wieder frei.
Wir stimmen über den Rückkommensantrag von Herrn Basler ab.

Abstimmung – Vote

Für den Rückkommensantrag Basler	94 Stimmen
Dagegen	73 Stimmen

Präsident: Nun erfolgt die Diskussion über den Inhalt des Rückkommensantrages. Das Wort hierzu hat Herr Gautier verlangt.

M. **Gautier:** Je serai très bref, car M. Basler a dit l'essentiel en justifiant sa proposition de revenir.
Il faut se rappeler que depuis que l'article constitutionnel donnant à la Confédération la compétence d'introduire l'assurance-maladie a été voté par le peuple à la fin du siècle dernier, chaque tentative de créer ou de réviser l'assurance-maladie a été difficile, un accouchement laborieux. Il a fallu deux ou trois tentatives pour la LAMA de 1911, et depuis lors chaque révision s'est heurtée généralement à un référendum et presque toujours au refus du peuple suisse. Si nous voulons faire un travail utile, il faut le faire par petits paquets et non pas sous forme de multi-packs, comme l'a dit tout à l'heure M. Basler. Pour avancer, il faut présenter des petites doses à la fois. Il faut présenter des arrêtés ou des lois fédérales séparées, même si nous les proposons au peuple à la même date.
Il y a là aussi une question de principe et d'unité de la matière. Je sais bien qu'en ce qui concerne la révision d'une loi fédérale, l'unité de la matière n'est pas absolument indispensable. Mais si par hasard il y avait un référendum, si vous demandiez au peuple suisse de se prononcer à la fois sur l'amélioration des soins médico-pharmaceutiques et sur l'introduction d'une assurance indemnité journalière obligatoire en cas de maladie, vous agiriez en quelque sorte de la même manière que certain chef d'Etat d'un pays voisin lorsqu'il procédait à des référendums. C'est de nouveau le principe du multipack.
Il faut laisser au peuple suisse la possibilité de se prononcer séparément sur les deux lois. C'est dans l'avantage des droits du peuple, mais aussi de la loi elle-même, car certains sont opposés à la partie médico-pharmaceutique, d'autres à la partie indemnité journalière, de sorte que si un seul projet englobe le tout, vous cumulerez les oppositions, faisant échouer devant le peuple la loi tout entière. En présentant deux projets distincts, nous avons plus de chances de faire passer soit l'un, soit l'autre, soit les deux.
Pour toutes ces raisons, je vous recommande, comme le groupe libéral l'avait du reste déjà demandé au mois d'octobre et comme nous le redemande M. Basler, de voter deux lois séparées.

Günter: Ein bisschen freut mich ja der Antrag Basler, obwohl ich mit ihm gar nicht einverstanden bin. Ich habe Ihnen in der Eintretensdebatte gesagt, es sei falsch, zu diesem Zeitpunkt darüber abzustimmen, ob man die Vorlage aufteilen soll oder nicht, weil sicher ein Rückkommensantrag kommen werde. Der Rat hat damals mit offensichtlichem Mehr beschlossen, mir nicht recht zu geben. Die Entwicklung freut mich natürlich höchstens in dem Sinne, dass ich das richtig vorausgesehen habe.
Aber, ich glaube, der Zeitpunkt, darüber abzustimmen, ist noch einmal falsch. Zuerst haben wir ganz am Anfang der Beratung darüber abgestimmt, ob wir die Vorlage teilen wollen. Jetzt stimmen wir in der Mitte über das gleiche ab. Es würde mich nicht wundern, wenn am Schluss der Beratung noch einmal ein Rückkommensantrag gestellt würde, weil wichtige Dinge noch nicht behandelt sind. Für die Frage, ob es sinnvoll ist, die Vorlage zu teilen oder nicht, ist es von entscheidender Bedeutung, wie Sie beim Antrag Allenspach stimmen werden. Sollte der Antrag Allenspach durchgehen, was ich befürchte, sehe ich überhaupt nicht mehr ein, warum man noch teilen sollte, weil es keinen zweiten Teil mehr gibt.
Ich beantrage Ihnen, jetzt bei einer gesamtheitlichen Vorlage zu bleiben und erst am Schluss eventuell noch einmal darüber abzustimmen, ob wir sie teilen wollen. Sonst müssen wir sie womöglich am Schluss wieder zusammenlegen, weil es offensichtlich Unsinn ist, mit zwei Vorlagen – wovon die eine kaum mehr etwas enthält – vor das Volk zu treten. Das ist das eine.
Das zweite: Es sieht ganz danach aus, als ob man nach der Volksabstimmung, nach dem grossen Sieg, jetzt davon profitieren will und einige Dinge, die man dem Volk zu tun versprochen hat, nun trotzdem nicht machen will. Die Herren Basler und Allenspach werden hier möglicherweise sogar eine Mehrheit bekommen. Aber so dürfen wir nicht mit dem Volk umgehen. Ich bin auch bei der Minderheit gewesen, die an diesem Abstimmungswochenende schrecklich verlor. Das stört mich nicht. Aber es stört mich, dass Sie Leute dazu gebracht haben, Ihnen zuzustimmen und Sie jetzt versuchen, das auszunutzen, nachdem Sie den Sieg in der Tasche haben.
Es gibt also zwei Gründe, nicht jetzt über die Aufteilung zu

beschliessen. Der erste ist materieller Art: Ich glaube, wir müssen bei dem bleiben, was wir ursprünglich beschlossen haben, sonst täuschen wir das Volk. Zweitens: Auch wenn Sie das nicht tun wollen, wenn Sie teilen wollen, dann tun Sie das doch bitte am Ende der Vorlage, wenn Sie wissen, was wir beschlossen haben, und nicht jetzt wieder mitten in den Beratungen.
Ich bitte Sie, die Vorlage so zu lassen, wie sie jetzt ist, nämlich an einem Stück.

Frau **Segmüller:** Die CVP hält an den im Sofortprogramm enthaltenen Verbesserungen und Korrekturen fest. Wir schätzen diese nicht gering ein. Die Auffassung, die Herr Günter eben vertreten hat, es sei nichts mehr drin, können wir nicht teilen. In dem, was wir bis jetzt beschlossen haben, ist unter verschiedensten Aspekten einiges drin. Jedenfalls ist nirgendwo ein Konsens in Sicht, der etwas brächte, was darüber hinaus geht. Ob die Taggeldversicherung und das, was wir bis jetzt im Rahmen der Krankenpflegeversicherung beschlossen haben, in einer Vorlage oder in zwei Paketen weiterbehandelt wird, ist von sekundärer Bedeutung. Wir machen daraus keine Glaubensfrage. Wir möchten nämlich am Schluss nicht mit leeren Händen dastehen. Als Rettungsoperation können wir einer Aufteilung allenfalls etwas abgewinnen, respektive wir setzen uns nicht mit allen Mitteln zur Wehr. Entscheidend für uns ist nicht die Form dieser Vorlage, sondern der Inhalt, und vom Inhalt her stehen wir dazu, inklusive zu allen Verbesserungen, die die ganze Vorlage, insbesondere in bezug auf den Mutterschaftsschutz, bringt. Ich bitte Sie daher, den Antrag Basler in diesem Sinne zu interpretieren und nicht als Absage an den Mutterschaftsschutz, was er nämlich nicht primär ist.

Zehnder: Es gibt plausible Gründe, die obligatorische Krankengeldversicherung zusammen mit dem revidierten Teil über die Krankenpflegeversicherung einzuführen und somit das Paket nicht zu teilen. Für viele ist die Revision der Krankenpflegeversicherung keineswegs attraktiv, weil sie kaum etwas von den neuen Leistungen haben, dafür aber eine Kostenbeteiligung um das Doppelte und höhere Prämien leisten müssen. Diesen bringt das Obligatorium der Krankengeldversicherung immerhin Vorteile. Es können bei einem Wechsel der Stelle keine Vorbehalte mehr angebracht werden, wenn damit ein Wechsel des Versicherungsträgers verbunden ist. Eine verlängerte Lohnzahlungspflicht kann nicht mehr dazu führen, dass danach nur noch 60 Prozent des Lohnes versichert sind. Selbständigerwerbende haben die Möglichkeit, sich zu den gleichen Bedingungen zu versichern. Es gibt keine Schwierigkeiten und Versicherungslücken mehr beim Wechsel in der Erwerbsform. Vor allem aber gibt es eine grosse Zahl von Frauen im Dienstleistungsbereich, die sich bei Krankheit und Mutterschaft nicht mehr mit der Lohnzahlungspflicht begnügen müssen.
Wenn das Obligatorium der Krankengeldversicherung torpediert wird, werden Kollektivverträge für die Krankengeldversicherung nur noch mit Krankenkassen abgeschlossen werden können, weil die 16 Wochen Mutterschaftsgeld dann nur für die Krankenkassen Gültigkeit haben, es sei denn, die privaten Gesellschaften ziehen freiwillig gleich, womit die Opposition gegen das Obligatorium und die Teilung dieses Paketes erst recht fragwürdig wird.
Ich sehe also für das Zustandekommen einer Revision der Krankenversicherung nur Vorteile, wenn sie gleichzeitig ein Krankengeldobligatorium beinhaltet. Ausserdem lassen sich die nicht wegdiskutierbaren Lücken und Härten nur so beseitigen.
Ich bitte Sie, lesen Sie doch die Botschaft noch einmal nach, vor allem das, was zu Beginn dieser Vorlage steht. Stimmen Sie also keiner Trennung zu!

Leuenberger Moritz: Es wurde von Herrn Günter und von Frau Segmüller richtig gesagt, dass dieser Antrag in einem engen Zusammenhang mit dem Antrag Allenspach steht. Anlässlich des Abstimmungskampfes um die Mutterschaftsinitiative war der bundesrätliche Vorschlag das grosse Argument gegen die Initiative. Mit diesem Antrag und demjenigen von Herrn Allenspach wird nun der bundesrätliche Vorschlag doch wieder in Zweifel gezogen. Wir sind nicht so dumm, um diese Strategie hier nicht zu begreifen.
Ich möchte bei dieser Gelegenheit speziell Ihnen, Frau Segmüller, nochmals in Erinnerung rufen, was Sie hier an diesem Pult 1983 wörtlich gesagt haben: «Die CVP will in der Familienpolitik und besonders in der Frage des Mutterschaftsschutzes Prioritäten setzen. Unsere Priorität heisst, alles daran setzen, dass alle im Zuge der Revision des Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetzes vorgesehenen Leistungen zugunsten der Familie und von Mutter und Kind im besonderen so rasch wie möglich verwirklicht werden.» Weiter wurde gesagt: «Als zentrale Punkte erachten wir auch den vorgesehenen Ausbau des Mutterschaftsurlaubes von 10 auf 16 Wochen und des Kündigungsschutzes auf die ganze Dauer des Schwangerschafts- und des Mutterschaftsurlaubes. Auch die weiteren vom Bundesrat vorgesehenen Leistungen finden unsere Zustimmung wie kleines Taggeld für nichterwerbstätige Frauen und Beiträge an Pflegekosten.» Und nun der Hauptsatz, den Frau Segmüller im Namen der CVP am 16. März 1983 hier ausgesprochen hat: «Dem Bundesrat gebührt Dank, dass er als materiellen Gegenvorschlag im Rahmen der Revision Vorschläge unterbreitet hat, die die Forderungen der Volksinitiative in all den Punkten erfüllen, bei welchen nach unserem Dafürhalten im gegenwärtigen Zeitpunkt überhaupt Chancen der Verwirklichung bestehen. Die CVP stellt sich daher voll und ganz hinter die in der Kranken- und Mutterschaftsversicherungsvorlage enthaltenen und von der vorberatenden Kommission bereits gutgeheissenen und verabschiedeten Verbesserungen des Schutzes der Mutterschaft.»
Meine Damen und Herren von der CVP, ich erinnere Sie an den Satz, den ich – zwar als Protestant – gelernt habe und den Sie bestens kennen: «Deine Rede sei ja ja, nein nein!». Wir werden deshalb genau beobachten, wie Sie nun und beim Antrag Allenspach abstimmen werden.

Landolt: Herr Leuenberger hat eben gerade gesagt: «Ja ja, nein nein.» Bei der Eintretensdebatte habe ich mich für die Teilung der Vorlage hier ganz offiziell, klar und deutlich ausgedrückt. Ich habe Sie hier im Saal gebeten, mit einer Minderheit unserer Fraktion, dieser Teilung, wie sie die Mehrheit der Kommission Ihnen vorgelegt hat, zuzustimmen. Wir wissen ganz genau, und da stimme ich wieder Frau Segmüller zu, dass wir alle Punkte über die Runden bringen möchten.
Als Vertreter des Gewerbes und der Kleinbetriebe habe ich persönlich in der Kommission dem Krankentaggeldobligatorium zustimmen können, also genau jenem Punkt, zu dem Herr Zehnder jetzt gerade gesagt hat: «Wir haben die Möglichkeit, im Kleinbetrieb die Prämien so niedrig zu halten, indem wir die Frist auf 90 Tage oder vielleicht sogar in Ausnahmefällen mehr erstrecken, dass es nicht einmal ein halbes Prozent pro Arbeitgeber und Arbeitnehmer ausmacht.» Aber nach dem Resultat vom 2. Dezember wissen wir noch nicht, ob der Arbeitnehmer im allgemeinen bereit ist, diesen kleinen Lohnabzug von 0,5, 1,7 oder 2,9 Prozent über sich ergehen zu lassen.
Darum bitte ich Sie, an dieser Teilung festzuhalten, denn allenfalls würden wir das retten, was wir unseren Wählern am 2. Dezember versprochen haben, nämlich die Sicherung der Mutterschaft, und daran möchten wir festhalten. Wir möchten die Möglichkeit offenlassen, dass über Teil A und über Teil B getrennt abgestimmt werden kann. Und das ist nur der Fall, wenn wir diese Teilung, wie sie die Kommissionsmehrheit beschlossen hat, aufrechterhalten.

Blocher: Es ist eigenartig, dass wir jetzt – ausgerechnet, weil die Mutterschutzinitiative so hoch verworfen wurde und wegen der Begründungen im Vorfelde dieser Abstimmung – einer neuen, fast gleichlautenden Vorlage zustimmen müssten. Ich weiss auch nicht, woher sich Politiker nach einer Volksabstimmung das Recht nehmen, das Resultat umzuinterpretieren. Herr Leuenberger, das Volk hat nicht nein nein

oder ja ja gesagt, sondern es hat nein gesagt; und zwar massiv.
Zum Antrag Basler: Wenn Sie die Vorlage nicht aufteilen, müssen wir die ganze Vorlage ablehnen, denn das Obligatorium können wir nicht akzeptieren. Wenn wir das Obligatorium nicht akzeptieren können, sind wir gezwungen, bei der Gesamtvorlage nein zu stimmen, und ein Referendum wird die Gesamtvorlage treffen, also auch die Verbesserungen des 1. Teils. Sie werden dann sehen, Herr Zehnder, ob das Schweizer Volk auch diesmal noch einem Obligatorium zustimmt. Dann fällt alles – der Teil A und B – dahin. Diese Verantwortung tragen wir nicht: Diese Verantwortung tragen diejenigen, welche die Vorlage koppeln wollen. Stimmen Sie dem Antrag Basler zu.

Zbinden: Ich möchte zwei Dinge richtigstellen:

1. Wir sind in unserer Fraktion grossmehrheitlich der Auffassung, dass wir diese Vorlage in einem geschlossenen Paket beschliessen sollen. Wir haben aber intern auch beigefügt, dass das nicht das Wesentliche der Vorlage sei. Ich fordere Sie trotzdem auf, diesem Einheitspaket als solchem zuzustimmen.

2. In der Sache sind wir nach wie vor der Auffassung, dass wir dem Sofortprogramm – so wie es vorliegt – zustimmen sollten.

Ich hoffe, dass damit die Position der CVP-Fraktion klargestellt ist.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Wir befassen uns seit etwa 16.15 Uhr mit diesem Geschäft, und mindestens das zehnte Mal höre ich heute die Referendumsdrohung, sei es von Herrn Seiler oder von anderen Sprechern, wie jetzt von Herrn Blocher.
Herr Basler hat bereits in der Kommission den Antrag gestellt, die Vorlage zu teilen. Die Kommisson hat ihn mit 2 Stimmen Mehrheit unterstützt. Ich habe hier die Kommission zu vertreten, und die Kommission hat mehrheitlich zugestimmt; der Hauptgrund war die Referendumsdrohung. Man wollte damit den übrigen Gesetzesteil retten. Darum bitte ich Sie im Namen der Kommissionsmehrheit, diesem Antrag zuzustimmen.
Ich möchte aber auch noch meine persönliche Meinung anbringen: Herr Blocher, ich selbst bin nicht der Meinung, dass die Volksabstimmung vom letzten oder vorletzten Wochenende jetzt zu interpretieren sei. Aber was ich hier ganz deutlich sagen muss, ist, dass man sich nicht nur vor der Volksabstimmung auf Aussagen nicht verlassen kann, sondern dass sogar Fraktionserklärungen, die hier abgegeben wurden, wertlos sind. Ich erinnere an die Debatte, die wir hier über die Mutterschaftsinitiative führten. Ich hatte das Vergnügen, damals auch Präsident dieser Kommission zu sein und hier den Berichterstatter zu spielen bzw. die Kommissionsmehrheit zu vertreten, manchmal «contre cœur», wie jetzt auch! Ich möchte Sie bitten, die Fraktionserklärung der FdP nachzulesen; auf Seite 443 des «Amtlichen Bulletins» der Sitzung vom 16. März 1983 heisst es unter anderem: «... Wir sehen deshalb die Verbesserung der Mutterschaftsversicherung auf dem Weg, wie er vom Bundesrat in seiner Botschaft vorgeschlagen wird: im Rahmen des in der parlamentarischen Vorberatung stehenden Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetzes. Damit können die wichtigsten Anliegen der Initianten (...) ohne neue Verfassungsbestimmung erfüllt werden.»
Weiter möchte ich Sie bitten, nachzulesen, was von seiten der SVP gesagt wurde; Herr Schnyder-Bern hat die Fraktionserklärung abgegeben und ausdrücklich erklärt, dass man mit dem Konzept des Bundesrates einverstanden sei. Wir müssen nicht Volksabstimmungen interpretieren, es genügen mir Fraktionserklärungen! Damit habe ich auch meine persönliche Meinung dargelegt.

M. **Dupont**, rapporteur: M. Basler répète une proposition qu'il avait déjà formulée au début de l'étude de ce projet ainsi qu'au sein de la commission.
J'avais affirmé alors que nous prenions un chemin dangereux avec notre habitude de fragmenter les lois en présentant le bon côté et le mauvais. Mais, à l'époque nous ne savions pas comment nous allions travailler ni quel était l'avis de la majorité de ce Parlement au sujet de la révision de cette loi.
Aujourd'hui, je ne sais pas si cette proposition tend à sauver la loi ou à faire un mauvais sort à une partie de celle-ci. On peut se poser la question selon le point de vue duquel on se place. A mon avis, vous avez tort, Monsieur Blocher, de proférer des menaces car, encore une fois – comme l'a dit le président – vous faites une interprétation abusive du vote populaire.
Personnellement, j'ai fait campagne partout en répétant qu'en l'état actuel de l'examen de la loi par le Conseil national, le peuple pouvait refuser l'assurance-maternité, car le projet donnait satisfaction à la plupart de ses revendications. Ceux qui, en grande partie, ont combattu cette loi ont utilisé comme argument le congé parental et non pas les questions liées à la séparation que M. Basler propose aujourd'hui.
Il est regrettable que nous manquions si fortement à la promesse faite ici, dès l'entrée en matière, de trouver un consensus rapide non seulement sur une partie des projets qui nous étaient présentés mais sur l'ensemble du programme d'urgence qui comprenait précisément le règlement correct de l'indemnité journalière obligatoire et surtout de l'indemnité journalière en cas d'assurance-maternité.

Präsident: Herr Allenspach wünscht das Wort für eine kurze sachliche Berichtigung.

Allenspach: Mein Antrag ist von verschiedenen bereits skizziert und kritisiert worden. Ich möchte, damit keine Unklarheit besteht, erklären, dass mein Antrag materiell sämtliche Leistungen bei Mutterschaft, wie sie bei der Versicherungslösung vorgesehen sind, enthält; dass also dieser Antrag keine Reduktion der «Mutterschafts»-Leistung bedeutet, kein Abweichen von den Erklärungen der freisinnig-demokratischen Fraktion im Rahmen der Behandlung der Mutterschaftsinitiative und keinen Bruch von Versprechen, die wir bei der Kampagne gegen die Mutterschaftsinitiative abgegeben haben.
Ich werde dies in der Abendsitzung im Detail begründen.

Bundesrat **Egli:** Was das letzte Votum von Herrn Allenspach anbelangt, muss darauf hingewiesen werden, dass natürlich schon ein Unterschied besteht: Seine Lösung ist keine Versicherungslösung. Denn wenn der Arbeitgeber den Lohnausfall zu bezahlen hat, so ist das keine Versicherung. Es ist also nicht ganz dasselbe, wenn es auch im Endeffekt bei Mutterschaft grundsätzlich auf dasselbe hinausläuft.
Ich möchte die Stellungnahme des Bundesrates hier noch einmal ganz klar skizzieren, wie ich es schon anlässlich der letzten Session getan habe, denn unsere Gedächtnisse sind ja – wie wir soeben gesehen haben – etwas schwach. Darum darf ich mich auch wiederholen.
Der Bundesrat opponiert einer Teilung der Vorlage. Die Befürworter der Teilung verfolgen die Absicht, die Taggeldversicherung zu Fall zu bringen, sei es mit oder ohne Mutterschaftsversicherung.
Der Bundesrat muss sich aus den folgenden vier Gründen einer solchen Absicht widersetzen.

1. Für den Bundesrat war von Anfang an die ganze Vorlage ein unteilbares Ganzes.

2. Die obligatorische Taggeldversicherung war für den Bundesrat sogar ein Motiv für die Gesetzesrevision.

3. Der Bundesrat hat dem Sofortprogramm unter der Bedingung zugestimmt, dass unter anderem auch die obligatorische Taggeldversicherung darin enthalten sei.

4. Es erscheint dem Bundesrat paradox, dass wir heute Tod, Alter, Invalidität, Militärdienst, Unfall obligatorisch versichert haben; aber ausgerechnet jenes Risiko, das am

grössten ist und also am ehesten eintritt, nämlich die Krankheit, muss nicht obligatorisch versichert werden.

Das sind die vier Gründe, weshalb der Bundesrat gegen eine Teilung ist und die ganze Vorlage in einem Paket behandeln möchte. Ich anerkenne natürlich durchaus, dass es auch Votanten geben mag, die einer Teilung nur zustimmen, weil sie sich allzusehr von den Referendumsdrohungen beeindrucken lassen oder von der Drohung, in der Schlussabstimmung die ganze Vorlage wegen der Taggeldversicherung zu verwerfen. Diese Votanten möchten damit erreichen, dass wenigstens der erste Teil der Vorlage unter Dach kommt. Ich anerkenne diese lautere Absicht durchaus; aber wir lassen uns nicht von solchen Drohungen – Referenden und Ablehnung der Vorlage in der Schlussabstimmung – beeindrucken.

Präsident: Das Sekretariat teilt mir mit, dass der Antrag, unter Namensaufruf abzustimmen, nur von 27 Ratsmitgliedern unterschrieben ist.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Basler	87 Stimmen
Dagegen	84 Stimmen

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

Schluss der Sitzung um 19.00 Uhr
La séance est levée à 19 h 00

Vierzehnte Sitzung – Quatorzième séance

Mittwoch, 12. Dezember 1984, Abend
Mercredi 12 décembre 1984, soir
20.30 h

Vorsitz – Présidence: Herr Koller Arnold

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision
Assurance-maladie. Révision partielle

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 1802 hiervor – Voir page 1802 ci-devant

Ziff. Ibis
Antrag der Kommission

Titel und Ingress

Änderung anderer Bundesgesetze
1. Das Obligationenrecht wird wie folgt geändert:

Art. 336e
Abs. 1
Nach Ablauf der Probezeit darf der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis nicht kündigen:

Bst. c
Während der Schwangerschaft und in den 16 Wochen nach der Niederkunft einer Arbeitnehmerin.

Abs. 2
Die Kündigung, die während einer der im vorstehenden Absatz festgesetzten Sperrfristen erklärt wird, ist nichtig; ist dagegen die Kündigung vor Beginn einer solchen Frist erfolgt, aber die Kündigungsfrist bis dahin noch nicht abgelaufen, so wird deren Ablauf unterbrochen und erst nach Beendigung der Sperrfrist fortgesetzt. Im Falle von Buchstabe c des vorstehenden Absatzes kann die Arbeitnehmerin die Kündigung innert einer Frist von zwei Monaten anfechten mit der Begründung, sie sei schwanger.

Art. 361 Abs. 1
Durch Abrede, Normalarbeitsvertrag oder Gesamtarbeitsvertrag darf von den folgenden Vorschriften weder zu Ungunsten des Arbeitgebers noch des Arbeitnehmers abgewichen werden:
... Artikel 336e Absatz 1 Buchstaben a, b und d, Absätze 2 und 3 und 336f (Kündigung zur Unzeit)

Art. 362 Abs. 1
Durch Abrede, Normalarbeitsvertrag oder Gesamtarbeitsvertrag darf von den folgenden Vorschriften zu Ungunsten des Arbeitnehmers nicht abgewichen werden:
... Artikel 336e Absatz 1 Buchstabe c (Kündigung bei Schwangerschaft und Niederkunft der Arbeitnehmerin)

Antrag Fischer-Sursee
Änderung anderer Bundesgesetze
1. Das Obligationenrecht wird wie folgt geändert:

Art. 336e Abs. 2
... nach Beendigung der Sperrfrist fortgesetzt. Im Falle von Buchstabe c des vorstehenden Absatzes hat die Arbeitnehmerin die Nichtigkeit oder das Ruhen der Kündigungsfrist innert einer Frist von 14 Tagen seit Empfang der Kündigung geltend zu machen.

Ch. 1bis
Proposition de la commission

Titre et préambule
Modification d'autres lois
1. Le code des obligations est modifié comme il suit:

Art. 336e
Al. 1
Après le temps d'essai, l'employeur ne peut pas résilier le contrat:

Let. c
Pendant la grossesse et les seize semaines qui suivent l'accouchement d'une travailleuse;

Al. 2
Le congé donné pendant une des périodes prévues à l'alinéa précédent est nul; si, avant l'une de ces périodes, le congé a été donné sans que le délai de résiliation ait expiré, ce délai est suspendu et ne continue à courir qu'après la fin de la période. Dans le cas de la lettre *c* de l'alinéa précédent, le congé peut être contesté par la travailleuse, si celle-ci fait valoir, dans un délai de deux mois, qu'elle est enceinte.

Art. 361 al. 1
Il ne peut être dérogé aux dispositions ci-après par voie d'accord, contrat-type de travail ou convention collective, ni au détriment de l'employeur ni au détriment du travailleur:
... article 336*e*, 1er alinéa, lettres *a*, *b* et *d*, 2e et 3e alinéas, et 336*f* (résiliation en temps inopportun);

Art. 362 al. 1
Il ne peut être dérogé aux dispositions ci-après par voie d'accord, contrat-type de travail ou convention collective, au détriment du travailleur;
... article 336*e*, 1er alinéa, lettre *c* (résiliation en cas de grossesse et d'accouchement de la travailleuse);

Proposition Fischer-Sursee
Modification d'autres lois
1. Le code des obligations est modifié comme il suit:

Art. 336e al. 2
... fin de la période. Dans le cas de la lettre *c* de l'alinéa précédent, la travailleuse est tenue de faire valoir la nullité ou l'effet suspensif du délai-congé dans les quinze jours qui suivent la réception de l'avis de congé.

Art. 336e Abs. 1 Bst. c und Abs. 2
Art. 336e al. 1 let. c et al. 2

Präsident: Wir nehmen die Sitzung wieder auf. Wir behandeln das Geschäft jetzt, nachdem Sie den Antrag von Herrn Basler angenommen haben, gemäss der ursprünglichen Fahne.

Abs. 1 Bst. c – Al. 1 let. c
Angenommen – Adopté

Al. 2 – Al. 2

Fischer-Sursee: Beachten Sie bitte, dass unter meiner Flagge zwei Anträge segeln. Gültig ist derjenige vom 11. Dezember 1984. Mein Antrag enthält gegenüber dem Kommissionsantrag zwei Änderungen. Zunächst wird die Geltendmachung der Nichtigkeit einer Kündigung während der Schwangerschaft juristisch folgerichtig und gesetzessystematisch sauber gelöst, was beim Kommissionsantrag nicht zutrifft; zweitens wird die Frist dazu von zwei Monaten auf 14 Tage verkürzt. Zur Geltendmachung der Nichtigkeit einer Kündigung muss ich Sie hier etwas über juristische

Probleme informieren: gemäss Vorschlag der Kommission kann die Arbeitnehmerin eine Kündigung wegen Schwangerschaft anfechten. Man spricht also ausdrücklich von anfechten. Das ist begriffsjuristisch falsch. Wir unterscheiden bei ungültigen Geschäften zwischen sogenannt nichtigen und ungültigen. Anfechten im eigentlichen Sinne kann man nur ungültige Geschäfte, nicht aber nichtige. Diese sind in sich unwirksam, erzeugen überhaupt keine Rechtswirkung, und die Nichtigkeit ist von Amtes wegen zu beachten. Im Gegensatz dazu können die ungültigen Rechtsgeschäfte Rechtswirkungen erzeugen, wenn sie nicht erfolgreich angefochten werden. Es ist daher falsch, wenn wir einerseits die Kündigung während der Schwangerschaft als nichtig erklären und andererseits im gleichen Atemzuge eine Anfechtung der Nichtigkeit stipulieren. Das ist juristischer Salat. Daher spricht mein Vorschlag nicht von Anfechten, sondern von der Geltendmachung der Nichtigkeit. Das geschieht durch eine einfache einseitige Erklärung der Schwangeren. Sie braucht also nicht die Hilfe des Richters, sondern kann das selber tun.
Ein Scheinproblem bleibt, indem die Nichtigkeit an sich unbefristet bestehen bleibt und nicht durch Zeitablauf heilt. Wenn wir trotzdem eine Frist zur Geltendmachung der Nichtigkeit festlegen, so lässt sich das juristisch wie folgt begründen: Wir schaffen eine sogenannte Verwirkungsfrist. Nach unbenütztem Ablauf dieser Frist erlischt das Rechtsschutzinteresse, und die Berufung auf die Nichtigkeit wäre rechtsmissbräuchlich im Sinne von Artikel 2 ZGB und verdiente daher keinen Rechtsschutz. Man kann aber auch damit argumentieren, dass durch den Verzicht auf die Geltendmachung der Nichtigkeit das Arbeitsverhältnis durch ein neues Rechtsgeschäft unter den Vertragspartnern, nämlich durch stillschweigende Übereinkunft, beendigt wird. Die Kündigung qualifiziert sich dann rechtlich als eine Offerte zur Aufhebung des Arbeitsvertrages, die, falls die Erklärung über die bestehende Schwangerschaft nicht erfolgt, angenommen wird.
Zum zweiten Punkt: Es bleibt noch das Problem der Frist, innert welcher die Erklärung abzugeben ist. Die Kommission schlägt zwei Monate vor. Diese Frist ist zu lang und berücksichtigt die verschiedenen Interessenlagen der Vertragspartner nicht. Vor allem schafft sie zeitlich eine zu lange Rechtsunsicherheit. Zwei Monate kann ein Schwebezustand bestehen, während dem ungewiss ist, ob die ausgesprochene Kündigung rechtswirksam wird oder nicht. Beim unterjährigen Arbeitsverhältnis haben wir eine gesetzliche Kündigungsfrist von einem Monat. Die Nichtigkeit könnte aber bis Ende des zweiten Monates noch geltend gemacht werden. Es könnte die groteske Situation entstehen, dass das Arbeitsverhältnis nach einem Monat tatsächlich beendet wird, der Arbeitgeber einen Ersatz einstellt und die Schwangere sich gegen Ende des zweiten Monates auf die Nichtigkeit beruft und so ein tatsächlich beendigtes Arbeitsverhältnis einen Monat später wieder aufleben lässt. Das wäre stossend und störend, vor allem dann, wenn die Schwangere ihre Schwangerschaft verschwiegen hat. Auch beim überjährigen Arbeitsverhältnis, wo gesetzliche Kündigungsfristen von zwei Monaten bzw. drei Monaten nach dem 10. Dienstjahr bestehen, ist der Arbeitgeber blockiert. Er befindet sich zwei Monate im ungewissen, ob seine Kündigung wirksam ist oder nicht. Schliesst er trotzdem einen Arbeitsvertrag mit einer dritten Arbeitnehmerin ab, so läuft er das Risiko, nach zwei Monaten zwei Arbeitsverhältnisse zu besitzen, für die er gar keinen Bedarf hat. Er kann und muss dann selbstverständlich das neue Arbeitsverhältnis kündigen. Für die zweite Arbeitnehmerin ist es aber auch nicht besonders gerecht und billig, wenn sie schon nach einem Monat wieder auf die Strasse gestellt wird, vor allem dann, wenn sie vielleicht vorher eine gute Stelle aufgegeben hat. Viele weibliche Arbeitskräfte werden in Kleinbetrieben, Gewerbe, Landwirtschaft und Haushalt beschäftigt. Der Kündigungsschutz von 9 bzw. 13 Monaten wird einzelnen Arbeitgebern Opfer und echte Probleme aufbürden. Wir muten Ihnen dies im Interesse der Schwangeren zu Recht zu, wir müssen aber wenigstens dafür sorgen, dass kein langer unsicherer Schwebezustand besteht, sondern dass bald klare Rechtsverhältnisse geschaffen werden.
Die von mir vorgeschlagene Frist von 14 Tagen zur Geltendmachung der Nichtigkeit trägt den Interessen beider Vertragspartner angemessen Rechnung. Der eigentliche Sinn des Kündigungsschutzes besteht ja darin, dass wegen einer Schwangerschaft nicht gekündigt werden darf und soll. Mit meinem Vorschlag wird dieses Ziel vollauf erreicht. Entweder weiss die Arbeiterin bei Erhalt der Kündigung bereits, dass sie schwanger ist, oder aber sie kann bei den heutigen zuverlässigen und einfachen Methoden sofort feststellen lassen, dass sie es ist.
Zudem ist noch folgendes zu beachten, worauf ich speziell hinweise: Die Schwangere hat nicht innert 14 Tagen den Nachweis zu erbringen, dass sie tatsächlich schwanger ist. Sie hat innert dieser Frist lediglich zu erklären, sie sei schwanger und mache deshalb die Nichtigkeit der Kündigung geltend. Mit dieser einfachen, formlosen Erklärung hat sie die Frist gewahrt. Ähnliche Fristen kennen im übrigen gewisse Nachbarländer von uns, wie Sie der Botschaft zur Volksinitiative «für einen wirksamen Schutz der Mutterschaft» Seite 23 entnehmen können. In der Bundesrepublik Deutschland besteht das Kündigungsverbot, sofern der Arbeitgeber im Zeitpunkt der Kündigung von der Schwangerschaft Kenntnis hatte oder in den der Kündigung folgenden zwei Wochen davon benachrichtigt wird. Es besteht also genau die gleiche Frist, wie ich sie vorschlage. Im Gegensatz zu uns gehen Deutschland und unsere anliegenden Staaten sogar noch weiter, indem sie gewisse Ausnahmen stipulieren, wonach bei bestimmten Voraussetzungen auch bei einer Schwangeren die Kündigung gültig ist, zum Beispiel Stillegung des Betriebes, Einschränkung des Betriebes usw. Es wäre zu prüfen, ob wir so etwas auch tun sollten.
Zum Schluss möchte ich Ihnen noch folgendes zu bedenken geben: Gegenüber dem bisherigen Recht bauen wir den Kündigungsschutz – wie ich meine zu Recht – erheblich aus. Der Arbeitgeber übernimmt Erschwernisse. Wir müssen daher auch seine berechtigten Interessen berücksichtigen. Aus der Praxis wissen wir, dass allzu einseitige und unausgewogene Verhältnisse gerne negative und unerwünschte Nebenfolgen zeitigen. Wir müssen uns hüten, dass wir dem allzusehr Vorschub leisten, sonst könnte sich dieser Kündigungsschutz als Bumerang für weibliche Arbeitskräfte erweisen, indem sie in der Konkurrenz mit den männlichen Mitbewerbern den kürzeren ziehen und diese bevorzugt werden.
Ich bitte Sie daher, meinem Antrag zuzustimmen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Wir müssen feststellen, dass der Antrag von Herrn Fischer etwas besser formuliert ist als jener der Kommission. Wir könnten Ihnen also im Grunde genommen empfehlen, dem Antrag von Herrn Fischer zuzustimmen. Bedenken habe ich lediglich in bezug auf die Frist von 14 Tagen, die mir doch etwas zu kurz ist. Ich hoffe, der Ständerat werde sie dann noch korrigieren.

M. **Dupont,** rapporteur: La proposition de M. Fischer est plus claire que celle de la commission. Le délai-congé de 15 jours, après la réception de l'avis, évitera toute discussion pour savoir si la femme était véritablement enceinte, comme le cas aurait pu se produire avec le délai de deux mois. En fait, elle l'est ou elle ne l'est pas, on le sait immédiatement. C'est une clarification de la proposition de la commission. Nous vous proposons de soutenir et de voter cette proposition Fischer.

Präsident: Herr Bundesrat Egli stimmt zu. Der Antrag von Herrn Fischer-Sursee wird nicht bekämpft. Er ist damit angenommen.

Angenommen gemäss Antrag Fischer-Sursee
Adopté selon la proposition Fischer-Sursee

Art. 361 Abs. 1, 362 Abs. 1
Art. 361 al. 1, 362 al. 1

Angenommen – Adopté

Ziff. Iter
Antrag der Kommission

Iter
Übergangsbestimmungen

a. Anpassung der kantonalen Erlasse und der Kassenstatuten

[1] Der Bundesrat bestimmt, bis zu welchem Zeitpunkt die Kantone und Gemeinden die Änderung ihrer Ausführungsbestimmungen erlassen und, soweit dies im Gesetz vorgesehen ist, zur Genehmigung vorlegen müssen.

[2] Wenn der Erlass der definitiven Regelung nicht fristgerecht möglich ist, kann die vollziehende Behörde des Kantons oder der Gemeinde eine provisorische Regelung treffen.

[3] Der Bundesrat bestimmt, bis zu welchem Zeitpunkt die Kassen und Rückversicherungsverbände ihre Statuten und Reglemente anpassen müssen. Von diesem Zeitpunkt an erbringen alle Kassen die Leistungen nach dem neuen Recht und nehmen Leistungen, die nach altem Recht dahingefallen sind, nach dem neuen Recht aber fortdauern würden, auf Begehren des Versicherten wieder auf. Bei der Änderung laufende Krankengelder aus einer früheren Krankengeldversicherung sind noch für längstens zwei Jahre nach den altrechtlichen Bestimmungen über die Leistungsdauer zu gewähren.

b. Behandlungen in Heilanstalten

Die Vergütung des Heilanstaltsaufenthaltes muss spätestens von einem Zeitpunkt an, den der Bundesrat festsetzt, nach dem neuen Recht erfolgen. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt für die Kassen und die Heilanstalten die bisherige Taxordnung unverändert weiter. Wird sie abgeändert, muss sie gleichzeitig dem neuen Recht angepasst werden. Spätestens mit der Anwendung der neuen Taxordnung müssen die Heilanstalten die Kostenstellenrechnung und die Leistungsstatistik nach Artikel 22quinquies Absatz 3 einführen.

c. Zusatzversicherungen für Heilanstaltskosten

[1] Die Versicherten können Zusatzversicherungen für Heilanstaltskosten innert eines Jahres nach Inkrafttreten der Änderung dem neuen Recht anpassen. Wird durch diese Anpassung der bisherige Umfang des Versicherungsschutzes nicht erweitert, darf die Kasse keine neuen Vorbehalte anbringen.

[2] Die Kassen klären die Versicherten innert sechs Monaten nach Inkrafttreten der Änderung über diesen Anspruch auf. Unterlässt eine Kasse diese Aufklärung, hat der Versicherte während zweier Jahre einen Anspruch auf rückwirkende Anpassung der Zusatzversicherung an das neue Recht.

d. Bundesbeiträge nach altem Recht

[1] Der Bund gewährt den Kassen und Rückversicherungsverbänden im Jahr des Inkrafttretens der Änderung einen Beitrag, der sich nach den Grundsätzen des alten Rechts bemisst. Er umfasst:

a. den für das Vorjahr geschuldeten Restbeitrag;
b. den vollen Beitrag nach altem Recht für das laufende Jahr.

e. Bundesbeiträge nach neuem Recht

[1] Im Jahr nach dem Inkrafttreten der Änderung gewährt der Bund die Beiträge nach neuem Recht.

[2] Für die Jahre 1985 und 1986 beträgt der Gesamtbetrag der Beiträge des Bundes nach den Artikeln 35 bis 38 pro Jahr 923 Millionen Franken. Davon entfallen auf Beiträge nach

Artikel 35	120 Millionen Franken,
Artikel 37 Absatz 1	90 Millionen Franken,
Artikel 38 Absatz 3	20 Millionen Franken.

f. Inkrafttreten von Artikel 38ter

Der Bundesrat setzt Artikel 38ter in Kraft, wenn durch die erste Stufe der Neuverteilung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen eine angemessene Entlastung der Kantone in anderen Bereichen erfolgt.

Antrag Basler
Bst. d
Streichen

Bst. e
Bundesbeiträge in den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten.

[1] Die Beiträge des Bundes für ein bestimmtes Jahr sind jeweils im darauffolgenden Jahr auszurichten.

[2] Im Jahr des Inkrafttretens der Änderung gilt der Bund den Kassen und Rückversicherungsverbänden den für das Vorjahr geschuldeten Restbeitrag nach altem Recht vollständig ab und gewährt ihnen einen zusätzlichen Beitrag, so dass die ausbezahlte Summe 900 Millionen Franken beträgt.

[3] Für die Jahre 1986 und 1987 betragen die gesamten Bundesleistungen 930 bzw. 965 Millionen Franken. Davon entfallen auf Beiträge nach

Artikel 35	120 Millionen Franken
Artikel 37 Absatz 1	90 Millionen Franken
Artikel 38 Absatz 3	20 Millionen Franken

Ch. Iter
Proposition de la commission

Iter
Dispositions transitoires

a. Adaptation des dispositions cantonales et des statuts des caisses au nouveau droit

[1] Le Conseil fédéral détermine jusqu'à quelle date les cantons et les communes doivent modifier leurs dispositions d'exécution et les soumettre, lorsque la loi le requiert, à l'approbation du Conseil fédéral.

[2] Lorsqu'il n'est pas possible d'édicter à temps les dispositions définitives, l'autorité cantonale ou communale d'exécution peut édicter une réglementation provisoire.

[3] Le Conseil fédéral détermine jusqu'à quelle date les caisses et les fédérations de réassurance doivent modifier leurs statuts et règlements. A partir de cette date, toutes les caisses allouent leurs prestations selon le nouveau droit et reprennent, sur demande de l'assuré, le versement de celles qui sont échues en vertu de l'ancien droit, mais continueraient de courir selon le nouveau. Les prestations d'une ancienne assurance pour indemnité journalière qui sont en cours lors de la modification continuent, pendant deux ans au plus, à être allouées selon les dispositions de l'ancien droit.

b. Traitements dans un établissement hospitalier

A partir d'une date fixée par le Conseil fédéral, les prestations pour séjour hospitalier devront être allouées selon le nouveau droit. Avant cette date, la réglementation des taxes valable jusqu'alors s'applique sans changement aux caisses et aux établissements hospitaliers. Si elle est modifiée dans l'intervalle, elle doit être adaptée au nouveau droit. Les établissements hospitaliers doivent introduire la comptabilité analytique et la statistique de leurs prestations conformément à l'article 22quinquies, 3e alinéa, au plus tard lors de l'application de la nouvelle réglementation des taxes.

c. Assurances complémentaires pour frais hospitaliers

[1] Les assurés peuvent, dans l'année qui suit l'entrée en vigueur de la modification, adapter au nouveau droit leurs assurances complémentaires pour frais hospitaliers. Si cette adaptation n'étend pas la protection garantie par l'assurance existante, les caisses ne peuvent imposer de nouvelles réserves.

[2] Les caisses informent les assurés de ce droit dans les six mois qui suivent l'entrée en vigueur de la modification. Si une caisse omet d'informer l'assuré, celui-ci a droit, pendant deux ans, à l'adaptation rétroactive de son assurance complémentaire au nouveau droit.

d. Subsides fédéraux selon l'ancien droit

[1] Dans l'année où la modification entre en vigueur, la Confédération alloue aux caisses et aux fédérations de réassurance un subside calculé selon les principes de l'ancien droit. Ce subside comprend:

a. Le solde du subside dû pour l'année précédente;
b. Le subside complet pour l'année en cours, en vertu de l'ancien droit.

e. Subsides fédéraux selon le nouveau droit

[1] Dans l'année qui suit celle où la modification est entrée en vigueur, la Confédération alloue les subsides selon le nouveau droit.

[2] Pour les années 1985 et 1986, le montant global des subsides versés par la Confédération en vertu des articles 35 à 38 se monte à 923 millions de francs par an. De ce montant sont versés:

En vertu de l'article 35	120 millions de francs
l'article 37, 1er alinéa	90 millions de francs
l'article 38, 3e alinéa	20 millions de francs

f. Entrée en vigueur de l'article 38ter

Le Conseil fédéral mettra l'article 38ter en vigueur au moment où la première étape de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons aura déchargé de manière appropriée les cantons dans d'autres domaines.

Proposition Basler

Let. d

Biffer

Let. e

Subsides fédéraux alloués au cours des trois premières années qui suivent l'entrée en vigueur

[1] Les subsides fédéraux sont versés l'année qui suit celle de leur octroi.

[2] Dans l'année où la modification entre en vigueur, la Confédération verse intégralement aux caisses et aux fédérations de réassurance le solde du subside accordé selon l'ancien droit et dû pour l'année précédente. Elle leur alloue en outre un subside complémentaire de manière que la somme totale atteigne 900 millions de francs.

[3] Les prestations totales de la Confédération s'élèvent à 930 millions de francs pour 1986 et à 965 millions pour 1987. De ces montants sont versés:

En vertu de l'article 35	120 millions de francs
l'article 37, 1er alinéa	90 millions de francs
l'article 38, 3e alinéa	20 millions de francs

Bst. a–c – Let. a à c

Angenommen – Adopté

Bst. d, e – Let. d, e

Basler: Mein Antrag betrifft die Bundesbeiträge in der Übergangszeit vom alten zum neuen Recht. Ich habe ihn im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sozialversicherung und der Eidgenössischen Finanzverwaltung ausgearbeitet. Die darin aufgeführten Zahlen entsprechen genau dem Finanzplan.
Der Kommissionsantrag, wie wir ihn hier haben, ist nämlich finanzpolitisch untragbar! Würde er angenommen, so müsste die Ausschüttung des Bundes an die Kassen im Übergangsjahr fast doppelt so hoch sein wie in den vorangehenden und nachfolgenden Jahren, also runde 1700 Millionen Franken statt deren 900 Millionen Franken. Gemäss Kommissionsantrag Übergangsbestimmung d müsste der Bund im Jahre des Inkrafttretens folgenden Beitrag leisten: «a. den für das Vorjahr geschuldeten Restbeitrag.» Nehmen wir an, das Jahr des Inkrafttretens sei 1986, dann beläuft sich der Restbeitrag für das Vorjahr 1985 auf runde 800 Millionen Franken. Dazu käme: «b. den vollen Beitrag nach altem Recht für das laufende Jahr.» Gemäss bundesrätlicher Antwort auf die diesbezügliche Motion Zehnder betrüge der volle Anspruch nach altem Recht für 1986 voraussichtlich 942 Millionen Franken, das gäbe also zusammen 1742 Millionen Franken. Wir haben aber im Finanzplan für 1986 nur 900 Millionen Franken eingesetzt.
Diese Zahlen hat die Kommission nicht gekannt. Die Anträge Zehnder und Seiler, die nun als Kommissionsantrag hier erscheinen, sind uns erst am Morgen des letzten Sitzungstages gestellt worden. Der Wille der Kommission war, die Bundesbeiträge von den zurzeit bei 836 Millionen plafonierten Franken stetig anzuheben auf die im Buchstaben e genannten 923 Millionen Franken.
Die damalige Diskussion hat vielmehr einem von mir erstmals am 20. Juni 1983 bei der Abnahme der Staatsrechnung 1982 aufgeworfenen Problem gegolten: Die Krankenkassen betrachten die Kopfbeiträge als plafoniert. Das sind die rund 41 Franken für Männer, 220 Franken für Frauen und 55 Franken für Kinder, alles pro Jahr. Da zufolge des Geburtenberges von 1963 die Zusammensetzung des Versichertenbestandes änderte – mehr Mädchen erhalten Frauenbeiträge –, stiegen die über den Budgetbetrag des Bundes anbegehrten Subventionen der Krankenkassen. Der Bund hat das Problem dadurch gelöst, dass er allmählich von einer vorschüssigen zu einer nachschüssigen Zahlung übergegangen ist.
Bei dieser muss er nun bleiben. Dann entsteht diese Doppelbelastung im Übergangsjahr nicht. Dieses Auszahlungsprinzip wird denn auch zum Absatz 1 meines Antrages gemacht. Eine Abrechnung, nachdem die Zahlen vorliegen, ist ja der Regelfall bei Subventionsordnungen; denn die Zahl der Geburten, die der Bund den Kassen vergütet, der Kinder, deren Prämien er übernimmt, weil sie das dritte oder später geborene Kind einer Familie sind, steht erst nach Ablauf des Kalenderjahres fest.
Absatz 2 meines Antrages räumt mit den Ansprüchen nach altem Recht auf. Damit aber der Mittelfluss vom Bund an die Kassen im Übergangsjahr nicht eine Lücke aufweist, soll auch in diesem Jahr die im Finanzplan vorgesehene Bundesleistung fliessen.
Absatz 3 hält die Bundesleistungen der nächsten drei Jahre fest. Die Kassen können damit budgetieren. Da für den Bund die Auszahlung erst im darauf folgenden Jahr fällig wird, erscheinen in dieser Aufstellung die Finanzplanzahlen des Bundes für die Jahre 1987 – 930 Millionen – und 1988 – 965 Millionen Franken. Für die Jahre nach neuem Recht entfallen Teile der Gesamtsummen auf feste Beiträge, nach Artikel 35, Artikel 37 Absatz 1 und Artikel 38 Absatz 3. Diese festen Beiträge sollte der Ständerat nochmals überprüfen. Er kann das Jahr des Inkrafttretens besser abschätzen. Aber eine Veränderung dieser Fixbeiträge hat keinen Einfluss auf die geschuldeten Bundesleistungen in ihrer Gesamtheit, denn nach unserem Artikel 38bis Absatz 4 wird die Veränderung im ohnehin willkürlichen teilweisen Ausgleich der höheren Krankenpflegekosten der Frauen aufgefangen.
Der langen Rede kurzer Sinn ist folgender: Der Kommissionsantrag erweist sich als finanzpolitisch unhaltbar. Es wäre auch sinnlos, die Bundesleistungen in einem einzigen Jahr zu verdoppeln. Mein Antrag sorgt für einen stetigen klaren Übergang vom alten zum neuen Recht und passt nahtlos in die Finanzplanzahlen des Bundes.
Ich ersuche Sie, ihm zuzustimmen.

Reimann: Ich muss Sie bitten, den Antrag Basler abzulehnen. Der Bund hat in den vergangenen Jahren rund 2 Milliarden Franken durch Kürzung der Subventionen im Krankenversicherungswesen eingespart. Er hat die Vorschussleistungen an die Krankenkassen von 80 auf 20 Prozent gekürzt und das in einer Zeit, in der die Kosten im Gesundheitswesen explosionsartig angestiegen sind. Die Auflagen des Bundes an die Krankenkassen werden durch

die Subventionen längst nicht mehr gedeckt. Die Krankenkassen waren gezwungen, in den letzten Jahren und jetzt wieder auf den 1. Januar 1985 ihre Prämien auf eine Art und Weise zu erhöhen, dass es vor allem für Familienväter bald untragbar wird, diese Lasten noch zu übernehmen.
Der Vorschlag, wie er von der Kommission unterbreitet wird, wäre eine Milderung, und man könnte damit weitere Prämienaufschläge bei den Krankenversicherungen verhindern. Eine Ablehnung, wie sie Herr Basler vorschlägt, hätte zur Folge, dass weitere Prämienerhöhungen im Krankenversicherungswesen erfolgen würden.
Aus diesen Überlegungen bitte ich Sie, den Antrag Basler abzulehnen.

Allenspach: In der Krankenversicherung hat der Bund bisher seine Beiträge an die Krankenkassen grösstenteils vorschüssig ausgerichtet, dies im Gegensatz zu den meisten anderen Subventionsbereichen. Dieses System der vorschüssigen Auszahlung hat sich meines Erachtens nicht bewährt. Bei ausgabenabhängigen Subventionen weiss man im voraus nie genau, was effektiv angerechnet und ausgerichtet werden muss. Nachtragszahlungen sind dann meist unumgänglich, und das führt zu Unsicherheit, zu Nachtragskrediten und auch zu Unübersichtlichkeit.
Die Beiträge des Bundes an die Krankenkassen sind ausgabenabhängig. Der Rat hat deshalb zu Recht in Artikel 38bis Absatz 2 bestimmt, dass inskünftig die Beiträge nach den Aufwendungen und Prämienausfällen im vorangegangenen Kalenderjahr, also nachschüssig, ausgerichtet werden. Es geht nun heute um die Übergangsregelung zum neuen Recht. Hätte der Bund bisher konsequent vorschüssig ausbezahlt, so hätte der beschlossene Übergang zur nachschüssigen Ausrichtung zur Folge gehabt, dass für ein Jahr keine Bundesaufwendungen in Budget und Rechnung erscheinen müssten. Der Bund ist aber – und das wissen wir – in den letzten Jahren immer weiter von der Vorschüssigkeit abgerückt, ganz still, leise und heimlich. Heute werden nur noch etwa 20 Prozent der Beiträge vorschüssig ausgerichtet. Dies erleichtert den Übergang zum neuen Recht der nachschüssigen Auszahlung.
Der Antrag Basler unterstreicht in Absatz 1 auch für die ersten drei Übergangsjahre das Prinzip der Nachschüssigkeit. Er überlässt in Absatz 2 den noch verbleibenden Vorschuss des Übergangsjahres recht grosszügig den Kassen und beziffert in Absatz 3 dann absolut die Beiträge, die auszurichten sind.
Der Antrag der Kommission führt zu einem paradoxen Ergebnis. Er läuft im Grunde genommen darauf hinaus, in der Übergangsbestimmung zuerst wieder die Vorschüssigkeit herzustellen. Er hätte also für das eine Übergangsjahr eine ganz gewaltige Ausgabe zur Folge, die die Milliardengrenze weit übersteigen müsste. Aber nachher, beim Übergang zur Nachschüssigkeit, müsste die Jahressubvention einmal völlig ausfallen, falls der Bund nicht zweimal das gleiche subventionieren will.
Das scheint uns nicht zweckmässig zu sein. Wir stimmen deshalb dem Antrag Basler zu.

Zehnder: Ich bin über den Antrag von Kollege Basler nicht erstaunt. Wir sind uns schon in der Kommission in den Haaren gelegen, soweit diese noch vorhanden sind.
In dieser Sache haben wir ziemlich gerauft, und zwar vor allem deshalb, weil nun der Bund seit Jahren den Krankenkassen gegenüber – ich sage das jetzt ganz deutsch und deutlich – seine Verpflichtungen nicht erfüllt hat.
Ich erlebte heute morgen bei der SBB-Budgetdebatte eine innere Genugtuung, als ich dem Votum unseres Bundespräsidenten Schlumpf zuhörte, der im Zusammenhang mit dem SBB-Budget genau das sagte, was ich seit gut drei Jahren im Zusammenhang mit den Beiträgen an die Krankenkassen hier in diesem Saal vertrete.
Ich zitiere den Bundespräsidenten: «Es wurde auf das Budgetrecht hingewiesen. Es stimmt, dass dieses in Artikel 85 Ziffer 10 der Bundesverfassung festgelegt ist. Aber dieses Budgetrecht ist keine Generalkompetenz der Bundesversammlung. Das Budgetrecht beinhaltet die Kompetenz, Kredite global für das kommende Jahr festzulegen, dies nach Massgabe der geltenden Rechtsordnung.»
Ich halte fest: In der Krankenversicherung ist die gültige Rechtsordnung das Krankenversicherungsgesetz und die entsprechenden Verordnungen. Dort sind die Beiträge nach Kopfprämien festgelegt worden, das wurde bereits erwähnt. Sie wurden mit den Sparübungen gekürzt, d. h. zuerst eingefroren und im nachhinein dann nochmals um 5 Prozent gekürzt. Im Budget wurde in den letzten Jahren jeweilen der Globalbetrag mit 836 Millionen fesgelegt. Diese 836 Millionen haben aber nie mehr genügt, weil die Versichertenzahl sich ja dauernd verändert hat. Im Grunde genommen hätte jeweilen aufgrund der errechneten Zahlen der Ansprüche der Krankenkassen ein Nachtragskredit anbegehrt werden müssen. Das ist nicht geschehen.
Jetzt sind seit Jahren Rückstände gegenüber den Krankenkassen entstanden, die auf Antrag von Kollege Basler praktisch mit einem Schlag liquidiert werden sollen. Der Unterschied zwischen seinem Antrag und dem Antrag der Kommission ist praktisch nur das Jahr des Inkrafttretens. Dort fehlen dann den Krankenkassen diese Millionen. Deshalb ist es jetzt für uns unmöglich, diesem Antrag zu folgen, der den Krankenkassen die Mittel vorenthält, die ihnen seit Jahren zustehen. Die Krankenkassen spielen seit Jahren für den Bund die Bank. Das ist zugegeben worden. Ich bedaure, dass meine Motion vom 14. Dezember 1983 zu dieser Angelegenheit noch nicht erledigt worden ist, obwohl sie schon dreimal auf der Traktandenliste war. Ich habe jetzt wieder erfolglos das Ersuchen ausgesprochen, man solle in diesem Zusammenhang dem Rat die Möglichkeit geben, über diese Motion zu befinden. Der Bundesrat gibt in der schriftlichen Motionsbeantwortung sogar zu, dass das, was ich jetzt gesagt habe, den Tatsachen entspricht. Jetzt will er aber seine Konzeption ändern. Er will vom vorschüssigen auf das nachschüssige System übergehen.
Jetzt überlegen Sie sich: Wir haben in der Krankenversicherung mit der Teuerung zu kämpfen. Wir haben wegen zusätzlicher neuer Lasten immer wieder erneut Mehraufwendungen zu erbringen. Gleichzeitig gibt uns der Bund die Mittel nicht, die aufgrund des Gesetzes den Krankenkassen gehören. Das System unserer Krankenkassen, das wir alle miteinander erhalten wollen, funktioniert nach dem Ausgabenumlageverfahren. Mit den Einnahmen, die getätigt werden, werden laufend auch die Ausgaben bezahlt. Sollen es die Krankenkassen jetzt auch so machen, dass sie erst zahlen, wenn wieder Geld hereinkommt?
Ich glaube, dass das viele unserer Ärzte, Apotheker usw. nicht akzeptieren würden. Dieser Antrag ist also unmöglich. Ich bitte Sie, dem Antrag der Kommission zuzustimmen, der den Verhältnissen entspricht.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Es ist nicht so, dass die Kommission, einfach aus Freude, diesen Antrag so formuliert hat, wie er hier vor Ihnen liegt. Es gab verschiedene Überlegungen dazu. Es erstaunt mich eigentlich, dass Herr Zehnder nicht darauf hingewiesen hat.
Wir müssen ganz klar feststellen: Gemäss Gesetz bzw. Verordnung hat der Bundesrat in seiner eigenen Verordnung beschlossen, den Krankenkassen jeweils 80 Prozent der mutmasslichen Ausgabensummen als Vorschuss, d. h. im laufenden Jahr, auszubezahlen.
Mit den je nach Standpunkt guten oder weniger guten Beschlüssen des Rates bei der Plafonierung und dann der Kürzung wurde der Vorschuss immer kleiner. Im Jahr 1985 wird er nach einem Schreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung noch 23 Prozent betragen. Der Rest wird dann im Jahr 1986 abgerechnet. Das hat zu unguten Situationen geführt. Ich kenne eine Krankenkasse in einem Nachbarkanton des Kantons Zürich, die finanziell nicht sehr gut steht. Sie hat ihr Guthaben, wie jede andere Kasse auch, immer als Vermögen gebucht und musste nun ihren Anteil bei der Bank verpfänden. Das Bundesamt schickt dann die Beiträge der Bank, und die Kasse muss entsprechend Zinsen bezahlen.

Heute ist in Einzelfällen die Situation schon so. Es kommt nun dazu, dass alle Kassen – mit Recht, das sind keine buchhalterischen Tricks – das Guthaben beim Bund in ihrer Buchhaltung entsprechend als Guthaben eingetragen haben. Das Guthaben ist somit auch im Vermögensausweis enthalten. Das hat zur Folge, dass die Kassen die entsprechenden Beiträge erhöhen müssen, wenn sie dieses Guthaben abschreiben. Darüber hat man sich im klaren zu sein: Wenn sie es abschreiben müssen, ist das Vermögen nicht mehr vorhanden. Die Kassen sind aber nach Gesetz entsprechend ihrer Grösse verpflichtet, ein bestimmtes Vermögen aufzuweisen. Eine Kasse mit 14 000 bis 20 000 Mitgliedern muss zum Beispiel eine Reserve von 23 Prozent der Jahresausgaben haben.
Deshalb sind wir in der Kommission zum Schluss gekommen, dass dieses Guthaben durch den Bund bezahlt werden soll; diese Neuregelung muss in den Übergangsbestimmungen festgehalten werden. Wenn dies nicht erfolgt, passiert, was ich erklärt habe.
Zum Antrag Basler: Was Herr Basler sagte, trifft zu: Falls das Gesetz so, wie wir es vorschlagen, in Kraft tritt, müssten zwischen 175 und 190 Prozent der 923 Millionen ausbezahlt werden; das wären 1,5 bis 1,6 Milliarden Franken. An dieser Situation sind aber nicht die Krankenkassen schuld, sondern wir, das Parlament, das die entsprechenden Beiträge jeweils gekürzt hat. Das nachschüssige System, wie es Herr Basler vorschlägt, würde diese erwähnten negativen Auswirkungen haben. Wenn Sie dies so beschliessen, muss das Parlament die Verantwortung tragen.
Ich möchte Sie also bitten, dem Antrag der Kommission zuzustimmen. Ich weiss zwar, dass der Bundesrat Ihnen empfehlen wird, dem Antrag Basler zuzustimmen – rein aus finanzpolitischen Gründen –, aber ich möchte Sie trotzdem als Kommissionssprecher bitten, der Kommission zuzustimmen.

M. **Dupont,** rapporteur: Dans le système actuel, la Confédération alloue une avance aux caisses-maladie devant représenter le 80 pour cent du subside total. Etant donné qu'elle ne paie pas cette avance en temps voulu, mais avec du retard, il est proposé de modifier le système en vigueur, c'est-à-dire de ne pas verser une avance et un solde, mais d'allouer la subvention en une fois, selon un décompte final définitif.
La grande difficulté réside dans le passage d'un système à l'autre. En effet, les caisses-maladie auront à subir, durant un certain temps, un vide de trésorerie qui provoquera des charges d'intérêts. Toutefois, c'est le seul moyen d'arriver à un système clair et précis. Nous espérons alors que la Confédération respectera ses engagements et versera les subventions qui sont dues selon les décomptes établis et dans les temps déterminés par une ordonnance.

Bundesrat **Egli:** Auch auf die Gefahr hin, bereits Gesagtes zu wiederholen, führe ich folgendes aus: Die Kommissionsmitglieder werden sich daran erinnern, dass mein Departement an der letzten Sitzung aufgefordert worden ist, die Litera d und e der Übergangsbestimmungen noch einmal zu überarbeiten. Dies haben wir getan.
Der Grund dieser Bitte war folgender: Sie wissen, dass die Botschaft aus der Zeit vom Sommer 1981 stammt, und für die damalige Zeit war die in Buchstaben d und e vorgesehene Lösung durchaus angemessen und für den Bund auch noch zumutbar.
Inzwischen hat sich aber die Optik vollständig geändert, und zwar wie folgt: Gemäss Verordnung zum KUVG soll der Bund mit den Kassen so abrechnen, dass er ihnen für das laufende Jahr einen Vorschuss von ungefähr 80 Prozent ausbezahlt. Über die restlichen 20 Prozent wurde jeweils im folgenden Jahre aufgrund der überprüften Jahresschlussrechnungen abgerechnet. So sollten die Kassen in jedem Jahr 80 Prozent Vorschuss für das laufende Jahr und etwa 20 Prozent nachschüssig aus dem Vorjahr beziehen.
Mit der Verschlechterung der Bundesfinanzen konnte diese Regelung aber nicht mehr eingehalten werden. Der Vorschuss wurde immer kleiner, und zwar nicht etwa «still und leise», wie Herr Allenspach ausgeführt hat, sondern offen und ehrlich wurden doch die Beträge Jahr für Jahr durch das Parlament im Budget festgelegt. Heute beträgt der Vorschuss nur noch etwa 20 Prozent. Mit der Zeit würde der ganze Betrag nur noch nachschüssig ausbezahlt werden können. Wir beantragen Ihnen daher, zu diesem nachschüssigen System überzugehen.
Herr Zehnder, Sie beklagen sich, Ihre Motion sei noch nicht behandelt worden; aber Sie wissen aus dem schriftlichen Bericht des Bundesrates, welche Absicht der Bundesrat hat. Wenn es in der Antwort heisst: «Diese Differenz wird durch die hier vorgeschriebene stufenweise Anhebung des Bundesbeitrages ab 1985 sowie den schrittweisen vollständigen Übergang zur nachschüssigen Auszahlung der Beiträge bereinigt.» Der Bund möchte also nun zur nachschüssigen Auszahlung des ganzen Betrages übergehen. Es wäre also eine ähnliche Rechnung wie bei Steuern, wo jeweils aufgrund der Einnahmen aus den beiden Vorjahren in den Veranlagungsjahren abgerechnet wird.
Nun entsteht aber eine kleine Schwierigkeit beim Übergangsjahr bzw. im Jahr unmittelbar nach Inkrafttreten des Gesetzes, und zwar deshalb, weil wir den Zeitpunkt heute noch nicht kennen. Nach Litera d gemäss Fassung der Kommission müsste der Bund im Jahre des Inkrafttretens den für das Vorjahr und den für das laufende Jahr geschuldeten Beitrag leisten. Aus der Optik von 1981 war das durchaus möglich. Aber aus der Optik des Jahres, in dem das Gesetz frühestens in Kraft treten könnte, würde dies für den Bund eine Leistung von bis gegen 2 Milliarden Franken ausmachen. Sie werden einsehen, dass das für den Bund schlechthin unmöglich ist. Wir schlagen Ihnen daher eine ersatzlose Streichung der Litera d vor. Dafür müsste dann aber bestimmt werden, dass die Subvention nachschüssig bezahlt wird. Je nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes kann nun der Fall eintreten, dass den Kassen im Vorjahr noch ein Vorschuss ausbezahlt worden ist, so dass nach neuer Rechnung der Beitrag für das laufende Jahr entsprechend sinken würde, was den Kassen aber nicht zuzumuten wäre. Es müsste daher vorübergehend noch ein kleiner Vorschuss ausbezahlt werden. Aber diese Frage könnte an und für sich auch in einer Verordnung gelöst werden.
Wir würden also abweichend vom Beschluss der Kommission vorschlagen:

1. Es soll schon im ersten Jahr des Inkrafttretens die neue Subventionsordnung gelten;

2. Es soll die Subvention nachschüssig ausgerichtet werden. Das hätte die Streichung von Litera d und eine neue Fassung von Litera e zur Folge.

Nun hat Ihnen Herr Basler einen Antrag eingereicht, der von der ursprünglichen Absicht meines Departementes abweicht. Er möchte für das Übergangsjahr, welches er offenbar auf 1985 ansetzt, einen runden Betrag von 900 Millionen Franken festsetzen. Diese Zahl entspricht dem Finanzplan. Dies trifft auch für die beiden folgenden Jahre 1986 und 1987 zu. Auch diese Zahlen, die Ihnen Herr Basler vorgibt, stimmen mit dem Finanzplan überein.
Um die Sache zu vereinfachen, können wir uns dem Antrag Basler anschliessen. Allerdings müssen wir uns heute schon vorbehalten – und ich glaube, auch Herr Basler muss diesen Vorbehalt anbringen –, dass je nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes diese Zahlen neu angepasst werden müssen. Darüber können wir uns erst unterhalten, wenn auch der Ständerat diese Vorlage beraten hat. Herr Zehnder, Sie müssen doch einsehen, dass es letzten Endes keinen grossen Unterschied ausmacht, ob die Kassen ihren Betrag vor- oder nachschüssig erhalten. Sie sehen aus der Aufstellung von Herrn Basler, dass ja die Beträge jetzt jährlich zunehmen. Im übrigen darf ich Ihnen auch entgegenhalten, wenn Sie sich darüber aufhalten, dass die Kassen bis jetzt schlecht behandelt worden sind, dass diese Behandlung jährlich in der Budgetdebatte festgelegt wurde.
Ich bitte Sie also, dem Antrag Basler zuzustimmen.

Abstimmung – Vote
Für den Antrag Basler 96 Stimmen
Für den Antrag der Kommission 63 Stimmen

Bst. f – Let. f
Angenommen – Adopté

Ziff. Iquater
Antrag der Kommission

Referendum und Inkrafttreten
[1] Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.
[2] Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

Ch. Iquater
Proposition de la commission

Référendum et entrée en vigueur
[1] La présente loi est soumise au référendum facultatif.
[2] Le Conseil fédéral fixe l'entrée en vigueur.

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble
Für Annahme des Gesetzentwurfes A 132 Stimmen
Dagegen 14 Stimmen

B

Bundesgesetz über die Krankengeldversicherung inklusive Taggeld bei Mutterschaft
Loi fédérale sur l'assurance d'une indemnité journalière, y compris l'indemnité journalière en cas de maternité

Präsident: Der Nichteintretensantrag entfällt. Wir kommen direkt zur Behandlung der Anträge Allenspach.

Anträge Allenspach
3. Kapitel: Die obligatorische Krankengeldversicherung

Art. 40a–40s
Streichen

Ziffer II Änderung anderer Bundesgesetze
1. Das Obligationenrecht wird wie folgt geändert:

Art. 324c (neu)
[1] Bei Mutterschaft der Arbeitnehmerin hat der Arbeitgeber vier Fünftel des Lohnes während 16 Wochen weiterhin zu entrichten, wovon mindestens 8 Wochen nach der Niederkunft liegen müssen. Diese Dauer darf nicht auf die Lohnfortzahlungspflicht bei Krankheit angerechnet werden.
[2] Der Anspruch auf vier Fünftel des Lohnes besteht nur, wenn die Arbeitnehmerin bis zum Tage ihrer Niederkunft während wenigstens 270 Tagen, ohne eine Unterbrechung von mehr als 3 Monaten, beim Arbeitgeber tätig war. War sie während 135 Tagen tätig, hat sie Anspruch auf zwei Fünftel des Lohnes; für eine längere Anstellungsdauer werden die Leistungen des Arbeitgebers entsprechend erhöht. Der Bundesrat erlässt besondere Bestimmungen für Frühgeburten.

Propositions Allenspach
Chapitre 3: Assurance obligatoire d'une indemnité journalière

Art. 40a–40s
Biffer

Chiffre II Modification d'autres lois
1. Le code des obligations est modifié comme il suit:

Art. 324c (nouveau)
[1] En cas de maternité de la travailleuse, l'employeur doit continuer à lui verser quatre cinquièmes de son salaire pendant 16 semaines, dont huit au moins après l'accouchement. Cette durée ne peut être imputée sur celle pendant laquelle l'employeur doit continuer à payer le salaire en cas de maladie.
[2] La travailleuse n'a droit au versement de quatre cinquièmes de son salaire que si, lors de ses couches, elle avait exercé une activité pour l'employeur depuis au moins 270 jours, sans interruption de plus de trois mois. Si elle avait travaillé pendant 135 jours, elle a droit à deux cinquièmes de son salaire; si la durée de son engagement avait été supérieure, les prestations de l'employeur sont augmentées au prorata. Le Conseil fédéral édicte des dispositions spéciales pour les cas d'accouchement avant terme.

Allenspach: Nach der Zweiteilung ist es meines Erachtens nicht mehr notwendig, auf den Artikel 1 Absatz 4 des ersten Teils zurückzukommen, weil diese beiden Vorlagen ja jetzt unabhängig voneinander stehen. Ich möchte deshalb direkt auf diesen zweiten Teil eintreten und beantragen, auf die obligatorische Krankengeldversicherung zu verzichten, demzufolge die Artikel 40a bis 40s zu streichen und anstelle dieser obligatorischen Krankengeldversicherung im Obligationenrecht einen neuen Artikel 324c einzufügen, der die Bestimmungen über die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers bei Mutterschaft einer Arbeitnehmerin enthält.
Die Sorge um die Realisierung dieses Sofortprogrammes liegt meinem Antrag zugrunde. Es zeigt sich immer deutlicher, dass kaum jemand, sei es in diesem Rate oder in der Öffentlichkeit, diesem Sofortprogramm eine echte Chance vor dem Volke gibt. Es würde in einer Volksabstimmung deutlich verworfen, darüber sind sich die meisten Beobachter einig, und das ist die Ausgangslage zu meinem Antrag. Das Sofortprogramm enthält im Bereiche des Krankengeldes ein umfassendes Versicherungsobligatorium, dem alle Betriebe und alle Arbeitnehmer unterstellt würden. Damit wären administrative Umtriebe verbunden, wie wir sie vom kommenden Obligatorium der zweiten Säule zu Genüge, ich möchte sagen bis zum Überdruss, schon kennen. Rund 2,5 Millionen Arbeitnehmer müssten obligatorisch einer kollektiven Versicherungspflicht unterstellt werden, alle Betriebe müssten ihre Arbeitnehmer zwangsweise versichern, es müsste eine Stiftung Ersatzkasse gegründet werden, es müssten dieser Stiftung Arbeitgeber zwangsweise zugeteilt werden, Ersatzprämien müssten eingefordert, Namensregister geführt werden usw. Ferner sind Lohnprozente abzuziehen mit allen damit verbundenen Umtrieben, Unruhen und Unsicherheiten. Diese Lohnabzüge wären von Betrieb zu Betrieb unterschiedlich hoch und würden womöglich noch von Jahr zu Jahr ändern.
Die Erfahrungen mit der Einführung des Obligatoriums der Unfallversicherung und vor allem die Erfahrungen mit der Einführung der zweiten Säule haben ernüchternd, abschreckend gewirkt. Die Popularität neuer Versicherungsobligatorien und neuer Lohnabzüge ist klein geworden. Die Abstimmung über die Volksinitiative zum Schutze der Mutterschaft vor zehn Tagen hat dies in eindrücklicher Weise bestätigt. Es ging damals nicht nur um den Elternurlaub, es ging damals auch um die Versicherungsobligatorien und um die Lohnabzüge. Unser Volk, die Arbeitgeber und die Arbeitnehmer, sind nicht mehr bereit, neue Versicherungsobligatorien und neue zusätzliche Lohnabzüge unbesehen zu akzeptieren.
Ein Scheitern dieses Sofortprogrammes in einer Volksabstimmung wäre so, wie es vorgelegt wird, vorprogrammiert, das ist in den letzten Monaten immer deutlicher geworden. Gerade eine solche Ablehnung möchte ich mit meinem Antrag vermeiden helfen. Wir sollten den am letzten Abstimmungssonntag bekundeten Volkswillen berücksichtigen. Wir sollten das Obligatorium der Krankentaggeldversicherung fallenlassen, damit dieses Sofortprogramm vor dem Volk wieder eine echte Chance bekommt. Ich strebe keine Nullösung an. Ich weiss, dass einzelne Ratsmitglieder eine Nullösung durchaus wünschten. Ich weiss, dass aus diesem Grunde Ratsmitglieder gegen meinen Antrag stimmen werden. Wollte ich eine Nullösung, dann würde ich hier keinen

Antrag stellen, sondern ganz ruhig die Volksabstimmung abwarten. Ich möchte aber das politisch Realisierbare rasch und sicher verwirklichen. Deshalb habe ich den Antrag gestellt, das dritte Kapitel, also die Artikel 40a bis 40s, zu streichen.
Wenn wir dieses Obligatorium der Krankengeldversicherung fallenlassen, dann besteht nicht nichts, dann gilt nach wie vor die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers im Krankheitsfalle gemäss Artikel 324a des Obligationenrechts. Es gilt nach wie vor die Berner Skala und die anderen von den Gerichten entwickelten Arbeitgeberverpflichtungen. Es gelten auch nach wie vor die gesamtarbeitsvertraglichen Vereinbarungen über die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers oder über die Beiträge des Arbeitgebers an die individuelle Krankengeldversicherung der Arbeitnehmer; diese gesamtarbeitsvertraglichen Verpflichtungen gehen ohne Obligatorien manchmal sogar weiter, als hier in diesem Gesetze durch ein Obligatorium vorgesehen wird. Wir sollten den gesamtarbeitsvertraglichen Abmachungen Raum lassen und sie nicht immer durch Gesetzesobligatorien zu ersetzen suchen.
Ich habe schon in der Kommission den Antrag gestellt, das Obligatorium der Krankengeldversicherung aus der Vorlage zu streichen. Das möchte ich vor allem dem Kommissionspräsidenten in Erinnerung rufen. Er kann es im Protokoll der Kommissionssitzung vom 24./25. Mai 1982 nachlesen, damit er nicht wieder, wie in der Septembersession, behauptet, ich hätte immer für das obligatorische Taggeld gestimmt, und an diese unrichtige Behauptung erneut dunkle Verdächtigungen knüpft. Ich bin damals in der Kommission unterlegen, habe mich aber dennoch weiter bemüht, die Vorlage annehmbarer zu gestalten, und annehmbar kann die Vorlage nur werden durch Verzicht auf das Versicherungsobligatorium, durch Verzicht auf Lohnprozente.
Mit dem Verzicht auf das Versicherungsobligatorium würde aber die Möglichkeit wegfallen, das vorgesehene und versprochene Mutterschaftstaggeld als Lohnersatz für erwerbstätige Mütter während 16 Wochen im Rahmen der Krankengeldversicherung auszurichten. Das möchte ich ganz offen zugeben. Ich weiss, dass verschiedene Ratskollegen nur deshalb für das Krankengeldobligatorium eintreten, um die Auszahlung des Mutterschaftstaggeldes sicherzustellen. Ich begreife diese Überlegung. Doch muss man wirklich über 2,5 Millionen Arbeitnehmer einem Versicherungsobligatorium unterstellen, nur damit die Auszahlung der vorgesehenen Mutterschaftstaggelder an etwa 25 000 bis 30 000 erwerbstätige Mütter möglich wäre? Man muss dies nicht, weil es einen anderen Weg gibt, und dieser andere Weg ist in meinem Antrag vorgezeichnet. Anstelle des vorgesehenen umfassenden Krankengeldobligatoriums beantrage ich die Verankerung der Mutterschaftsleistungen im Obligationenrecht, analog der dort schon verankerten Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers im Krankheitsfalle des Arbeitnehmers. In einem neuen Artikel 324c soll festgehalten werden, dass der Arbeitgeber bei Mutterschaft der Arbeitnehmerin vier Fünftel des Lohnes während 16 Wochen weiterhin zu entrichten hat, wobei diese Mutterschaftsleistungen nicht auf die Lohnzahlungspflicht bei Krankheit angerechnet werden dürfen. Damit ist obligationenrechtlich die gleiche Mutterschaftsleistung gesichert, wie sie in der vorgesehenen Krankengeldversicherung beabsichtigt wird.
Mein Antrag hat keine Verminderung der Mutterschaftsleistungen zur Folge, bedeutet somit materiell kein Abrücken von den Zusicherungen, die bei der Bekämpfung der Mutterschaftsinitiative abgegeben worden sind. Das möchte ich hier nachdrücklich unterstreichen.
Es wird nun befürchtet, dass diese obligationenrechtliche Verpflichtung Betriebe und Branchen mit vielen jungen Arbeitnehmerinnen übermässig belasten könnte, stärker als das Versicherungsobligatorium. Das ist ebenfalls nicht der Fall. Beim Versicherungsobligatorium wird gemäss Vorlage der Kommission die Versicherungsprämie betriebsindividuell kalkuliert, entsprechend den betrieblichen Risiken, also entsprechend der Zusammensetzung und der Altersstruktur der Belegschaft. Es gibt bei den Anträgen der Kommission keinen einheitlichen Prämiensatz mit einer zentralen Ausgleichskasse, und es gibt damit keine überbetriebliche Solidarität, weder auf der Ebene der Branche noch der Region. Deshalb kommt die obligationenrechtliche Verpflichtung des Arbeitgebers zur Mutterschaftsleistung diesem Arbeitgeber nicht teurer zu stehen als das Obligatorium der Krankengeldversicherung, sondern eher günstiger, weil dann die unproduktiven Administrativkosten des Obligatoriums wegfallen. Es ist unrichtig, wenn behauptet oder herumgeboten wird, die von mir vorgeschlagene Lösung sei für die Mütter arbeitsmarktlich ungünstiger als das umfassende Krankengeldversicherungsobligatorium. Es wird behauptet, die obligationenrechtliche Lösung biete zu wenig Sicherheit. Wenn Sie befürchten, dass im Konkurs des Arbeitgebers das Mutterschaftstaggeld nicht sichergestellt sei, dann müssten Sie in genau gleicher Weise befürchten, dass beim Konkurs des Arbeitgebers die Löhne nicht ausgerichtet werden. Hier möchte ich Sie an die Arbeitslosenversicherung erinnern. Dort haben wir eine Insolvenzversicherung, die Insolvenzentschädigungen ausrichtet; die Mutterschaftstaggelder würden hier in genau gleicher Weise unter diese Insolvenzentschädigung fallen wie die Löhne, weil sie entsprechender Lohnersatz sind. Es kann also nicht behauptet werden, die Sicherheit der Mutterschaftstaggelder sei bei der obligationenrechtlichen Lösung geringer als bei einer Versicherungslösung. Wir erfüllen den verfassungsmässigen Auftrag betreffend Mutterschaft materiell in gleicher Weise wie beim Krankengeldversicherungsobligatorium. Die Versprechen werden in gleicher Weise erfüllt, wenn auch formell ein anderer Weg eingeschlagen wird. Ich würde sogar sagen: Wir erfüllen sie besser als in einer Form oder in einer Vorlage, deren Scheitern vor dem Volke wahrscheinlich wäre.
Ich bitte Sie, meinem Antrag zuzustimmen. Wir erreichen dadurch, dass die Vorlage zügiger das Parlament passiert. Wir schaffen eine Vorlage, die eine echte Chance hat, vom Volke angenommen zu werden, und verwirklichen auf diese Weise wenigstens den vorgesehenen Mutterschaftsschutz, ohne Obligatorium, ohne Lohnprozente und ohne unproduktiven administrativen Überbau.
Zu meinem Antrag ist eine Abstimmung unter Namensaufruf verlangt worden. Das hat den Vorteil, dass dann genau sichtbar wird, wer bereit ist, die Mutterschaftsleistungen im Strudel der Krankenversicherungsrevision untergehen zu lassen.

Reimann: In der Herbstsession hat dieser Rat auf Antrag der Kommissionsmehrheit und des Bundesrates mit 83 zu 64 Stimmen dem Obligatorium zugestimmt. Ich kann meine grosse Enttäuschung nicht verbergen, dass man heute wieder auf diesen Beschluss zurückkommen will. Dabei hat sich seit dieser Beschlussfassung überhaupt nichts geändert.
Es stimmt zwar, dass das Schweizervolk die Mutterschaftsinitiative abgelehnt hat. Die Initiativgegner haben aber auf die KMVG-Revision verwiesen. Viele Stimmbürgerinnen und Stimmbürger haben nicht zugestimmt, weil man argumentierte, dass die Frauen mit dieser Initiativregelung auf dem Arbeitsmarkt benachteiligt würden. Genau das ist der Fall, wenn wir dem Antrag Allenspach zustimmen.
Herr Bundesrat Egli hat mit Recht darauf hingewiesen, dass die Lösung Allenspach schlechter ist als der bundesrätliche Vorschlag, weil es eben keine Versicherung ist. Ich bin eigentlich erstaunt, dass dieser Vorschlag von Herrn Allenspach kommt. Er benachteiligt nicht nur die Frauen auf dem Arbeitsmarkt, sondern bringt unter Umständen auch den Arbeitgeber in Schwierigkeiten, vor allem wenn es sich um einen kleinen Betrieb handelt. Wenn es der Arbeitgeber versäumt hat, eine Versicherung abzuschliessen, zu der er bei fehlendem Obligatorium nicht gezwungen ist, muss er die Taggeldkosten übernehmen. Für solche Lösungen, die den Konflikt vorprogrammieren, brauchen wir die KMVG-Revision überhaupt nicht. Langfristig werden wir die Mutterschaftsversicherung für Arbeitnehmerinnen auch nicht einigermassen befriedigend lösen können, ohne wenigstens in der Taggeldversicherung das Obligatorium zu haben.

Wenn man Herrn Allenspach zugehört hat, könnte man meinen, der grösste Teil der Arbeitnehmer sei nicht in einer Taggeldversicherung versichert. Wenn dem so wäre, wäre es höchste Zeit, dass wir das Obligatorium einführten. Es gibt zwar noch viele nicht versicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Vor allem diese haben den Versicherungsschutz nötig. Ich habe nichts dagegen, Herr Allenspach, den Mutterschutz im Obligationenrecht zu regeln. Aber ohne Versicherung der Leistungen kann dieser Mutterschutz zu einem Bumerang werden, indem die Frauen dadurch auf dem Arbeitsmarkt benachteiligt werden. Gerade diesen Vorwurf hat man der Mutterschaftsinitiative gemacht.
Aus diesem Grunde möchte ich Sie bitten, den Antrag Allenspach abzulehnen und beim ursprünglichen Beschluss zu bleiben. Das Obligatorium ermöglicht uns in der Zukunft eine vernünftige Regelung zur Finanzierung der Mutterschaftsversicherung, was beim fehlenden Obligatorium eben nicht möglich ist.
Ich bitte Sie deshalb, am ursprünglichen Beschluss festzuhalten und den Antrag Allenspach abzulehnen.

Hegg: Im Namen einer Mehrheit der NA- und Vigilants-Fraktion setze ich mich gegen den Antrag Allenspach und für die Aufrechterhaltung einer Krankengeldversicherung ein. Krankheit ist ein Lebensphänomen, das die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des oder der Betroffenen aufs schwerste beeinträchtigen kann. Wer Arbeitnehmer ist, der ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auch ziemlich dringend auf sein Arbeitseinkommen zum Leben angewiesen. Haben wir kein soziales Sicherheitsnetz, so wird der nicht versicherte Kranke in einem schweren Krankheitsfall vermutlich der öffentlichen Fürsorge zur Last fallen. Noch schlimmer: Ist der Kranke auch der hauptsächliche Ernährer einer Familie, so fallen auch seine Familienangehörigen der Fürsorge anheim. Eine obligatorische Krankengeldversicherung ist also alles andere als ein Luxus oder ein übertriebener Perfektionismus beim Bau eines Versorgerstaates von der Wiege bis zur Bahre. Sie ist ein Eckpfeiler an einem einigermassen wohnlich gestalteten Haus in Sachen soziale Sicherheit. Wer gesund ist, der glaubt kaum, dass es ihm dereinst schlecht gehen könnte. Das gehört zur Gesundheit. Er unterschätzt insbesondere die Gefahren einer krankheitsbedingten längeren Arbeitsunfähigkeit. Die brutale Wirklichkeit lehrt uns allerdings etwas anderes.
Besonders bedauerlich wäre die Ablehnung des obligatorischen Taggeldes jedoch wegen der Folgen für die Mutterschaftsversicherung. Ohne Taggeldversicherung verdiente das Gesetzeswerk die Bezeichnung Mutterschaftsversicherung wohl kaum noch.
Seit 1945 steht in unserer Bundesverfassung der Satz geschrieben: «Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Mutterschaftsversicherung einrichten.» Seit 39 Jahren fehlt diese Gesetzgebung aber noch immer. Ich empfinde dies als eine Schande. Der Satz ist die Folge einer Volksinitiative, und immer noch fehlt die Gesetzgebung. Auch die Folgen sind bei unserem Volk und seinen Familien nicht zu übersehen. Im Jahrzehnt von Mitte sechziger zu Mitte siebziger Jahre ist die Zahl der Schweizer Geburten ständig abgesunken, von 86 000 1963 auf 54 000 1976. Seither verharrt die Zahl auf einem tiefen Wert, der etwa einer Kinderzahl von 1,5 Kindern pro Schweizerin entspricht. Das bedeutet eine Schrumpfung der eingeborenen Bevölkerung der Schweiz um ein Viertel pro Generation.
Im neuesten Bericht des Bundesamtes für Statistik zur demographischen Lage der Schweiz wird diese andauernd tiefe Geburtenziffer wie folgt kommentiert: «Dies ist nicht nur wegen des tiefen Wertes aussergewöhnlich, sondern auch aufgrund der Dauerhaftigkeit des Phänomens.»
Wenn, ausser in den Rezessionsjahren 1975, 1976 und 1977, die Wohnbevölkerung der Schweiz trotzdem ständig wächst und weiter wächst, was insbesondere ökologisch sehr gefährlich ist, so liegt das – wie Sie hier alle wissen – an der andauernden Einwanderungsbewegung, die sich ja auch auf die Geburten der Einwanderer und Eingebürgerten auswirkt. Der sogenannte Geburtenberg der sechziger Jahre ist also kein Berg, wenn man nur die Geburten von Schweizern betrachtet, sondern ein Abhang. Zum Berg wurde er erst durch die Ausländergeburten, ausgelöst durch die unglückselige Einwanderungspolitik.
Wir wollen doch als Volk, d. h. aus uns selbst heraus, unsere eigene Zukunft gestalten. Wir wollen doch nicht einfach als Indianer der Schweiz enden.
Ein Wort noch zum Begriff «Mutterschaftsversicherung»: Der Begriff ist geschichtlich eingebürgert, aber nicht richtig in der Sache. Mutterschaft ist ja, anders als eine Krankheit, kein Unglücksfall, sondern ein bewusst und willentlich herbeigeführtes und herbeiführbares Ereignis, jedenfalls unter den Bedingungen der modernen Medizin. Solche Ereignisse – das wird Ihnen jeder Versicherungsmathematiker bestätigen – kann man nicht freiwillig versichern. Man sollte eher von Mutterschafts-Solidaritätsbeiträgen sprechen. Ist eine solche «Versicherung» freiwillig, so kann die Solidarität nicht spielen. Wer keine Kinder haben will, versichert sich einfach nicht, und die Prämien für die Versicherten werden so hoch, dass das Ganze für sie uninteressant wird. Die Familien finanzieren sich auch so einfach selbst, wie es ohne Versicherung wäre. Die ganze Übung brächte also punkto Lastenausgleich zwischen Familien mit Kindern und kinderlosen bzw. kinderarmen nichts.
Lösen wir doch endlich das Versprechen von 1945 ein, ein Gegenvorschlag zu einer Volksinitiative! Immerhin: 1945 glaubte unser Volk noch an sich selbst. Kehren wir zu diesem Glauben zurück. Aber auch die Versprechen der meisten Parteien im Vorfeld der Abstimmung vom 2. Dezember 1984 sind einzulösen. Ich habe Verständnis dafür, dass jene Volksinitiative als zu weit gehend beurteilt und abgelehnt worden ist, zumal sie dem Volk noch mit abstrusen ideologischen Argumenten verkauft worden ist. Ich habe dafür Verständnis, dass sie abgelehnt worden ist. Aber nachträglich, da die Initiative vom Tisch gefegt ist, dürfen wir doch eine massvolle Lösung nicht beerdigen.
Noch ein letztes Wort: eine tragfähige Mutterschaftsversicherung ist auch wichtig für die Bekämpfung der wachsenden Zahl von Abtreibungen und Schwangerschaftsabbrüchen, die man beobachten kann und die der Gesundheit unserer Frauen alles andere als zuträglich sind.
Beschliessen wir eine Krankengeld- und Mutterschaftsversicherung, die diese Bezeichnung verdient. Der Antrag Allenspach dünkte mich im ersten Augenblick auch irgendwie das Ei des Kolumbus. Leider ist dem nicht so. Der Antrag schiebt den Schwarzen Peter des Zahlmeisters einfach auf die Arbeitgeber der Schwangeren, und das ist das letzte, was wir brauchen können. Es würde unser Klima der Kinderfeindlichkeit noch verschärfen, gefährlichen sozialen Druck auf Schwangere auslösen, die Kinder nicht auszutragen. Ausgerechnet das können wir nicht brauchen. Ich kann mir auch nicht vorstellen, dass gerade das eine Lösung ist, die kleinen und mittleren Unternehmen dienen soll. Ich sehe selber keine andere Lösung als Zustimmung zu einer Krankengeld- und Mutterschaftsversicherung.

M. Gautier: Le groupe libéral s'opposera à la proposition de M. Allenspach, et cela pour au moins six raisons. Il y en aurait en fait plus mais, pour abréger, je ne vous en donnerai que six.
La première, c'est que cette proposition est une nouveauté totale, qui n'a jamais été discutée au sein de la commission dont M. Allenspach était un membre non seulement assidu mais efficace. Elle nous paraît trop importante pour être proposée ainsi directement en plénum. Même si on envisageait de soutenir la proposition de M. Allenspach, il faudrait laisser à la commission du Conseil des Etats, qui travaillera après nous, le soin d'étudier à fond le problème soulevé ici.
La deuxième raison est que nous sommes nombreux ici, et pas seulement des libéraux, à avoir affirmé à diverses reprises – et notamment dans cette salle lorsque nous avons traité de l'initiative sur l'assurance-maternité, et ensuite lors de la campagne sur cette même initiative – que nous maintiendrions dans la loi la plupart des demandes de cette

initiative. Or, c'est maintenant qu'il faut en reparler, mes chers collègues qui êtes venus dire que si l'on votait la proposition Basler on voulait tuer l'assurance-maternité. On peut parfaitement être disposé à diviser la loi en deux parties, et à maintenir les dispositions de l'arrêté B. Il faut quand même tenir compte de ce que l'on a dit ici et devant le peuple lors de la campagne concernant l'initiative sur l'assurance-maternité.
Troisième raison: Si nous acceptions la proposition de M. Allenspach, le mandat que le peuple et les cantons nous ont donné en 1945, je vous le rappelle, de légiférer sur l'assurance-maladie ne serait pas entièrement rempli. Cette proposition repose sur une base parfaitement constitutionnelle, dans un autre article de la constitution, mais il ne remplirait pas le mandat donné par l'article 34quinquies, 4e alinéa. Il est vrai qu'il y a trente-neuf ans qu'on attend, on pourrait attendre encore, mais c'est à mon avis un mauvais argument.
Quatrième raison, et là je m'adresse plus particulièrement à M. Allenspach. Avez-vous pensé aux petites et aux moyennes entreprises dans votre proposition? Avez-vous mesuré les conséquences financières et économiques, pour les petites entreprises qui emploient trois ou quatre personnes, qui n'ont souvent pas d'assurance ou si elles en ont une qui doivent assumer des primes importantes, si une ou deux de leurs employées sont enceintes dans le courant d'une même année? Il y a là quelque chose qu'il faut considérer dans les petites et moyennes entreprises, par opposition à la grande industrie suisse. Je serais du reste heureux de savoir ce que pense de votre proposition l'Union suisse des arts et métiers.
Cinquième raison, et c'est peut-être une des plus importantes. Comme on l'a relevé précédemment, je pense que la proposition de M. Allenspach supprime tout effort de solidarité de la part des hommes vis-à-vis des femmes, et cela je le déplore d'autant plus que, depuis 1939, l'effort inverse a été fait par le sexe féminin en payant les cotisations pour les allocations de perte de gain. Ce ne serait que justice de «renvoyer l'ascenseur», si vous me permettez l'expression.
Sixième et dernière raison, si nous acceptions de faire figurer dans le Code des obligations les propositions de M. Allenspach, nombreux seraient les employeurs qui renonceraient à employer des femmes en âge de devenir enceintes. Il y a là un risque, Monsieur Allenspach, pour les emplois féminins dont vous n'avez pas tenu compte. Je crains que ce ne soit un risque grave, dangereux, notamment dans une période où le chômage existe malgré tout. Il est évident que chaque fois qu'un employeur aura le choix entre un homme et une femme ou entre une femme de plus de 40 ans et une de moins de 40 ans, il n'engagera pas celle qui se situera dans la tranche d'âge de 20 à 40 ans. C'est une grave menace pour le travail féminin dans la période de fécondité de la femme.
Pour toutes ces raisons et, je le répète, pour quelques autres encore que je ne veux pas vous imposer maintenant, nous voterons contre la proposition de M. Allenspach et nous vous recommandons de faire de même.

Frau **Gurtner:** Im Gegensatz zum Antrag von Herrn Allenspach beantrage ich Ihnen im Namen unserer Fraktion Eintreten auf Artikel 40, weil wir grundsätzlich die Einführung einer obligatorischen Taggeldversicherung bei Krankheit begrüssen. Das von Bundesrat und Nationalratskommission vorgeschlagene Modell kann in verschiedener Hinsicht nicht befriedigen. Vor allem gibt die vorgeschlagene Finanzierungsart zu Kritik Anlass. In der Botschaft aus dem Jahre 1981 betont der Bundesrat selber, dass nach dem vorgeschlagenen Konzept von Kasse zu Kasse, aber auch von Betrieb zu Betrieb deutliche Prämienunterschiede bestehen können. Das liegt daran, dass die Versicherung betriebsgebunden erfolgen soll und nicht landesweit wie bei der AHV. Die Höhe der Prämien richtet sich daher nach der Risikostruktur eines Betriebes. Betriebe mit vielen älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern – erhöhtes Krankheitsrisiko! – und Betriebe mit vielen Frauen im gebärfähigen Alter (Mutterschaftsgeld) werden höher belastet als beispielsweise Dienstleistungsbetriebe mit vielen jungen Männern.
Wir hätten die Einführung einer landesweiten obligatorischen Taggeldversicherung, finanziert mit Lohnprozenten nach dem AHV-Prinzip, eindeutig vorgezogen. Nicht diskutiert wurden leider auch besondere Beiträge stark kapitalintensiver Betriebe an eine Krankentaggeldversicherung, die personalintensivere Betriebe stärker belastet. In einer derartigen landesweiten einheitlichen Versicherung hätte auch das Problem der freiwilligen Versicherung von Arbeitslosen und Teilzeitbeschäftigten befriedigender gelöst werden können. Nach dem vorgeschlagenen Konzept darf zwar in der obligatorischen Krankentaggeldversicherung kein Vorbehalt erhoben werden, doch sind ältere und kranke Arbeitnehmerinnen oder Frauen wegen der Verschlechterung der Risikostruktur für einen Betrieb tendenziell unerwünscht. Heute steht leider aus sozialer Sicht keine bessere Lösung zur Diskussion. Wir haben aber die konkrete politische Situation zur Kenntnis zu nehmen. Konnte der Bundesrat noch in seiner Botschaft 1981 bemerken, dass einem obligatorischen Krankentaggeld im Vernehmlassungsverfahren kein grundsätzlicher Widerstand erwachsen sei, abgesehen von schon damals geäusserter Kritik von Arbeitgeberseite, präsentiert sich die Ausgangslage heute anders. Freisinn und SVP, die noch 1981 keine Einwände vorgebracht haben, drohen heute unverhohlen mit dem Referendum. Der Antrag Allenspach ist Ausdruck dieser Haltung.
Gegen den Versuch des Freisinns und der SVP, in der Schweiz eine obligatorische Taggeldversicherung auf lange Sicht zu torpedieren, werden wir auch diese schlechte Lösung verteidigen, die immer noch besser ist als nichts. Heute sind gerade auch diejenigen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die niedrige Löhne beziehen, nur zu einem symbolischen Taggeld versichert. Hier hilft nur eine Versicherungspflicht für alle. Es geht hier um die Mutterschaft und die Auszahlung des Mutterschaftsgeldes während 16 Wochen, und dies gilt es zu sichern. Während der Kampagne um die Mutterschaftsinitiative war dieses Versprechen ein wesentlicher politischer Bestandteil. Sie haben uns noch nicht gesagt, Herr Allenspach, wie Sie denn das Mutterschaftsgeld sichern wollen, ohne versicherungstechnische Hintergründe. Woher wollen Sie denn das Geld nehmen? Frauen sind unter diesen Umständen auf dem Arbeitsmarkt eindeutig benachteiligt, denn welcher Betrieb stellt noch Frauen im gebärfähigen Alter ein, wenn die 16 Wochen Mutterschaftsgeld finanziell überhaupt nicht abgesichert sind?
Ich bitte Sie deshalb, den Antrag von Herrn Allenspach auf Streichung des ganzen Artikels 40 abzulehnen.

Günter: Die LdU/EVP-Fraktion möchte ebenfalls in ihrer grossen Mehrheit am Beschluss der Kommission und des Bundesrates festhalten. Ich kann feststellen, dass aus dem «Notprogramm» je länger, je mehr ein «notleidendes Programm» wird und dass die Demontage nun offenbar sehr rasch voranschreitet. Mich verwundert das nicht. Ich habe ja schon von Anfang an der ganzen Vorlage eine schlechte Prognose gestellt und auch immer damit gerechnet, dass man jetzt in dieser Session dann kräftig mit der Demontage weitermachen will. Ich möchte hier Herrn Allenspach nur noch sagen: Wir haben jetzt darüber diskutiert, warum das Krankentaggeld belassen werden soll. Herr Gautier hat das sehr gut begründet, ich kann dem nichts beifügen. Wir haben uns aber wenig Gedanken darüber gemacht, warum gerade Herr Allenspach uns hier eine Ersatzlösung vorschlägt, die die Arbeitgeber womöglich mehr belastet als das, was wir in der Vorlage vorsehen. Er hat etwas erzählt von Verwaltung, die zu kompliziert sei, und von zu vielen Leuten, die dem Obligatorium unterstellt werden müssen. Da es aber schliesslich am Ende um Geld geht und die Arbeitgeber, jedenfalls die kleinen und mittleren Arbeitgeber, eher mehr zur Kasse kommen, müssen wir doch noch etwas Motivforschung betreiben.
Ich behaupte, dass Herr Allenspach hier einen Doppel-

schuss plant. Den einen Schuss haben wir gehört, und der zweite ist im Lärm des ersten ein bisschen untergegangen. Der erste Schuss galt dem Obligatorium der Krankengeldversicherung. Der zweite, versteckte, gilt hingegen der Mutterschaftsversicherung. Zwar ist die Lösung, die Herr Allenspach vorschlägt, ein ziemlich einleuchtender Ersatz, auch wenn zusätzlich Probleme entstehen, wie Frau Gurtner sie erwähnt hat. Aber wir müssen uns überlegen, was passiert, wenn das Gesetz jetzt dann angenommen wird. Dann wird sich doch sicher irgendwo ein Komitee gründen, von dem Herr Allenspach natürlich dann nichts weiss und zu dem er natürlich auch keine Beziehung hat; aber es wird sich ein Komitee gründen, das das Referendum dagegen ergreift und versuchen wird, auch das jetzt noch Verbleibende zu torpedieren. Ich behaupte, dass das seine wahre Absicht ist – dass dann am Schluss beides in Scherben liegt. Man geht jetzt auf den Teil los, der in diesem Saal politisch leicht angreifbar ist, aber entblösst dadurch die Mutterschaftsversicherung.
Die Vorlage ist geteilt: einen Teil, den man offen wegnehmen kann, den bekämpft man. Den Rest, zu dem man nicht so gut stehen kann, den überlässt man dann wahrscheinlich einem Referendumskomitee um Herrn Blocher oder sonst einen Ersatzmann für Herrn Blocher, der diese Aufgabe übernimmt. Ich möchte davor warnen und Sie darauf aufmerksam machen, dass die Strategie so verlaufen wird; denn es ist vermutlich eben doch ein Anschlag auf beides geplant. Anders ist die Haltung von Herrn Allenspach nicht zu erklären, der bis jetzt in diesem Saale nämlich die Arbeitgeberinteressen, vor allem auch diejenigen der kleinen Arbeitgeber, sehr effizient und wirksam vertreten hat. Es wäre ein Wunder, wenn er jetzt heute davon abweichen würde.
Ich möchte Sie daher warnen und bitten, die Vorlage so zu belassen, wie sie war.

Frau **Segmüller:** Ich danke Herrn Leuenberger, dass er uns die Stellungnahme der CVP anlässlich der Behandlung der Initiative für einen wirksamen Schutz der Mutterschaft in Erinnerung gerufen hat. Wir haben keinerlei Anlass, von dieser Erklärung abzuweichen. Es war darin übrigens auch mit keinem Wort die Rede davon, ob die Erweiterung der Leistungen bei Mutterschaft in einem oder in zwei Teilen zu erfolgen hätte. Ich darf nochmals zwei Punkte aus unserer damaligen Fraktionserklärung zitieren: «Die CVP stellt sich voll und ganz hinter die in der Kranken- und Mutterschaftsversicherungsvorlage enthaltenen und von der vorberatenden Kommission bereits gutgeheissenen und verabschiedeten Verbesserungen des Schutzes der Mutterschaft.»
Und weiter: «Die CVP will in der Familienpolitik und besonders in der Frage des Mutterschaftsschutzes Prioritäten setzen. Unsere Priorität heisst, alles daran setzen, dass alle im Zuge der Revision des Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetzes vorgesehenen Leistungen zugunsten der Familie und von Mutter und Kind im besonderen so rasch wie möglich verwirklicht werden.» Eigentlich gibt es dem nichts hinzuzufügen. Wir halten weiterhin am Taggeldobligatorium fest. Es bringt die längst fällige Gleichstellung von Unfall und Krankheit bezüglich Lohnersatz, und dank der versicherungstechnischen Gleichstellung von Mutterschaft mit Krankheit sichert es die Lohnfortzahlung während des 16wöchigen Mutterschaftsurlaubes. Unsererseits findet keine Demontage des Sofortprogrammes statt.
Aus diesen und anderen hier vorgebrachten Gründen lehnt die CVP den Antrag Allenspach ab.

Seiler: Ich möchte nicht materiell zum Antrag von Herrn Allenspach Stellung nehmen, sondern zum formellen Vorgehen sprechen. Ich halte diesen Antrag in der vorgelegten Form, was die Streichung von Artikel 40a bis 40s betrifft, als unzulässig. Ich will Ihnen sagen weshalb.

1. Ich gehe davon aus, dass auf diesen Teil B Eintreten beschlossen wurde. Der Präsident hat verkündet, der Nichteintretensantrag entfalle. Damit haben wir Eintreten beschlossen. Was Herr Allenspach mit der Streichung will, ist nichts anderes als ein verkappter Nichteintretensantrag. Der kommt aber zu spät.

2. Sie haben vorher mit grossem Mehr den Beschluss A verabschiedet, in dessen Artikel 1 Absatz 4 Satz 2 das Obligatorium der Taggeldversicherung verankert ist. Wenn Sie nun Artikel 40a bis 40s streichen, streichen Sie damit die ganzen Ausführungsbestimmungen zu diesem Obligatorium. Das gibt doch keinen Sinn! Herr Allenspach hat gesagt, Rückkommen auf diesen Artikel 1 Absatz 4 sei nicht notwendig. Ich meine aber, es ist notwendig. Es ist zuerst zu beschliessen, ob wir auf dieses Obligatorium zurückkommen wollen, und dann können wir diesen Beschluss B zurückweisen oder nicht. Ich bin nicht Jurist, aber vielfach reicht auch der gesunde Menschenverstand. Das Obligatorium ist im Beschluss A enthalten, und wir haben den Beschluss B zu behandeln, oder es muss auf diesen Absatz 4 von Artikel 1 zurückgekommen werden, und zwar offiziell. In diesem Sinne stelle ich Antrag, zuerst das Verfahren festzulegen, wie wir dieses Geschäft weiterbehandeln wollen.

Präsident: Ich habe mir die Verfahrensfrage zu dieser späten Stunde auch überlegt. Ich bin zum Schluss gekommen, dass, nachdem wir die Vorlage geteilt haben, die Aufhebung des Obligatoriums implizit enthalten ist; denn wenn Sie über den Bundesbeschluss B allein abstimmen, ihn also in einer getrennten Abstimmung ablehnen können, bleibt dieses Obligatorium in Artikel 1 Absatz 4 eine sogenannte *lex imperfecta* und wäre ein Widerspruch in sich. Wenn Sie, Herr Seiler, daran festhalten, können wir auch über diese Verfahrensfrage abstimmen, nachdem wir die Kommissionsberichterstatter und den Bundesrat angehört haben.

M. **Berger:** J'ai refusé, avec la minorité, d'entrer en matière sur ce projet de loi. Nous le combattons pour plusieurs raisons, dont deux principales.
Aujourd'hui, ne l'oublions pas, le peuple est fatigué de la multiplication d'assurances sociales dont l'emprise devient toujours plus importante dans la sphère privée du citoyen. Vouloir faire le bien des gens malgré eux exige une limite qu'il me semble ne pas falloir dépasser.
Avec la LAA, qui n'a pas encore fini de faire parler d'elle, la LPP qui occupe présentement une part importante des employeurs, et maintenant une première mouture de la révision de l'assurance-maladie maternité, à laquelle on nous propose d'ajouter une assurance d'indemnité journalière, voilà qui risque bien de faire couler le bateau.
Toutes ces modifications en matière d'assurances sociales chargent considérablement les assurés qui ont de la peine à nous suivre, ainsi que les caisses qui subissent une succession de surcharges d'activités pour mettre en place toutes ces nouvelles dispositions.
Le peuple attend, il est vrai, une amélioration de la couverture des charges et risques de la maternité, mais alourdir d'un perfectionnisme outrancier la couverture de ces risques n'est pas ce que souhaitent nos concitoyens. Il y a là un pas qu'ils ne sont pas prêts à franchir.
Quant à la deuxième raison de notre opposition, je viens de l'évoquer en partie. Pourquoi modifier une disposition législative existante qui, à mon avis, ne pose pas de problèmes particuliers, si ce n'est vis-à-vis de l'indemnité journalière en cas de maternité? Le code des obligations permet, par la voie des conventions collectives, des contrats de travail, de garantir une couverture solide dont bénéficient pratiquement tous les travailleurs. D'autre part, cette couverture est également prévue par le canal des assurances privées.
Les dispositions actuelles nous accordent d'ailleurs une grande souplesse qui nous permet une adaptation, assurant aux travailleurs la couverture la mieux adaptée à leurs besoins.
On dit fréquemment que nous avons, dans ce pays, un faible pour la multiplication des lois; ce qui nous est présenté aujourd'hui en est un exemple éloquent. Toutefois, je le répète, je suis parfaitement conscient qu'en refusant cette partie B de la loi, nous ne réglons pas de façon satisfaisante

le financement de la couverture d'une indemnité journalière en cas de maternité. Nous souhaitons vivement que cette indemnité journalière de la femme, future mère, soit convenablement réglée. Il est tout de même surprenant que, pour régler cette question, nous mettions en route une nouvelle loi lourde et compliquée, ce que personne ne désire. Aujourd'hui, la plupart des femmes salariées sont d'ailleurs au bénéfice d'une indemnité journalière en cas de maladie. Aussi, je crois qu'il est relativement aisé de confirmer que cette couverture en cas de maladie peut s'étendre également à la maternité, avec, bien sûr, les conséquences négatives que cela représente.
Dans ce sens, je me permettrai de soutenir la proposition présentée par M. Allenspach et je vous engage à en faire de même. Je sais que cette proposition n'est pas parfaite, loin de là, mais face au sort qui pourrait être réservé à la loi sur l'assurance d'une indemnité journalière, nous devons absolument tenir les promesses à l'égard des femmes futures mères de famille. Je vous propose donc de soutenir la proposition de M. Allenspach, aussi imparfaite soit-elle.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Wenn ich – es kann auch ein anderer sein – die Geschichte des Taggeldes schreiben würde, dann würde sie ungefähr so beginnen: Es war einmal eine nationalrätliche Kommission von 31 Mitgliedern. Sie führte eine dreitägige Eintretensdebatte durch und beschloss dann einstimmig und ohne Enthaltung, auf die Vorlage einzutreten. Gleichzeitig beschloss sie am 1. April 1982 – vielleicht haben einige dieses Datum auch bei der Abstimmung berücksichtigt –, die Vorlage in drei Teilen zu behandeln. Der erste Teil sei die Taggeldversicherung, der zweite Teil die Mutterschaftsversicherung und der dritte Teil die Krankenversicherung. Dieser Beschluss wurde gefasst, und zwar einstimmig. An der nächsten Sitzung vom 24./25. Mai stellte Herr Allenspach tatsächlich den Antrag, in Artikel 1 Absatz 4 den zweiten Satz zu streichen. Die Geschichte geht aber weiter, denn der Antrag von Herrn Allenspach wurde mit 19 zu 5 Stimmen, nachzulesen im Protokoll dieser Sitzung, abgelehnt. Man behandelte also dieses Taggeldgesetz und stellte dann gegen Schluss der Sitzung in bezug auf Anträge zu Buchstabe h (Taggelder ab 31. Tag) grosse Uneinigkeit fest. Da die Kommission keine Lösung fand, beschloss sie auf Antrag von Bundesrat Hürlimann, eine Unterkommission einzusetzen. Diese Unterkommission bestand aus sechs Leuten – drei Arbeitgebern und drei Arbeitnehmervertretern – plus den Unterkommissionspräsidenten als siebtes Mitglied, nämlich aus den Herren Allenspach, Augsburger, Darbellay, Zehnder, Müller, Landolt und dem Präsidenten. Nach Vorbesprechungen – immer gemäss meiner Geschichte – während der Junisession des Jahres 1982 in den Wandelhallen fand dann die erste offizielle Sitzung am 12. Juli hier in Bern statt. Die Unterkommission einigte sich einstimmig darauf, die Taggeldversicherung obligatorisch zu erklären – das ist reine Geschichtsschreibung – ab drittem Tag 720 Tage, und zwar aus folgenden Überlegungen: Die Taggeldversicherung fördert die Freizügigkeit der Arbeitnehmer, es gibt viele Arbeitnehmer, die nach 10 und 20 Dienstjahren 6 bis 12 oder 24 Monate die Krankenlohnzahlung haben; wenn sie wechseln, müssen sie beim neuen Arbeitgeber wieder von vorne beginnen. Man stellte fest, dass eine Koordination mit anderen Sozialversicherungen wie IV, EO, Arbeitslosenversicherung usw. möglich war.
Man stellte auch fest, dass die Arbeitgeber dieser Lösung zustimmten, weil damit Parallelität zum UVG geschaffen und eine hälftige Teilung des Risikos vorgesehen sei. Der Schweizerische Gewerbeverband stimme ebenfalls zu, wurde uns vom Gewerbevertreter erklärt, obwohl die Meinungen des Obligatoriums wegen noch stark auseinandergingen. So weit einmal der erste Teil der Geschichte.
Die sieben Nationalräte, Herr Direktor Schuler und die Vertreterin des Sekretariates gingen aus dieser Sitzung weg in die Ferien in der Meinung, man habe jetzt endlich einen Konsens gefunden, der tragfähig sei, nachdem eine einstimmige Unterkommission diesen Beschluss gefasst hatte. Die Kommission mit den 31 Mitgliedern, dem Bundesrat und Leuten aus der Verwaltung behandelte dieses Geschäft am 14. September und am 4. November 1982, ohne dass ein Ablehnungsantrag gestellt wurde. Das ist die Situation. – In der Zwischenzeit haben wir hier die Mutterschaftsinitiative behandelt. Ich möchte nicht mehr auf die Fraktionserklärungen zurückkommen. In der Zwischenzeit haben wir das Gesetz in der Kommission fertig beraten. In der Septembersession hat unser Rat die Beratung aufgenommen, und jetzt führen wir diese fort. Vor zehn Tagen fand noch die Volksabstimmung über die Mutterschaftsversicherung statt, und jetzt ist das Taggeld nirgends mehr recht. Ich möchte – um Legendenbildungen vorzubeugen – diese Geschichte klar dargelegt haben. Wenn man diese und die Kommissionsarbeit kennt, dann wird man verstehen, dass ich jetzt nicht nur die Kommissionsmehrheit vertrete, sondern auch meine persönliche Meinung, denn alle sieben Mitglieder der Unterkommission haben damals einige Energie aufgewendet, um eine Lösung zu finden, die tragbar ist. Warum sie heute nicht mehr tragbar sein soll, verstehe ich nicht, und ich bitte Sie daher, dem Kommissionsantrag zuzustimmen.
Ich möchte noch beifügen, dass der Antrag von Herrn Allenspach natürlich einen grossen Mangel hat. Wenn wir dies über das OR regeln, bedeutet das nichts anderes, als dass nur diejenigen Leute, die unter dem Obligationenrecht angestellt sind, diese Regelungen haben. Alle diejenigen aber, die unter öffentlich-rechtlichen Verhältnissen stehen, haben dann die Regelung, die Herr Allenspach über das OR vorschlägt, eben nicht. Das ist wieder eine Lösung, die nur für einen Teil der Frauen richtig ist.
Ich möchte Sie auch aus diesem Grunde bitten, den Antrag Allenspach abzulehnen.

M. **Dupont**, rapporteur: Lors du premier débat sur cette question, nous avions souligné que la proposition visant à rendre obligatoire l'indemnité journalière comblait une lacune dans notre système de sécurité sociale, sans porter atteinte à la libre discussion et aux conventions collectives entre les syndicats patronaux et ouvriers. Nous avons accepté de rendre obligatoires d'autres assurances et nous savons aujourd'hui que presque la totalité des travailleurs de ce pays sont assurés contre la maladie soit par une assurance individuelle, soit par une assurance collective, avec – et nous le répétons encore une fois – des lacunes qui ont souvent été soulignées: l'impossibilité de libre passage, dans la plupart des cas, et des différences sensibles de qualité de ces assurances pénalisant tout particulièrement les travailleurs les plus modestes.
Je comprends également la réaction de l'Action nationale car nous faisons tout vraiment pour décourager la femme suisse d'avoir des enfants avec certainement pour conséquence de voir à un moment donné une démographie en déclin avec pour corollaire le danger d'un vieillissement de la population.
Notre Parlement ne peut accepter la proposition de M. Allenspach sans se dédire et se déjuger sur un vote qui était clair et précis. Plus, il ne tiendrait pas les promesses qu'il a faites au peuple suisse pendant la campagne concernant la votation sur l'initiative pour la maternité. Je le répète, l'interprétation que d'aucuns font du résultat de la votation du 2 décembre est, à mon avis, abusive. Personne ne sait ou ne connaît toutes les raisons qui ont incite le peuple à rejeter aussi massivement cette initiative mais il est certain que le congé parental est la cause majeure du rejet de l'initiative et non pas l'obligation faite pour une indemnité journalière.
Lors du premier débat, il a été précisé que l'assurance obligatoire et sa cotisation patronale mettrait en péril des entreprises. M. Gautier a souligné tout à l'heure cet aspect du problème. Aujourd'hui, on propose de faire payer en totalité l'addition à ces mêmes entreprises, avec pour conséquence de mettre en danger ces employeurs et surtout de les inciter à renoncer à engager des femmes. Injustice envers les travailleurs les plus défavorisés, injustice envers les femmes, cela me semble suffisant pour rejeter massivement la proposition de M. Allenspach.

Bundesrat Egli: Es ist wohl überflüssig, hier nochmals zu betonen, dass der Bundesrat diese obligatorische Taggeldversicherung für Arbeitnehmer ganz eindeutig will. Ich habe darüber x-mal gesprochen, beim Eintreten in der letzten Session und auch heute wieder; ich muss die Gründe nicht wiederholen. Auch zum Antrag Allenspach ist heute sozusagen alles gesagt worden, was zu sagen ist.
Es ist lediglich noch eine Frage aufgetreten, die Herr Seiler im Zusammenhang mit dem Artikel 1 Absatz 4 aufgeworfen hat. Herr Seiler, ich glaube, ich wäre nicht so zimperlich und würde nicht so weit gehen zu sagen, dass Herr Allenspach seinen Antrag nicht stellen könnte, weil er schon durch Artikel 1 Absatz 4 präjudiziert sei. So wie ich die Lage dieses Parlamentes nach den gehörten Voten beurteile, wird sich – glaube ich – diese Frage automatisch lösen. Da wird auch der Herr Präsident mit seiner *lex imperfecta* keine Mühe mehr haben.

Präsident: Ich bin mit Herrn Seiler übereingekommen, dass es doch richtig ist – vor allem auch politisch –, über den Antrag von Herrn Allenspach die Namensabstimmung jetzt durchzuführen, denn dafür ist sie ja auch verlangt. Bei Annahme des Antrages Allenspach wäre automatisch der zweite Satz von Artikel 1 Absatz 4 aufgehoben, der die obligatorische Krankengeldversicherung vorsieht. Hat gegen dieses Verfahren jemand Einwendungen zu machen? – Sie sind damit einverstanden. Die nötigen Unterschriften für eine Namensabstimmung liegen vor.

Namentliche Abstimmung – Vote par appel nominal

Für den Antrag der Kommission stimmen die folgenden Ratsmitglieder
Votent pour la proposition de la commission

Ammann-St. Gallen, Aubry, Bäumlin, Biel, Bircher, Blunschy, Bonnard, Braunschweig, Brélaz, Bundi, Butty, Cantieni, Carobbio, de Chastonay, Chopard, Christinat, Clivaz, Columberg, Cottet, Cotti Flavio, Cotti Gianfranco, Couchepin, Coutau, Darbellay, Deneys, Dirren, Dünki, Dupont, Eggli-Winterthur, Eggly-Genève, Etique, Euler, Fankhauser, Fehr, Fischer-Hägglingen, Friedli, Gautier, Giudici, Gloor, Grassi, Grendelmeier, Günter, Gurtner, Hegg, Herczog, Hess, Hubacher, Humbel, Jaeger, Jaggi, Jeanneret, Jung, Keller, Kohler Raoul, Kühne, Landolt, Lanz, Leuenberger-Solothurn, Leuenberger Moritz, Longet, Maeder-Appenzell, Magnin, Maitre-Genève, Massy, Mauch, Meizoz, Meyer-Bern, Morf, Müller-Aargau, Nauer, Nef, Neukomm, Nussbaumer, Oehler, Oester, Ott, Petitpierre, Pini, Pitteloud, Rebeaud, Reimann, Renschler, Revaclier, Riesen-Fribourg, Risi-Schwyz, Robbiani, Robert, Rubi, Ruch-Zuchwil, Ruckstuhl, Ruf-Bern, Ruffy, Rüttimann, Sager, Salvioni, Savary-Fribourg, Schmid, Schmidhalter, Segmüller, Seiler, Stamm Judith, Stamm Walter, Stappung, Thévoz, Uchtenhagen, Vannay, Wagner, Weber Leo, Weber Monika, Weber-Arbon, Weder-Basel, Wick, Widmer, Zbinden, Zehnder, Ziegler, Zwygart (117)

Für den Antrag Allenspach stimmen
Votent pour la proposition Allenspach

Aliesch, Allenspach, Ammann-Bern, Aregger, Berger, Blocher, Bremi, Bürer-Walenstadt, Candaux, Cincera, Dubois, Eng, Eppenberger-Nesslau, Feigenwinter, Flubacher, Früh, Geissbühler, Giger, Hösli, Hunziker, Lüchinger, Loretan, Mühlemann, Müller-Scharnachtal, Müller-Meilen, Müller-Wiliberg, Nebiker, Neuenschwander, Ogi, Perey, Pfund, Pidoux, Reich, Reichling, Röthlin, Rutishauser, Schärli, Schüle, Schwarz, Spälti, Spoerry, Steinegger, Stucky, Tschuppert, Uhlmann, Wanner, Weber-Schwyz, Wyss, Zwingli (49)

Der Stimme enthalten sich
S'abstiennent

Auer, Basler, Bonny, Bühler-Tschappina, Fischer-Sursee, Gehler, Hofmann, Houmard, Iten, Künzi, Savary-Vaud, Schnider-Luzern, Schnyder-Bern, Villiger, Wellauer (15)

Abwesend sind die folgenden Ratsmitglieder
Sont absents

Borel, Bratschi, Cavadini, Cevey, Eggenberg-Thun, Eisenring, Frei-Romanshorn, Frey-Neuchâtel, Graf, Hari, Martignoni, Martin, Mascarin, Meier-Zürich, Müller-Bachs, Oehen, Rime, Soldini (18)

Präsident Koller Arnold stimmt nicht
M. Koller Arnold, président, ne vote pas

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

Schluss der Sitzung um 22.45 Uhr
La séance est levée à 22 h 45

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision
Assurance-maladie. Révision partielle

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 1820 hiervor – Voir page 1820 ci-devant

Bundesbeschluss B – Arrêté fédéral B

Titel

Antrag der Kommission

Bundesgesetz über die Krankengeldversicherung inklusive Taggeld bei Mutterschaft

Titre

Proposition de la commission

Loi fédérale sur l'assurance d'une indemnité journalière, y compris l'indemnité journalière en cas de maternité

(Art. 40a à 40s; dispositions transitoires, lettre *g*)

Angenommen – Adopté

Ingress

Antrag der Kommission

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, nach Einsicht in eine Botschaft des Bundesrates vom 19. August 1981, beschliesst:

Préambule

Proposition de la commission

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse, vu le message du Conseil fédéral du 19 août 1981, arrête:

Angenommen – Adopté

Ziff. I Ingress

Antrag der Kommission

I

Das Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung wird wie folgt geändert:

Ch. I préambule

Proposition de la commission

I

La loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents est modifiée comme il suit:

Angenommen – Adopté

Art. 40a

Antrag der Kommission

Abs. 1

... in der Schweiz beschäftigt sind. *(Rest des Absatzes streichen)*

Abs. 2 und 3

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 4

Der Arbeitgeber sowie dessen nicht obligatorisch versicherte mitarbeitende Familienmitglieder können sich der Versicherung der Arbeitnehmer anschliessen. Ausgeschlossen sind nicht erwerbstätige Arbeitgeber, die lediglich Hausbedienstete beschäftigen. Der Bundesrat erlässt ergänzende Vorschriften; er ordnet namentlich den Beitritt zur Versicherung.

Art. 40a

Proposition de la commission

Al. 1

Sont assurés à titre obligatoire pour une indemnité journalière les travailleurs occupés en Suisse. *(Biffer le reste de l'alinéa)*

Al. 2 et 3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 4

L'employeur ainsi que les membres de sa famille travaillant dans l'entreprise sans être soumis à l'assurance obligatoire ont la faculté d'adhérer à l'assurance conclue pour les travailleurs. Ne peuvent adhérer à l'assurance les employeurs sans activité lucrative qui n'emploient que des gens de maison. Le Conseil fédéral édicte les prescriptions complémentaires d'application; il réglemente notamment l'adhésion à l'assurance.

Angenommen – Adopté

Art. 40b

Antrag der Kommission

Randtitel

Erfüllung der Versicherungspflicht

Abs. 1

Der Arbeitgeber muss alle Arbeitnehmer versichern. Die Arbeitnehmer des gleichen Betriebs sind in der Regel beim gleichen Versicherungsträger versichert und haben bei der Wahl des Versicherungsträgers ein Mitbestimmungsrecht.

Abs. 2

Wechselt ein Betrieb den Versicherungsträger, so geht die Leistungspflicht für laufende Fälle auf den neuen Versicherungsträger über. Die im früheren Versicherungsverhältnis zurückgelegten Wartefristen und bezogenen Leistungen sind anzurechnen.

Art. 40b

Proposition de la commission

Titre marginal

Respect de l'obligation d'assurer

Al. 1

L'employeur doit assurer tous les travailleurs. Les travailleurs d'une même entreprise sont dans la règle assurés auprès du même assureur et ont le droit de participer du choix de l'assureur.

Al. 2

Au cas où une entreprise change d'assureur, l'obligation de verser les prestations pour les cas en cours passe au nouvel assureur. Celui-ci tient compte du délai d'attente accompli dans l'ancien rapport d'assurance ainsi que des prestations versées en vertu dudit rapport.

Angenommen – Adopté

Art. 40c
Antrag der Kommission

Randtitel, Abs. 1, Abs. 2 Bst. a und b und Abs. 3
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2 Bst. c
Streichen

Art. 40c
Proposition de la commission

Titre marginal, al. 1, al. 2 let. a et b et al. 3
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2 let. c
Biffer

Angenommen – Adopté

Art. 40d und 40e
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 40d et 40e
Proposition de la commission
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 40f
Antrag der Kommission

Abs. 1 und 2
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 3
... in Sonderfällen und bei langdauernder Taggeldberechtigung.

Art. 40f
Proposition de la commission

Al. 1 et 2
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3
... des cas spéciaux et en cas de droit à l'indemnité journalière pour une longue durée.

Angenommen – Adopté

Art. 40g
Antrag der Kommission

Abs. 1
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2
... gekürzt werden. Während Entwöhnungskuren unter ärztlicher Kontrolle darf es nicht verweigert oder gekürzt werden.

Art. 40g
Proposition de la commission

Al. 1
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2
... lorsque l'assuré suit, sous contrôle médical, une cure de désintoxication.

Angenommen – Adopté

Art. 40h
Antrag der Kommission

Abs. 1
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2
... einer gesetzlichen Bestimmung, eines Gesamtarbeitsvertrages oder eines Normalarbeitsvertrages, kann die Wartefrist entsprechend verlängert werden. In der Vereinbarung über eine verlängerte Wartefrist kann vorgesehen werden, dass diese bei mehrmaligen Erkrankungen innerhalb eines Jahres nur einmal zurückgelegt werden muss.

Abs. 3
... längstens 720 Tage ausgerichtet, wenn die Arbeitsunfähigkeit ohne wesentlichen Unterbruch andauert. Die Wartefrist wird an die Leistungsdauer angerechnet. *(Rest des Absatzes streichen)*

Abs. 4
Der Anspruch erlischt, wenn der Versicherte mehr als zur Hälfte arbeitsfähig wird, wenn er infolge Erreichung des AHV-Rentenalters die Erwerbstätigkeit aufgibt oder wenn er stirbt. Erwerbstätige Altersrentner der AHV haben einen Anspruch auf Krankengeld während längstens 120 Tagen.

Abs. 5
Der Bundesrat regelt die Leistungsdauer bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland, an Rentner der IV sowie das Verfahren und die Leistungspflicht der Versicherer bei Beendigung der Versicherung und beim Übergang eines Versicherten von einem Versicherungsträger zum andern, insbesondere bei Stellenwechsel.

Art. 40h
Proposition de la commission

Al. 1
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2
... convention collective de travail ou d'un contrat-type de travail, le délai d'attente peut être prolongé en conséquence. La convention concernant un délai d'attente plus long peut prévoir que celui-ci ne doit être observé qu'une seule fois si l'assuré tombe plusieurs fois malade au cours de la même année.

Al. 3
... pendant 720 jours au plus, lorsque...
... la durée du droit aux prestations. *(Biffer le reste de l'alinéa)*

Al. 4
Le droit aux prestations s'éteint lorsque l'assurée recouvre une capacité de travail de plus de la moitié, voit naître son droit à une rente de vieillesse de l'AVS ou décède. Les rentiers de l'AVS exerçant une activité lucrative ont droit à l'indemnité journalière pendant 120 jours au plus.

Al. 5
Le Conseil fédéral fixe la durée du droit à l'indemnité journalière pour les cas où l'assuré transfère son domicile à l'étranger, bénéficie d'une rente de l'AI; il règle la procédure et les obligations des assureurs en matière de prestations à la fin de l'assurance et lorsqu'un assuré prend un autre assureur, notamment lorsqu'il change de place.

Angenommen – Adopté

Art. 40i
Antrag der Kommission

Abs. 1, 2, 3
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 1bis

Mehrheit

Die Versicherte hat nur Anspruch auf die vollen Leistungen, sofern sie bis zum Tage ihrer Niederkunft während wenigstens 270 Tagen, ohne eine Unterbrechung von mehr als 3 Monaten, obligatorisch oder freiwillig für Krankengeld versichert war. War die Frau während 135 Tagen versichert, hat sie Anspruch auf 50 Prozent des versicherten Taggeldes; für eine längere Versicherungsdauer werden die Leistungen entsprechend erhöht. Der Bundesrat erlässt besondere Bestimmungen bei Frühgeburten.

Minderheit

(Vannay, Borel, Bratschi, Darbellay, Gloor, Meyer-Bern, Neukomm, Segmüller)

Streichen

Art. 40i

Proposition de la commission

Al. 1, 2, 3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 1bis

Majorité

L'assurée n'a droit aux prestations entières que si, lors de ses couches, elle a été assurée à titre obligatoire ou facultatif au sens de la présente loi pour une indemnité journalière depuis au moins 270 jours, sans une interruption de plus de trois mois. Si la femme a été assurée durant 135 jours, elle a droit au 50 pour cent de l'indemnité assurée; pour une période d'assurance plus longue, les prestations sont déterminées de manière proportionnelle. Le Conseil fédéral édicte des dispositions spéciales pour les cas d'accouchement avant terme.

Minorité

(Vannay, Borel, Bratschi, Darbellay, Gloor, Meyer-Berne, Neukomm, Segmüller)

Biffer

Abs. 1–3 – Al. 1–3

Angenommen – Adopté

Abs. 1bis – Al. 1bis

Mme **Vannay**, porte-parole de la minorité: Permettez-moi d'abord une remarque préliminaire concernant le débat d'hier où l'on a vu en grand ce qui s'est souvent passé dans la commission de la LAMA: les dires et les faires de certains députés étaient bien souvent diamétralement opposés.

Ainsi M. Gautier, au nom de groupe libéral, a prononcé hier soir un vibrant plaidoyer en faveur de l'entrée en matière sur la loi sur l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière, y compris l'indemnité en cas de maternité. Les propos de M. Gautier, combattant la proposition Allenspach, pouvaient parfaitement se confondre avec ceux tenus par les députés de gauche dans cette salle. Eh bien! il paraît pourtant que M. Gautier et ses collègues libéraux voteront tout à l'heure contre cette loi sur l'assurance obligatoire, précisément parce que cette dernière est obligatoire! C'est ce qu'ils nous ont dit hier soir au sortir de la salle.

Ainsi M. Allenspach, appuyé par M. Blocher et M. Basler, est absolument contre cette loi sur l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière. M. Allenspach reprend donc une proposition qui a déjà été discutée et rejetée par la commission, défendue alors par M. Spälti, proposition visant à liquider cette loi et à prévoir un semblant de solution bien inférieur et, surtout, contraire à l'intérêt des femmes par une modification du code des obligations. Et déjà ces messieurs annoncent que ce sont les députés qui soutiennent la loi sur l'assurance obligatoire qui sont objectivement contre le congé de maternité, mais bien sûr pas eux qui lanceront le référendum pour mieux pouvoir dire non. Allez comprendre cela!

J'en viens à ma proposition de minorité. Vraiment ceux qui estiment – s'il y en a encore dans cette salle – qu'il est urgent d'améliorer la situation des assurés aux caisses-maladie, celle des malades, celle des familles et des personnes à revenus faibles et modestes, ceux-là sont aujourd'hui plus que déçus par le soi-disant programme d'urgence que nous voulons mettre sous toit. Déçus, car nombre de mesures que nous avons arrêtées jusqu'ici vont exactement à sens contraire de ce qu'ils veulent et aggravent encore des situations déjà fort précaires. Rien en effet n'empêchera nos cotisations d'augmenter encore. Les malades passeront à la caisse par des participations plus élevées à leurs frais médicaux et pharmaceutiques, par des participations nouvelles que seront le forfait pour les prestations hôtelières à l'hôpital et la prise en charge d'une partie de la facture des soins hospitaliers. Les femmes continueront de payer des primes d'assurance plus élevées que celles des hommes. Ce n'est pas la prise en charge des cotisations du troisième enfant ou encore un plafonnement des participations qui rendront cette loi moins lacunaire et moins asociale. Alors si aujourd'hui nous voulons éviter une mesure vexatoire à l'égard d'un certain nombre de femmes, je vous demande de suivre la minorité de la commission et le Conseil fédéral, et non la majorité.

Je rappellerai surtout quelques faits à ceux et à celles qui ont combattu l'initiative pour une protection efficace de la maternité avec, selon eux, tant de bons arguments. Vous avez dit tout ce que l'on allait pouvoir faire de bon et de bien avec cette nouvelle loi sur l'assurance-maladie et maternité. Vous avez promis la couverture des soins médicaux et pharmaceutiques, vous avez promis les seize semaines de congé de maternité payées par l'assurance, vous avez promis la protection contre les licenciements et vous vous êtes engagés à tout réaliser, à l'exception du congé parental. Il s'agit maintenant d'être cohérents et si possible appuyer les propositions du Conseil fédéral en la matière, puisqu'elles vous convenaient si bien il y a encore trois semaines à peine. Mais je vais tout de même dire ici ce qui me choque dans cette proposition, que je vous demande de refuser, et ce qui a motivé ses auteurs. C'est la méfiance viscérale de certains à l'égard des futures mères et des femmes enceintes. Car, selon eux, lorsqu'une femme choisira d'avoir un enfant ou qu'elle sera enceinte, alors elle courra chercher du travail, s'embauchera coûte que coûte pour seulement pouvoir profiter du congé de maternité. Il convenait donc, selon eux, de prendre des mesures contre toutes ces possibles futures profiteuses. Alors vite un savant calcul: neuf mois de grossesse, c'est 270 jours de risque d'abus; pas question donc de verser entièrement une indemnité journalière si la femme n'est pas assurée depuis au moins 270 jours. Et si, par malheur, l'enfant devait naître avant terme, alors on verrait le Conseil fédéral lui-même se pencher sur ce nouveau-né suspect et édicter des dispositions spéciales. Pour ma part j'aurais préféré que l'on appelle un chat un chat. Pour se prémunir contre toutes ces mauvaises surprises, on aurait tout aussi bien pu dire clairement que l'employeur exige un test de grossesse avant d'embaucher une femme.

Je vous prie donc de laisser au vestiaire une telle proposition de la majorité qui n'est tout simplement pas digne d'une société où l'on prétend respecter la femme, l'enfant, la vie; où l'on prétend s'inquiéter de la dénatalité. Si l'on veut vraiment un congé de maternité, alors il faut cesser de faire des calculs d'épicier, calculs d'épicier que l'on ne fait pas dans d'autres domaines. Vous avez sûrement, comme moi, en mémoire les milliards et les millions que vous venez de voter pour les Leopard 2.

Je vous demande donc d'accepter que l'article 40*i* reste dans la version telle que présentée par le Conseil fédéral et que vous renonciez à cette «épicerie» ajoutée par une petite majorité de votre commission.

Ammann-Bern: Die Minderheit möchte bei Mutterschaft dieselben Voraussetzungen für die Taggelder vorsehen wie bei einer normalen Krankheit. Nun ist Mutterschaft doch nicht einfach einer normalen Krankheit gleichzusetzen, wie ja

auch die nachfolgenden Absätze dieses selben Artikels deutlich zeigen. Es müssen auch die Voraussetzungen für die Leistungen von der vorgängigen Krankenversicherung anders geregelt werden. Genau das schlägt Ihnen die Mehrheit mit dem Artikel 40i Absatz 1bis vor.
Sicher muss verhindert werden, dass sich eine Frau erst dann versichert, wenn die Schwangerschaft bereits eingetreten ist. Die Mehrheit der Kommission will hier konsequenterweise genau dieselben Bedingungen stipulieren, wie sie für die Krankenpflegeleistungen auch nach bisherigem Gesetz üblich waren und in der vorliegenden Teilrevision nicht verändert worden sind. Die Lösung der Mehrheit ist jedoch insofern noch günstiger, als sie bei einer Versicherungsdauer von mindestens 135 Tagen immerhin noch das halbe Taggeld zusichert, was bei der Krankenpflege nicht der Fall ist. Die Lösung der Mehrheit ist in bezug auf die Voraussetzungen für die Taggeldleistungen viel konsequenter als die der Minderheit und darüber hinaus bei nur kürzerer Versicherungsdauer erst noch günstiger.
Wir bitten Sie deshalb, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen und den Minderheitsantrag von Frau Vannay abzulehnen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Artikel 40i Absatz 1bis wurde in der Kommission als Missbrauchsartikel bezeichnet. Es ist hier so, dass der Bund überhaupt nichts bezahlt; es handelt sich vielmehr um Prämien, welche die Arbeitgeber und Arbeitnehmer allein aufbringen.
In der Kommission wurde ausdrücklich dargelegt, dass es Missbräuche geben könnte, indem Frauen nicht mehr arbeiten; wenn sie dann aber in Erwartung sind, gehen sie an einen Arbeitsplatz und beziehen die Mutterschaftsleistungen. Wenn sie diese bezogen haben, hören sie wieder auf zu arbeiten.
Aus diesen Gründen wurde dieser Antrag von der Kommissionsmehrheit so formuliert.
Es ist zuzugeben, dass solche Missbräuche wahrscheinlich der Ausnahmefall wären. Diese Ausnahmefälle führen dann zu solchen Regelungen. Im Normalfall ist es nicht so, dass die Frau zu Hause ist und erst dann wieder zu arbeiten beginnt, wenn sie in Erwartung ist. Damit andere Frauen nicht bestraft werden, musste man schliesslich noch die Regelung in bezug auf die Frühgeburten einführen.
Ich möchte einfach sagen: Wir sehen in unseren Gesetzen eine Regelungsdichte vor, die man vielleicht besser der jeweiligen Verordnung des Bundesrates überlassen würde. Die Kommission hat aber entsprechend beschlossen, und ich möchte Ihnen im Namen der Kommission beantragen, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

M. **Dupont**, rapporteur: La majorité de la commission a adopté cette nouvelle disposition afin d'éviter des abus comme la prise d'un emploi après la constatation de la grossesse dans le but de toucher les prestations de maternité. Elle a également accepté une nouvelle phrase, la première de l'alinéa, qui charge le Conseil fédéral de prévoir des dispositions spéciales dans les cas d'accouchement avant terme.
Cependant, la minorité, représentée par Mme Vannay, considère que cette disposition est choquante et qu'elle ne doit pas figurer dans une loi. Elle suggère donc de supprimer cet alinéa.
Je vous rappelle que la majorité de la commission vous engage à rejeter la proposition de Mme Vannay.

Bundesrat **Egli:** Obwohl der Bundesrat diese Bestimmung der Mehrheit im ursprünglichen Entwurf nicht vorgesehen hatte, kann er sich der Mehrheit anschliessen, denn diese Version ist nichts anderes als eine Konkretisierung des allgemeinen Versicherungsgrundprinzipes, wonach die Folgen eines Ereignisses, das bereits eingetreten ist, nicht mehr versichert werden können. Dieses Prinzip wird allerdings im zweiten Teil des Absatzes etwas durchbrochen. Man lässt sozusagen Gnade vor Recht walten, wenigstens für jene Fälle, wo die Frau mindestens während 135 Tagen versichert war. Auch trägt diese Einschränkung allfälligen Frühgeburten etwas Rechnung.
Wir können uns also der Mehrheit anschliessen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	51 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	61 Stimmen

Art. 40k
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 40k
Proposition de la commission
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 40k bis (neu)
Antrag der Kommission

Randtitel
Grundsatz

Text
Die Versicherung ist grundsätzlich nach dem Ausgabenumlageverfahren zu finanzieren.

Art. 40k bis (nouveau)
Proposition de la commission

Titre marginal
Principe

Texte
L'assurance doit en principe être financée d'après le système de la répartition des dépenses.

Angenommen – Adopté

Art. 40l
Antrag der Kommission

Abs. 1
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2
Die Prämien werden mindestens zur Hälfte . . .

Abs. 3
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag Reimann
Abs. 1bis (neu)
Zur Finanzierung des Taggeldes bei Mutterschaft nach Artikel 40i wird ein vom Bundesrat festzusetzender einheitlicher Prämienzuschlag erhoben.

Art. 40l
Proposition de la commission

Al. 1
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2
La moitié au moins des primes...

Al. 3
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition Reimann
Al. 1bis (nouveau)
L'indemnité journalière en cas de maternité en vertu de l'article 40*i* est financée au moyen d'un supplément de prime uniforme, fixé par le Conseil fédéral.

Reimann: Ich habe in der Diskussion zum Antrag Allenspach zu Artikel 40a darauf hingewiesen, dass das Obligatorium in der Taggeldversicherung die Voraussetzung für eine vernünftige Finanzierung der Mutterschaftsversicherung ist. Nicht nur während der Volksabstimmung über die Mutterschaftsinitiative, sondern auch in unserer Kommission wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass die Mutterschaftsversicherung die Frauen am Arbeitsmarkt benachteiligen könnte. Diese Befürchtung hat ihre Berechtigung. Sie ist vor allem berechtigt, wenn – wie das im jetzigen System der Fall ist – die Frauen die Mutterschaftsversicherung selber finanzieren müssen, d. h. die Kassen mit einem hohen Anteil an Frauen müssen entsprechend hohe Prämien erheben. Das ist vor allem bei betrieblichen Kollektivversicherungen der Fall, in Betrieben und Branchen, welche viele Frauen beschäftigen. Bei der Anstellung der Frau fällt die höhere Soziallast, welche auch für den Arbeitgeber anfällt, entsprechend ins Gewicht. Diese Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt kann mit einer entsprechenden Finanzierung verhindert werden.
Mit meinen Anträgen zu den Artikeln 40l und 40o möchte ich die Kosten für die Mutterschaft in der Krankengeldversicherung gleichmässig auf alle Versicherten verteilen. Nach der Gesetzesvorlage erfolgt dieser Verteiler innerhalb jeder einzelnen Kasse; also auch die Männer tragen innerhalb der Kasse mit an den Kosten der Mutterschaft. Je nachdem, wie hoch der Frauenanteil ist, und je nachdem, wie viele Mutterschaftsfälle die Kasse zu tragen hat, sind diese Kosten und damit auch die Prämien mehr oder weniger hoch. Das kann aber zur Folge haben, dass die Männer Kassen mit hohem Frauenanteil und damit hohen Prämien verlassen. Es entstehen dadurch immer mehr reine Männerkassen und reine Frauenkassen. Es nützt nichts, wenn wir durch das Gesetz vorschreiben, die Prämien der Frauen dürften nicht höher sein als diejenigen der Männer. Das ist nur möglich innerhalb der gleichen Kasse. Wenn aber Männer und Frauen in separaten Kassen aufgeteilt sind, müssen die Frauen die Mutterschaftskosten selber mit entsprechend höheren Prämien finanzieren. Das kann verhindert werden, wenn wir den Ausgleich allumfassend herstellen, was mit dem Obligatorium möglich ist.
Mit dem gestrigen Beschluss zu einem Obligatorium in der Taggeldversicherung haben wir gleichzeitig auch die organisatorischen Grundlagen geschaffen, indem gemäss Artikel 40o eine Ersatzkasse vorgesehen ist. Diese Ersatzkasse könnte ohne grosse administrative Umtriebe als eine Art Rückversicherung oder Ausgleichskasse auftreten. Nach den Berechnungen des Bundesamtes müsste jeder Versicherte zwischen 0,3 und 0,4 Prozent für die Mutterschaftsversicherung im Taggeld aufbringen. Die einzelnen Kassen würden diesen Prämienanteil der Ersatzkasse überweisen und auch ihre Kosten für die Mutterschaftsversicherung über die Ersatzkasse abrechnen.
Die Krankenkassen haben sich zu dieser Lösung bereits positiv ausgesprochen. Auch das Bundesamt hat sich nach entsprechenden Abklärungen zu dieser Finanzierungsmöglichkeit sehr positiv geäussert. In seinem Bericht erklärt das Bundesamt, dass sich diese Art von Abrechnung von Prämien und Leistungen über die Ersatzkasse ohne grossen administrativen Mehraufwand durchführen liesse. Auch unsere Kommission hat sich ursprünglich in ihrer Mehrheit für diese Solidaritätslösung bei den Taggeldleistungen bei Mutterschaft ausgesprochen. In einem Rückkommensantrag wurde dieser Vorschlag allerdings mit 13 zu 11 Stimmen knapp abgelehnt.
Nach der Ablehnung der Mutterschaftsinitiative durch die Stimmbürger bleibt als einzige Möglichkeit die Regelung über das KMVG. Es ist eine Regelung, die den Bund keinen Rappen Geld kostet; er würde lediglich zum Teil mit der Durchführung beauftragt. Nachdem die Versicherungsträger, nämlich die Krankenversicherungen, dieser Finanzierung und damit der administrativen Abwicklung zugestimmt haben, sollte auch das Parlament Hand zu dieser Lösung bieten.
Ich bitte Sie um Zustimmung.

Schüle: Herr Reimann schlägt die Einführung eines einheitlichen Prämienzuschlages vor, der vom Bundesrat festzulegen wäre. Ich bitte Sie, diesen Antrag abzulehnen. Er bedeutet nämlich eine grundlegende Systemänderung, ein Abrücken von der risikogerechten Prämie, die sonst überall in der Kranken- und Unfallversicherung gilt. Dieser Antrag stellt somit einen Fremdkörper in dieser Taggeldversicherung dar. Wer das Finanzierungssystem von Herrn Reimann will, müsste die Mutterschaftsversicherung im Grunde genommen vollständig von der Krankenversicherung abtrennen. Eine gesamtschweizerische Lösung mit Einheitsbeiträgen beim Mutterschaftstaggeld würde dazu führen, dass die Betriebe kein Interesse mehr an der Verhinderung von Missbräuchen hätten. Mit dieser Lösung würde eine administrativ aufwendige und selbständige Organisation eingeführt, eine Infrastruktur dafür geschaffen, die Krankenversicherung später in allen Bereichen lohnprozentual zu finanzieren. Dann könnten auch beispielsweise lohnprozentuale Beiträge erhoben werden, um die Bundessubventionen an die Krankenversicherung abzubauen. Was heute der Bund an Ausgleichsleistungen erbringt, könnte dann ohne weiteres dieser Ersatzkasse überbürdet werden. Dann hätten wir genau die zentralistische Lösung, die wir nicht wollen. Wir sind nicht bereit, hier diesen ersten Schritt zu tun. Ich darf Sie daran erinnern, dass auch in anderen Bereichen der Sozialversicherung die Prämienunterschiede von Betrieb zu Betrieb zum System gehören, so zum Beispiel in der beruflichen Vorsorge, beim BVG, wo wir die Prämien auch abhängig machen von der Altersstruktur eines Betriebes, oder in der Unfallversicherung, wo die Prämie abhängig ist vom betriebsspezifischen Risiko.
Will man unbedingt die Verstärkung der Solidarität in der Mutterschaftsversicherung, dann müsste man für ihre Finanzierung eine von den Krankenkassen getrennte Struktur vorsehen.
Darum bitte ich Sie, diesen Antrag Reimann abzulehnen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: In der Kommission wurde dieser Antrag von Herrn Reimann ebenfalls behandelt. Das erste Mal wurde ihm in der Kommission zugestimmt, und das zweite Mal hat ihn die Kommission dann knapp abgelehnt. Ich verrate kein Geheimnis, dass er aus den Überlegungen, die Herr Schüle jetzt angestellt hat, abgelehnt wurde.
Diese Ablehnung birgt schon eine gewisse Gefahr in sich, wie Herr Reimann richtig sagt: Wir haben kurz vorher den Artikel 40b genehmigt. In Artikel 40b hat der Bundesrat vorgeschlagen, dass alle Arbeitnehmer des gleichen Betriebes beim gleichen Versicherungsträger versichert sein müssen. Die Mehrheit der Kommission hat das dann abgeändert, und es heisst nun: «Die Arbeitnehmer des gleichen Betriebes sind in der Regel beim gleichen Versicherungsträger versichert und haben bei der Wahl des Versicherungsträgers ein Mitbestimmungsrecht.» Das haben wir bereits beschlossen. Hier besteht nun die Gefahr, die Herr Reimann schon in der Kommission sah, dass die Männerabteilungen beschliessen, in eine andere Versicherung zu gehen als die Frauenabteilungen. Das ist die Begründung für den Antrag von Herrn Reimann; wenn die Kommission dem Bundesrat entsprochen hätte, wäre diese Gefahr viel kleiner und der Antrag von Herrn Reimann weniger notwendig gewesen. Die Kommission hat diesen Antrag abgelehnt, obwohl sie wusste, dass mit der Ersatzkasse eine sehr flexible Lösung ohne grossen Mehraufwand gefunden werden könnte.
Aber – wie gesagt – die Kommission beantragt Ihnen mehrheitlich Ablehnung des Antrages.

M. **Dupont,** rapporteur: Notre commission s'est penchée sur cette proposition de M. Reimann. Elle l'a acceptée dans un premier temps pour la refuser ensuite.
Les dangers soulignés par M. Reimann existent certainement. Cependant, en définitive, la majorité de la commission a estimé que l'on pouvait se contenter de la rédaction actuelle après les corrections qu'elle y avait apportées.

Bundesrat **Egli:** Herr Reimann hat diese beiden Anträge – wie dargelegt worden ist – bereits in den Kommissionsberatungen gestellt. Ich verhehle Ihnen nicht, dass ich schon damals eine gewisse Sympathie für diese Anträge bekundet habe. Das von Herrn Reimann in Aussicht genommene System ist tatsächlich geeignet, in gewissen Fällen Erleichterungen für die Mütter zu bringen, namentlich in jenen Betrieben, die in ihrem Versicherungsbestand relativ viele Frauen aufweisen.
Ich möchte deshalb diese Sympathie auch hier wiederholen und Ihnen erklären, dass der Bundesrat den Anträgen Reimann grundsätzlich nicht opponiert.

Präsident: Ich schlage Ihnen vor, dass wir über die beiden Anträge von Herrn Reimann in einer Abstimmung entscheiden.

Abstimmung – Vote

Für die Anträge Reimann	53 Stimmen
Dagegen	61 Stimmen

Art. 40m

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 40m

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 40n

Antrag der Kommission

Abs. 1 und 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 3

Die Versicherer können Zuweisungen an die technischen Reserven, soweit sie ausschliesslich der Sicherstellung von Ansprüchen nach diesem Gesetz dienen, bei den direkten Steuern des Bundes, der Kantone und der Gemeinden steuerfrei zurückstellen.

Abs. 4

Versicherungsverträge, Prämienquittungen und alle anderen Urkunden, die unmittelbar für die Durchführung der Versicherung nach diesem Gesetz ausgestellt werden, sind von öffentlichen Abgaben und Gebühren befreit.

Art. 40n

Proposition de la commission

Al. 1 et 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3

Les assureurs sont exonérés des impôts directs fédéraux, cantonaux et communaux pour les montants qu'ils affectent aux réserves mathématiques, à condition que celles-ci soient exclusivement destinées à garantir des droits fondés sur la présente loi.

Al. 4

Les contrats d'assurance, les quittances de primes et tous les autres actes qui sont directement destinés à l'application de l'assurance au sens de la présente loi sont exempts de taxes et d'émoluments publics.

Angenommen – Adopté

Art. 40o

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag Reimann

Abs. 2bis (neu)

Die Versicherungsträger schreiben der Ersatzkasse die Prämienzuschläge für die Taggeldleistungen bei Mutterschaft gut und belasten ihr die Taggeldleistungen bei Mutterschaft. Die Ersatzkasse führt für die Taggelder bei Mutterschaft und die Prämienzuschläge eine getrennte Rechnung. Versicherungsträger und Ersatzkasse rechnen jährlich ab. Weist die Rechnung einen Überschuss aus, senkt der Bundesrat den Prämienzuschlag für das nachfolgende Jahr entsprechend. Bei einem Ausgabenüberschuss erhöht er den Prämienzuschlag.

Art. 40o

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition Reimann

Al. 2bis (nouveau)

Les assureurs passent les suppléments de prime pour les indemnités journalières en cas de maternité au crédit de la caisse supplétive et chargent celle-ci du versement desdites indemnités. La caisse supplétive tient un compte séparé pour les indemnités journalières en cas de maternité et les suppléments de prime. Les assureurs et la caisse supplétive établissent des comptes annuels. Si les comptes sont excédentaires, le Conseil fédéral réduit le supplément de prime de manière correspondante pour l'année suivante. En cas de déficit, il augmente le supplément de prime.

Angenommen gemäss Antrag der Kommission (siehe Entscheid bei Art. 40l)

Adopté selon la proposition de la commission (voir décision à l'art. 40l)

Art. 40p bis Art. 40s

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 40p à art. 40s

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Ziff. II

(Sofern das Bundesgesetz A angenommen wird, entfällt Ziffer II dieses Gesetzes)

Titel und Ingress

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Ch. II

(Si la loi A est adoptée, le chiffre II de cette loi devient caduc.)

Titre et préambule

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Art. 336e Abs. 1 Bst. c und Abs. 2

Antrag der Kommission

Abs. 1 Bst. c

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2

. . . nach Beendigung der Sperrfrist fortgesetzt. Im Falle von Buchstabe c des vorstehenden Absatzes kann die Arbeitnehmerin die Kündigung innert einer Frist von zwei Monaten anfechten mit der Begründung, sie sei schwanger.

Art. 336e al. 1 let. c et al. 2
Proposition de la commission

Al. 1 let. c
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2
Le congé donné pendant une des périodes prévues à l'alinéa précédent est nul; si, avant l'une de ces périodes, le congé a été donné sans que le délai de résiliation ait expiré, ce délai est suspendu et ne continue à courir qu'après la fin de la période.

Art. 361 Abs. 1, 362 Abs. 1
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 361 al. 1, 362 al. 1
Proposition de la commission
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Art. 12, 31, 44bis
Antrag der Kommission
Streichen (nicht ins Sofortprogramm)

Proposition de la commission
Biffer (pas dans le programme d'urgence)

Ziff. III
(Sofern das Bundesgesetz A angenommen wird, entfallen die Buchstaben a bis f der Übergangsbestimmungen dieses Gesetzes.)

Antrag der Kommission
Titel und Bst. a
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Bst. b
. . . angepasst werden. Spätestens mit der Anwendung der neuen Taxordnung müssen die Heilanstalten die Kostenstellenrechnung und die Leistungsstatistik nach Artikel 22quinquies Absatz 3 einführen.

Bst. c
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Bst. d
Abs. 1 Bst. a
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 1 Bst. b
b. den vollen Beitrag nach altem Recht für das laufende Jahr.

Abs. 2 und 3
Streichen

Bst. e
Abs. 1
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2
Für die Jahre 1985 und 1986 beträgt der Gesamtbetrag der Beiträge des Bundes nach den Artikeln 35 bis 38 pro Jahr 923 Millionen Franken. Davon entfallen auf Beiträge nach

Artikel 35	120 Millionen Franken,
Artikel 37 Absatz 1	90 Millionen Franken,
Artikel 38 Absatz 3	20 Millionen Franken.

Bst. f
Abs. 1
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates
Abs. 2
Streichen

Bst. g
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Ch. III
(Si la loi A est adoptée, les lettres *a* à *f* des dispositions transitoires de cette loi deviennent caduques.)

Proposition de la commission
Titre et let. a
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Let. b
. . . au nouveau droit. Les établissements hospitaliers doivent introduire la comptabilité analytique et la statistique de leurs prestations conformément à l'article 23quinquies, 3e alinéa, au plus tard lors de l'application de la nouvelle réglementation des taxes.

Let. c
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Let. d
Al. 1 let. a
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 1 let. b
Le subside complet pour l'année en cours, en vertu de l'ancien droit.

Al. 2 et 3
Biffer

Let. e
Al. 1
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2
Pour les années 1985 et 1986, le montant global des subsides versés par la Confédération en vertu des articles 35 à 38 se monte à 923 millions de francs par an. De ce montant sont versés:

En vertu de	
l'article 35	120 millions de francs
l'article 37, 1er alinéa	90 millions de francs
l'article 38, 3e alinéa	20 millions de francs

Let. f
Al. 1
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2
Biffer

Let. g
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Ziff. IV
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Ch. IV
Proposition de la commission
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Präsident: Wir stehen damit vor der Gesamtabstimmung zum Bundesbeschluss B. Hier habe ich zwei Erklärungen von Fraktionen: Herr Basler für die SVP und Herr Jeanneret für die Liberalen.

Basler: So klar die SVP-Fraktion ja gestimmt hat zum Sofortprogramm, das die vertraute Krankenpflegeversicherung regelt und neue Leistungen bei Mutterschaft ein-

schliesst, so entschieden werden wir nein stimmen zum Krankengeldobligatorium:

1. Wir wollen keine neuen Lohnprozente.

2. Wir wollen kein Obligatorium im Krankenversicherungsbereich. Wir sind gut gefahren mit der bisherigen bundesrechtlich freiwilligen Einzelversicherung für Krankenpflege- und -geldleistungen.

3. Wir haben genug von der Sozialversicherungsbürokratie. Die Einführung des beruflichen Vorsorgegesetzes zeigt uns, was geschieht, wenn einvernehmliche Lösungen in der Wirtschaft durch die schwere Hand des Staates geregelt werden.

M. **Jeanneret:** C'est en tant que vice-président du groupe libéral, et en l'absence de son président, que je précise brièvement, comme M. Basler vient de le faire, la position de notre groupe au sujet de ce vote d'ensemble.
Nous voudrions rappeler qu'hier soir la proposition de M. Allenspach a donné lieu à un vote où – je crois qu'on peut le dire – la confusion a été certaine pour des raisons techniques. Il y a eu ambiguïté et mélange des deux notions. On a donc pu en tirer certaines choses inexactes qui ne montrent pas clairement la position politique de certains partis, dont le parti libéral.
Sur le fond, en raison des arguments exposés par M. Basler, nous voterons contre ce projet. Nous le faisons dans la majorité de notre groupe, deux de nos membres y étant favorables, et essentiellement parce que nous n'approuvons pas l'obligation, votée par la majorité de ce conseil, au début de l'arrêté A du projet. Comme nous n'avons pas été suivis, nous nous prononcerons, ainsi que d'autres partis, contre cet arrêté B.

Präsident: Ich darf als Ratspräsident gegenüber Herrn Jeanneret immerhin festhalten, dass der Antragsteller Herr Allenspach seinen Antrag ganz klar als einen einheitlichen Antrag aufgefasst haben wollte.

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Gesetzentwurfes	91 Stimmen
Dagegen	46 Stimmen

An den Ständerat – Au Conseil des Etats

Motion I der Kommission des Nationalrates
Ärzteüberfluss

Der Bundesrat wird eingeladen, im Rahmen der Bildungs- und Gesundheitspolitik in Zusammenarbeit mit den Kantonen Massnahmen zu treffen, um die Ursachen und Auswirkungen des Ärzteüberflusses wirksam anzugehen; dabei muss eine ausreichende Gesundheitsversorgung gewährleistet bleiben.

Motion I de la commission du Conseil national
Nombre de médecins

Le Conseil fédéral est invité à prendre des mesures, avec le concours des cantons, dans le cadre de la politique de formation et de santé, afin de s'attaquer efficacement aux causes et aux conséquences du nombre excessif de médecins; toutefois ce faisant, un service de santé suffisant doit être garanti.

Mme **Christinat:** Je viens vous demander instamment et avec la dernière énergie de repousser la motion I de la commission. Si vraiment on ne veut pas instaurer un numerus clausus en ce qui concerne les études de médecine, il faut alors que cette motion soit rédigée autrement. Pour moi, le texte de la motion est clair, il ne laisse place à aucun doute. Relisez-le et vous constaterez qu'il y est question du «nombre excessif de médecins». Or, si l'on estime que ceux-ci sont en surnombre, il est évident que l'on cherchera à en former moins. Si ce n'est pas un numerus clausus, qu'est-ce alors?
La question que je pose à ceux qui soutiennent cette motion est simple: Où est la liberté tant prônée par les représentants de la majorité de ce pays? Subitement, alors que l'on préconise le «moins d'Etat», il faudrait que celui-ci dirige et oriente vers d'autres activités tous ceux et celles qui désirent entreprendre des études de médecine. Les premiers touchés seraient évidemment les enfants des classes moyennes qui avaient déjà eu beaucoup de peine à entrer dans le système universitaire. Avant qu'intervienne une certaine démocratisation des universités, ces dernières étaient surtout fréquentées par des étudiants dont les pères avaient fait des études supérieures. Je ne désire pas que l'on revienne en arrière, le beau temps des fils et des filles à papa est révolu! La fin de la motion tente de diminuer la portée d'une éventuelle restructuration des études de médecine, puisqu'elle précise qu'un service de santé suffisant doit être garanti. Mais qu'est-ce qui est suffisant et comment le garantir? On reste volontairement dans le flou, ce qui permet de faire n'importe quoi! Il faut, selon les supporters de la motion, informer les jeunes en les rendant attentifs au risque de chômage à la fin de leurs études et aux difficultés de formation dans le domaine de l'assistanat, puisqu'il y aurait saturation dans nos établissements hospitaliers.
Parlons d'abord du chômage possible. Je suis persuadé que nous pourrions occuper de nombreux médecins dans le domaine de la médecine préventive et dans celui de la médecine du travail. Sur ce plan nous sommes en retard. La médecine préventive n'est pas remboursée par les caisses-maladie et la médecine du travail n'en est qu'à ses débuts. En développant la première et en améliorant la seconde, on pourrait certainement occuper de nombreux médecins sans augmenter pour autant le coût de la santé, puisque l'on ferait des économies dans le traitement des maladies.
Quant au problème de la formation des assistants dans nos hôpitaux, il me laisse songeuse. On dit qu'il y a trop de jeunes médecins pour le nombre de places de formation disponibles. Je veux bien essayer de la croire, mais comment expliquer alors, qu'à l'Hôpital cantonal universitaire de Genève, que je connais bien, nous soyons obligés, faute de candidats suisses, d'engager des étrangers et des frontaliers comme médecins assistants? Comment expliquer que, lorsqu'il s'est agi de repourvoir le poste de médecin responsable de la Clinique d'altitude genevoise de Montana, il a fallu supplier un jeune médecin de s'annoncer et pourtant, habiter Montana n'est pas une punition! S'il est vrai que les villes comptent trop de médecins, qui s'agglutinent en général dans certains quartiers distingués, la campagne et les villages de montagne sont loin d'être saturés. Le nombre soi-disant excessif de médecins ferait, paraît-il, augmenter le coût de la santé, puisque l'on prétend que plus il y a de médecins, plus il y a de malades. Ce raisonnement est curieux, on pourrait le prendre à revers et dire: moins il y a de médecins et moins il y a de malades!
Je suis contre le numerus clausus, vrai ou camouflé. C'est la raison pour laquelle je vous invite à repousser la motion I relative au nombre de médecins.

Wick: Ich möchte Frau Christinat unterstützen und Sie bitten, diese Motion nicht zu überweisen, und zwar aus folgendem Grund: Diese Motion wäre vor zehn Jahren dringend und recht gewesen; man hätte sie damals unbedingt überweisen müssen. Wenn man damals hier in diesem Haus oder auch zum Beispiel im Kanton Basel-Stadt von einem Numerus clausus gesprochen hat, wurde einem gesagt, dass sei Futterneid der Mediziner, die sich damit nur die Pfründe sichern wollten. Aber in Wirklichkeit war schon damals genau vorausberechenbar, was jetzt eingetreten ist. Heute ist es tatsächlich so, dass man für die Assistenten keine Ausbildungsstellen hat, auch für Leute nach dem Staatsexamen nicht. Es gibt Mediziner, die bereits ein halbes oder ein ganzes Jahr nach dem Staatsexamen in die Praxis gehen, ohne dass sie eine genügende Ausbildung haben.
Jetzt werden Sie alle sagen, das spreche doch dafür, dass man diese Motion überweise. Dem ist aber nicht so. Wir kommen zu spät. Am Ärzteüberfluss können wir nichts mehr ändern. Wir haben dreimal so viele Ärzte wie noch vor

kurzem. Im Jahre 2000 werden wir in der Schweiz einen Arzt für ungefähr 300 bis 400 Einwohner haben.
An diesen Zahlen können Sie durch keine Motion mehr irgend etwas ändern. Alle diese Leute sind bereits in der Ausbildung. Wenn Sie jetzt hier eine Barriere aufrichten wollten, die bei unserem Arbeitstempo sowieso einige Jahre braucht, bis sie wirklich steht, ist die Barriere obsolet. Sie ist heute schon obsolet!
Ich möchte vor allem auf etwas anderes hinweisen. Wir haben an der Universität Basel gesehen, dass die Einschreibungen für Medizinstudenten dieses Jahr zum ersten Male zurückgegangen sind. Wir haben dieses Jahr zum ersten Male Veterinärmediziner aus Bern und Zürich für die vorklinischen Studien übernehmen können.
Basel steht hier nur am Beginn eines Trends. Dieser Trend kommt in der ganzen Schweiz auf. Er kam nicht aus politischer Einsicht zustande, auch nicht aus Weitsicht, nicht durch Motionen, sondern schlicht und einfach durch den «Pillenknick». Es gibt weniger Kinder, es gibt weniger Maturanden und damit auch weniger Studenten. Dazu kommt ein Zweites: Man hat genügend lange gesagt, es gebe zu viele Mediziner. Dadurch hat das Medizinstudium zusätzlich bereits an Attraktivität verloren.
Wenn wir also jetzt eine Motion für einen Numerus clausus im Medizinsektor verabschieden, sind wir zu spät dran. Es kommt noch dazu, dass wir das freie Spiel der Marktkräfte auf dem Universitätssektor stören, d. h. wir jagen Studenten, die vielleicht doch ihre Erfüllung in diesem Bereich sehen würden, in andere überlaufene Sparten hinein. Wir werden dann die gleiche Motion zwei oder drei Jahre später für die Jurisprudenz haben, oder für andere Fächer an den Universitäten.
Für diese Motion hätte ich vor zehn Jahren mit vollem Gewicht plädiert. Aber heute ist sie von der Entwicklung überholt. Wir können nichts mehr ändern. Eine überflüssige und obsolete Motion sollte man jetzt ablehnen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Die Kommission hat diese Motion gegen den Willen des Bundesrates mit 25 zu 1 Stimme beschlossen. Warum?
In der Septembersession wurde ein Antrag gestellt, dass im Rahmen einer medizinischen Planung ein Bedürfnisnachweis für neue ärztliche Praxen erbracht werden müsse und somit auf eine gewisse Einwohnerzahl nur eine bestimmte Anzahl von Ärzten kassenberechtigt sein sollen. Diesen Antrag haben Sie im Rahmen des Sofortprogramms abgelehnt mit dem Argument, die ärztliche Freiheit hier nicht einschränken zu wollen. Aber man muss nun langsam schon vorsichtig werden. Man muss sich dessen bewusst sein, dass die Ärzte heute praktisch als einzige in unserem Land eine garantierte Stelle – auf Kosten der Sozialversicherung – beanspruchen.
Sie wollen sparen, wie auch die Kommission und der Bundesrat. Herr Wick hat da völlig recht: Wir können die Entwicklung bis im Jahr 2000 nicht gross beeinflussen. Die Ärzte sind in der Retorte, und sie wachsen da bis im Jahr 2000 heraus. Aber ich habe das in der Eintretensdebatte schon gesagt: Aufgrund einer Untersuchung Gilland und Eichenberger werden wir im Jahre 2000 in unserem Land auf 280 Einwohner einen Arzt haben. Für ein standesgemässes Einkommen muss irgendeine Sozialversicherung aufkommen.
Politik ist nicht nur die Kunst des Möglichen, sondern auch die Kunst des Vorausschauens. Aber nicht einmal die Wissenschafter sind in der Lage, vorauszuschauen. Ich verweise auf ein Gutachten der Kommission Gsell aus dem Jahre 1966. Diese Kommission Gsell erklärte, die Schweiz habe zu wenig Ärzte, und dieser Mangel werde sich in Zukunft noch verschärfen. Es sind jetzt 18 Jahre her, seit diese Prognose gestellt wurde. Heute haben wir zu viele. Wir müssen uns überlegen, wie wir in Zukunft den Ärzteüberfluss ohne Numerus clausus abbauen können. Aber ganz ohne Einschränkungen geht es nicht, denn ohne Einschränkungen gibt es einfach keine Einsparungen.
Diese Motion ist ein Stück Gemeinschaftsarbeit aller Regierungsparteien; sie wurde in der Kommission mit 25 zu 1 Stimme angenommen.
Ich möchte Sie im Auftrag der Kommission bitten, dies ebenfalls zu tun.

M. **Dupont**, rapporteur: C'est l'accroissement de 122 pour cent du nombre de médecins depuis 1965, alors que la population n'a augmenté que de 18 pour cent, qui a incité la commission à déposer cette motion. Il est faux de dire que l'on vient trop tard, que le gouvernement vient trop tard. En effet, il y a près d'une dizaine d'années, certains parlementaires dont M. Gautier avaient fait des propositions pour que l'on prenne à temps un certain nombre de mesures afin d'éviter un accroissement du nombre des médecins et l'introduction d'un numerus clausus direct ou indirect. Je conviens donc, avec Mme Christinat, que le numerus clausus comporte un certain nombre de défauts dont la commission a aussi connaissance. Aussi celle-ci n'avait-elle pas l'intention de demander l'introduction de ce système.

Bundesrat **Egli:** Der Bundesrat ist allerhöchstens – ich sage deutlich: allerhöchstens – in der Lage, diese Motion in Form eines Postulates entgegenzunehmen. Diese Motion postuliert, wenn auch nur unterschwellig, den Numerus clausus bei den Medizinstudenten. Ein solche Massnahmne widerspricht unserer liberalen Bildungspolitik, die der Bundesrat seit jeher verfolgt hat und für die er auch immer eingestanden ist. Ich darf Sie daran erinnern, welche Bemühungen die Erziehungsdirektionen jener Kantone unternommen haben, welche medizinische Fakultäten an ihren Hochschulen führen. Diese Bemühungen müssen wir honorieren. Die Hochschulkantone haben dafür gesorgt, dass bis heute sämtliche Studenten, die sich für das Medizinstudium angemeldet haben, auch eine entsprechende Ausbildung erhalten können. Wollen Sie wirklich nun festlegen, dass der Staat es ist, der daruber befindet, welches Studium ein junger Mann oder eine junge Frau ergreifen darf? Woher soll der Staat übrigens die Kenntnis nehmen, wie viele Mediziner, Informatiker, Mathematiker, Physiker oder was auch immer wir in 10 bis 15 Jahren nötig haben? Herr Wick hat es Ihnen bereits erklärt, dass sich ein Numerus clausus erst etwa in 10 bis 15 Jahren auswirken würde. Wie es in 0 bis 15 Jahren diesbezüglich bei uns aussieht, kann niemand, auch der «Staat» nicht, voraussehen.
Im übrigen bin ich davon überzeugt, dass es sich bei dieser Ärzteplethora nur um eine vorübergehende Erscheinung handelt. Bereits in den letzten zwei Jahren sind die Studienanmeldungen für die ersten Semester an den medizinischen Fakultäten zurückgegangen, was doch ein Anzeichen dafür ist, dass sich die Zustände, die wir jetzt haben, wieder auf ein normales Mass einpendeln werden.
Ich möchte Sie bitten, unserem Antrag zuzustimmen und diese Motion in ein Postulat umzuwandeln.

Mme **Christinat:** Je remercie sincèrement Monsieur le conseiller fédéral de sa réponse. Je me rallie à sa proposition. Je ne vous demande plus de refuser la motion, mais de la transformer en postulat.

Abstimmung – Vote

Für die Überweisung als Motion	55 Stimmen
Für die Überweisung als Postulat	73 Stimmen

Motion II der Kommission des Nationalrates
Krankenversicherung. Finanzierung

Der Bundesrat wird eingeladen, dem Parlament eine Vorlage uber die Finanzierung der Krankenversicherung (Krankenpflege) zu unterbreiten, mit dem Ziel, die Bundesbeiträge nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten auszurichten.

Motion II de la commission du Conseil national
Assurance-maladie. Financement

Le Conseil fédéral est invité à présenter au Parlement un projet sur le financement de l'assurance-maladie (soins

médicaux et pharmaceutiques) prévoyant que les subventions fédérales seront réparties en fonction de la situation économique des assurés.

Überwiesen – Transmis

Motion III der Kommissionsminderheit (Günter) des Nationalrates

Alkoholsteuer zugunsten der Krankenkassen

Die vorliegende Revision des Krankenversicherungsgesetzes wird erhöhte Ausgaben für die Krankenkassen mit sich bringen. Der Bundesrat wird daher aufgefordert, zu deren teilweiser Deckung eine Alkoholsteuer auf allen alkoholhaltigen Getränken, abgestuft nach dem Gehalt an Alkohol, dem Nationalrat vorzulegen. Der Ertrag dieser Steuer ist zweckgebunden für die Senkung der Krankenkassenprämien zu verwenden.

Motion III de la minorité de la commission (Günter) du Conseil national

Impôt général sur l'alcool en faveur des caisses-maladie

La présente révision de la loi sur l'assurance-maladie entraînera une augmentation des dépenses pour les caisses-maladie. Le Conseil fédéral est, dès lors, invité à proposer au Conseil national le prélèvement d'un impôt sur l'alcool, et cela sur toutes les boissons contenant de l'alcool; cet impôt serait échelonné en fonction de la teneur en alcool et couvrirait partiellement l'augmentation des dépenses précitée. Le montant ainsi perçu devra être utilisé pour réduire les cotisations des caisses-maladie

Präsident: Für Herrn Günter, der an dieser Sitzung nicht teilnehmen kann, spricht Frau Grendelmeier.

Frau **Grendelmeier,** Sprecherin der Minderheit: Es ist sicher so, dass man innerhalb des Gesundheitswesens nicht rücksichtslos das Verursacherprinzip anwenden kann. Das wäre unsozial, und das war auch nie unsere Absicht. Es gibt Krankheiten, die auf keinerlei Verschulden des Patienten zurückzuführen sind. Es gibt aber auch Krankheiten, die bis zu einem gewissen Grad selbstverschuldet sind, und dazu gehört die Volksseuche Nummer 1, der Alkoholismus. Der Alkoholismus löst nicht nur unendliches menschliches Leid beim Patienten selber, sondern auch bei seinen Angehörigen aus; er verursacht vor allen Dingen auch volkswirtschaftliche Schäden von einem sehr erheblichen Ausmass. Wenn bis jetzt nur eine Steuer auf Schnaps und Bier bestand und der Wein ausgelassen wurde, so bestehen dafür keine rationalen Gründe. Es müssen rein politische Gründe sein. Kollege Günter und die LdU/EVP-Fraktion sind nun der Meinung, dass der Alkoholismus, wenn er zur Krankheit wird, auf alle alkoholischen Getränke zurückzuführen ist. Da macht der Wein keine Ausnahme. Im Gegenteil, es wird sehr viel Wein konsumiert, und ich weiss natürlich, einmal mehr, dass man sich mit einem solchen Argument bei unseren lieben Kollegen aus dem Welschland und dem Tessin, die Weinbauern sind, nicht beliebt macht. Aber ich glaube, wir müssen hier eine höhere Vernunft walten lassen, die über die wirtschaftlichen Interessen hinweggeht. Ich bitte Sie nun, dieser Alkoholsteuer, die nach Alkoholgrad abgestuft sein sollte, zuzustimmen. Die Einnahmen, die wir dafür erhalten, dienen zur Senkung der Krankenkassenprämien. Damit können wir etwas von diesen Kosten in den Griff bekommen, und zwar nach dem Verursacherprinzip. Möglicherweise hat das auch eine gewisse prohibitive Wirkung für Leute, die Schwierigkeiten im Masshalten auf diesem Sektor haben. Zudem entspricht diese Motion ganz genau der Auffassung der eidgenössischen Alkoholkommission, die diese Besteuerung des Weins offiziell vorgeschlagen hat.
Ich bitte Sie, die Motion zu überweisen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Die Kommission hat mit 20 zu 1 Stimme diese Motion abgelehnt. Im übrigen verweise ich auf den Beschluss, den Sie in der Herbstsession bei einem entsprechenden Minderheitsantrag gefasst haben.

M. **Dupont,** rapporteur: La commission a rejeté massivement cette proposition. Je vous invite à en faire autant.

Präsident: Herr Bundesrat Egli verzichtet auf das Wort.

Abstimmung – Vote

Für Überweisung der Motion	21 Stimmen
Dagegen	86 Stimmen

Motion IV der Kommissionsminderheit (Zehnder) des Nationalrates

Soziale Krankenversicherung. Arztrecht

Der Bundesrat wird ersucht, den eidgenössischen Räten unverzüglich eine Vorlage zur Änderung des in der Sozialen Krankenversicherung geltenden Arztrechts zu unterbreiten. Insbesondere ist zu gewährleisten, dass bei Fehlen eines Vertrages zwischen Ärzten und Krankenkassen

1. alle Versicherten während unbeschränkter Dauer Anspruch auf Rechnungsstellung nach dem behördlich festgesetzten Arzttarif haben;

2. die Weiterführung der Kosten- und Leistungskontrolle für die Krankenkassen ohne besondere Erschwernisse möglich ist;

3. der einzelne Arzt den Verzicht auf jegliche Tätigkeit im Rahmen der Sozialen Krankenversicherung nur bei Vorliegen besonderer persönlicher oder beruflicher Gründe bei der zuständigen Behörde erklären kann, eine kollektive Verweigerung des Tarifschutzes gegenüber den Versicherten somit nicht mehr möglich ist.

Motion IV de la minorité de la commission (Zehnder) du Conseil national

Assurance-maladie sociale. Droit médical

Le Conseil fédéral est prié de soumettre immédiatement aux Chambres fédérales un projet modifiant le droit médical en vigueur dans l'assurance-maladie sociale. Ce faisant, il conviendra de garantir qu'au cas où aucune convention ne peut être passée entre médecins et caisses-maladie

1. Tous les assurés ont droit, pendant une période illimitée, à ce que les factures soient établies d'après le tarif médical fixé par l'autorité compétente;

2. Les caisses-maladie peuvent continuer à contrôler les coûts et les prestations, sans complications;

3. Le médecin individuel ne peut déclarer à l'autorité compétente qu'il renonce à exercer son activité à la charge de l'assurance-maladie sociale que s'il dispose, pour ce faire, de motifs personnels ou professionnels; un refus collectif de la protection tarifaire accordée aux assurés n'est par conséquent plus possible.

Zehnder, Sprecher der Minderheit: Wir haben uns bemüht, mit der Revision der Artikel 9, 18 und 22bis die gesetzlichen Grundlagen zur Kosten- und Leistungskontrolle bei den Krankenkassen zu verbessern. Der Erfolg dieser Bemühungen ist aus zwei Gründen allerdings fraglich. Zum einen drohen die Ärzte bereits mit Streik, nachdem die Krankenkassen ihre bisherigen Möglichkeiten zur Kostenkontrolle vermehrt ausgeschöpft haben und etwas in der Luft gelegen hat, dass auf gesetzlicher Ebene allenfalls Änderungen eintreten könnten. Zum anderen wurde das 1964 eingeführte kostentreibende Arztrecht eben nicht in die Revision einbezogen. Mit dem Verzicht auf Kassenpraxis im vertragslosen Zustand gemäss Artikel 22bis können die Ärzte nicht nur die Krankenkassen, sondern auch die Kantonsregierungen erpressen. Selbst Tarifentscheide des Bundesrates können unterlaufen werden, denn mit der Verzichtserklärung verbunden ist das Recht der Ärzte, einem beachtlichen Teil der Versicherten privat Rechnung stellen zu können. Das Aargauer Beispiel brachte den Kassen in dieser Angelegenheit entsprechende Erfahrung.

Mit meiner Motion möchte ich in erster Linie den Krankenkassen wiederum die Möglichkeit geben, gegenüber den Ärzten als gleichberechtigte Vertragspartner aufzutreten. Dies ist heute leider nicht mehr der Fall; denn die Krankenkassen setzen den Tarifschutz für die nicht zu den wirtschaftlich Schwächeren gehörenden Versicherten zwangsweise aufs Spiel, wenn sie den Forderungen der Ärzte nicht nachgeben. Die Kantonsregierungen laufen die gleiche Gefahr bei der behördlichen Tariffestsetzung. Eine Tarifpflicht für alle Ärzte, besondere Fälle ausgenommen, ist um so notwendiger, als das Druckmittel der sogenannten Kassenunabhängigkeit vermehrt angewendet wird. Nicht nur die Zahl der Ärzte hat sich geändert, sondern vielerorts leider auch deren Mentalität; humanitärer Geist wird hinter materielle Interessen gestellt.
Die Behandlungsfreiheit der Ärzte wird durch die von mir verlangte Verallgemeinerung der Tarifpflicht in keiner Weise berührt oder gar eingeschränkt. Ich möchte mit meiner Motion aber erreichen, dass die Spiesse wiederum gleich lang sind; denn die Ärzte sind auf die Krankenkassen und die Krankenkassen auf die Ärzte in gleicher Weise angewiesen. Auch passt das heutige Arztrecht schlecht in die Aera der Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Es ist eindeutig kostentreibend.
Ich bitte Sie deshalb, dem Bundesrat den Auftrag zu erteilen, ein neues Arztrecht vorzubereiten und demnach meiner Motion zuzustimmen.

M. **Gautier:** Je n'avais aucunement l'intention de prendre la parole à propos de la motion de M. Zehnder mais, à la réflexion, je constate qu'elle porte en elle un certain nombre de fruits assez dangereux. C'est pourquoi je vous invite à la repousser sèchement.
Je voudrais rappeler que lors d'une modification de la loi sur l'assurance-maladie et accidents, comme elle s'appelait alors, dans les années 1960, c'est tout le problème du droit médical que l'on a essayé de modifier, ce qui d'ailleurs a fait trébucher cette loi, d'abord devant le Parlement, ensuite devant le peuple. Ce droit médical est un domaine extrêmement délicat puisqu'il règle toute la liberté d'action, non seulement du médecin, mais aussi du malade. En effet, tout le problème de la liberté de choix du médecin, du secret professionnel, est traité dans ce chapitre du droit médical. Lorsque M. Zehnder nous demande qu'un médecin ne puisse pas renoncer à une activité aux frais des caisses-maladie, cela me paraît totalement contraire aux traditions de liberté individuelle que connaît notre pays, à la notion constitutionnelle de liberté du commerce et de l'industrie, et surtout aux intérêts bien compris soit des malades, soit de la santé publique.
Par conséquent, je vous prie de rejeter cette motion.

Frau **Grendelmeier:** Ich möchte Sie dringend bitten, den Antrag von Herrn Zehnder zu unterstützen. Wir sind heute in der Situation, dass die Krankenkassen ihre, ich möchte sagen, anwaltschaftliche Tätigkeit für den Patienten nicht mehr ausüben können. Herr Zehnder hat das Beispiel Aargau zitiert. Es ist heute wirklich so, dass wir von den Ärzten «erpresst» werden können.
Wenn ich jetzt von den Ärzten rede, dann rede ich nicht von ihrer Qualität als Ärzte, als Mediziner, sondern von ihrer Standespolitik, mit der sie manchmal eine Pression ausüben, für die es sehr wohl ein entsprechendes Wort gäbe, das ich hier nicht erwähne, weil ich deshalb schon angegriffen worden bin. Ich habe nichts gegen unsere Ärzte, aber ich habe etwas gegen ihr standespolitisches Verhalten, das sich in erster Linie auf die Handels- und Gewerbefreiheit beruft, auf die Tatsache, dass sie freierwerbend sind und dass sie sich jeglicher Kontrolle entziehen können.
Dabei wird mit schöner Selbstverständlichkeit übersehen, dass diese Ärzte mitnichten im Sinne des Risikos, das beispielsweise Anwälte oder andere vergleichbare intellektuelle Berufe haben, freierwerbend sind, denn sie können sich bei jeder Behandlung auf ein Sicherheitsnetz abstützen, auf die Krankenkasse, was letztlich öffentliches Geld ist. Also: sie haben die soziale Sicherheit durch die Krankenversicherung, aber sie versuchen, sich als Freierwerbende aus jeder Pflicht herauszuhalten. Dabei bedeutet das Verhältnis Arzt/Krankenkasse ein gegenseitiges Geben und Nehmen.
Deshalb ist das, was hier vorgeschlagen wird, vor allem unter Punkt 2 («. . . die Weiterführung der Kosten- und Leistungskontrolle für die Krankenkassen ohne besondere Erschwernisse möglich ist;»), von entscheidender Bedeutung.
Ich würde den Krankenkassen – und das an die Adresse von Herrn Zehnder – empfehlen, ihre Kontrolltätigkeit auch der Arztrechnungen etwas straffer wahrzunehmen, als das bisher der Fall war. Wir müssen wieder auf ein «Krankenwesen» kommen – von Gesundheitswesen möchte ich hier nicht reden –, das nicht eine einseitige Bevorzugung des Ärztestandes erlaubt. Der Arzt soll wieder sein, was er ursprünglich war: einfach der Helfer. Er soll keinen wichtigen «Wirtschaftszweig» darstellen, der sich sehr gut selbst erhält, sich als einzige freie Berufsgattung auf eine soziale Versicherung abstützen und praktisch per Blankoscheck arbeiten kann.
Ich bitte Sie, Herrn Zehnder und der Minderheit zuzustimmen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Ich möchte hier lediglich bekanntgeben, dass die Kommission diese Motion mit 13 zu 9 Stimmen abgelehnt hat.

Abstimmung – Vote

Für die Überweisung der Motion	43 Stimmen
Dagegen	65 Stimmen

Abschreibung – Classement

Antrag der Kommission des Nationalrates

Abschreibung von Persönlichen Vorstössen (Ergänzung zu den Anträgen in der Botschaft Seite 1 bis 3)

81.202 Standesinitiative Kt. Genf. Schutz der Mutterschaft (1. Juli 1981)
1981 P 80.903 KUVG. Chronisch Kranke (N 9. Oktober 1981, Günter)
1981 P 81.430 Kassenzulässige Medikamente. Preisaufsicht (N 9. Oktober 1981, Früh)
1982 P 81.514 Verkauf von Medikamenten (N 19. März 1982, Carobbio)
1983 P 83.328 Krankenkassen. Bundesbeiträge (N 24. Juni 1983, Vannay)
1983 P 81.542 Krankenversicherung. Prämiengleichheit für Männer und Frauen (N 19. September 1983, [Grobet]-Deneys)
1983 P 82.435 Krankenkassen. Erhöhung der Bundesbeiträge (N 19. September 1983, Fraktion der PdA/PSA/POCH)
1983 P 83.458 Krankenkassenfusionen. Rechte der Versicherten (N 19. September 1983, Mascarin)

Proposition de la commission du Conseil national

Classement d'interventions personnelles (complément aux propositions du message, pages 1 à 3)

81.202 Iv.ct. de Genève. Protection de la maternité (1er juillet 1981)
1981 P 80.903 LAMA. Maladies chroniques (N 9 octobre 1981, Günter)
1981 P 81.430 Médicaments agréés par les caisses. Surveillance des prix (N 9 octobre 1981, Früh)
1982 P 81.514 Vente des médicaments (N 19 mars 1982, Carobbio)
1983 P 83.328 Subventions aux caisses-maladie (N 24 juin 1983, Vannay)
1983 P 81.542 Assurance-maladie. Egalité entre les hommes et les femmes (N 19 septembre 1983, [Grobet]-Deneys)
1983 P 82.435 Caisses-maladie. Relèvement des subventions (N 19 septembre 1983, groupe PdT/PSA/POCH)
1983 P 83.458 Fusions de caisses-maladie. Droits des assurés (N 19 septembre 1983, Mascarin)

Präsident: Der Bundesrat beantragt Ihnen gemäss Seiten 1 bis 3 der Botschaft die Abschreibung verschiedener persönlicher Vorstösse. Die Kommission hat Ihnen einen schriftlichen Zusatzantrag auf Abschreibung weiterer persönlicher Vorstösse unterbreitet.

Zustimmung – Adhésion

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Es ist mir ein Bedürfnis, nach Abschluss dieser Beratungen zum KMVG noch einige persönliche Worte zu sagen. Vorerst möchte ich erklären, dass mir immer noch eine Bemerkung von Frau Ribi vom Herbst 1981, als wir die Arbeit aufnahmen, im Kopf ist und während der Herbstsession – auch gestern und heute – durch den Kopf ging. Frau Ribi erklärte damals, sie freue sich, dass ich Präsident dieser Kommission sei. Sie sei davon überzeugt, dass ich auch eines der Kommissionsmitglieder sei, die versuchen würden, eine tragfähige Lösung zu finden. Ich antwortete ihr, dass ich froh wäre, wenn diese Meinung bei allen Kommissionsmitgliedern und auch bei ihren Fraktionsvertretern vorhanden wäre.
Man ist in diesem Zusammenhang hin und wieder etwas enttäuscht worden. Aber man hat auch Erfreuliches erlebt. Für mich persönlich war sehr erfreulich, wie die Bundesräte Hürlimann und Egli sich für diese Vorlage eingesetzt haben und bereit waren, Berichte erstellen zu lassen und Kompromisse zu suchen. Für mich war aber auch erfreulich, feststellen zu dürfen, wie die Verwaltung gearbeitet hat. Ich denke an die Subkommissionssitzungen, für welche innert Wochenfrist mehrere Berichte erstellt werden mussten, und konnte feststellen, dass unsere Verwaltung bereit ist, an Wochenenden zu arbeiten und an Abenden länger zu arbeiten, ohne davon ein grosses Aufheben zu machen. Dazu müssen wir Sorge tragen, und wir müssen dankbar sein, dass unsere Beamten und Mitarbeiter in den Bundesämtern für das Parlament diese Arbeit leisten.
Ich möchte in diesem Sinne auch der Verwaltung danken. Danken möchte ich auch den Mitgliedern der Kommission für ihre Mitarbeit. Ich konnte mir gegenüber immer ein faires Verhalten feststellen, auch wenn die Beschlüsse mir nicht immer gepasst haben. Trotzdem möchte ich danken.

Bundesrat **Egli:** Ich danke für die anerkennenden Worte Ihres Herrn Kommissionsreferenten mir gegenüber. Ich werde sie an meinen Vorgänger, Herrn alt Bundesrat Hürlimann, weiterleiten. Ich möchte diesen Dank aber auch an die Kommission und insbesondere an ihren Präsidenten zurückgeben.
Sie haben uns mit einer der heutigen Motionen sozusagen den Auftrag erteilt, sofort eine Totalrevision des Gesetzes an die Hand zu nehmen, sobald dieses Sofortprogramm einmal unter Dach sein wird. Ich gebe der bestimmten Hoffnung Ausdruck, dass im Zweitrat die Beratungen etwas abgekürzt werden können, sonst könnte ich Ihnen nicht garantieren, dass die Differenzbereinigung noch unter meinem Beisein beendigt wird.

An den Ständerat – Au Conseil des Etats

Ständerat
Conseil des Etats

Sitzung vom
Séance du 2./3./4.12.1986

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision

Assurance-maladie. Révision partielle

Botschaft und Gesetzentwurf vom 19. August 1981 (BBl II, 1117)
Message et projet de loi du 19 août 1981 (FF II, 1069)
Beschluss des Nationalrates vom 13. Dezember 1984
Décision du Conseil national du 13 décembre 1984

A
Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung
Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents

Antrag der Kommission
Eintreten

Proposition de la commission
Entrer en matière

Hänsenberger, Berichterstatter: Die Botschaft des Bundesrates trägt das Datum vom 19. August 1981. Seit 1962 wurden über 60 parlamentarische Vorstösse und Standesinitiativen des Kantons Waadt eingereicht. Schwerpunkte, die eine Revision des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes wünschbar erscheinen lassen, sind nach Meinung des Bundesrates und auch nach Meinung unserer Kommission folgende:
1. Dämpfung der Kosten: Mit einer verstärkten Kostenbeteiligung des Versicherten und mit gezielterem Verwenden der öffentlichen Mittel sollen die Kosten im Gesundheitswesen gesenkt werden. Kosten/Nutzen-Abwägungen sollen mehr Bedeutung erhalten.
2. Einige Verbesserungen im Bereich der Pflegeleistungen sind vorzusehen, insbesondere die Ausdehnung der Leistungspflicht bei Spitalaufenthalt, bessere Berücksichtigung der Krankenpflege ausserhalb der Heilanstalt.
3. Die Leistungen bei Mutterschaft sollen verbessert werden, wie dies bei der Behandlung der vom Volk abgelehnten Mutterschaftsinitiative in Aussicht gestellt worden war.
4. Die Selbstverantwortung des Patienten ist zu stärken: mit klarer Rechnungsstellung, mit Leistungskontrolle; und die Verantwortung aller Leistungsanbieter ist durch vermehrte Prüfung der Wirtschaftlichkeit zu vergrössern. Dazu kommt beim Bundesrat noch die Forderung zur Schaffung einer obligatorischen Krankengeldversicherung auf der Basis von Lohnprozenten. Etwa so könnte man zur Hauptsache begründen, warum eine Revision des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes vorgenommen worden ist.
Dass weder der Nationalrat noch unsere Kommission ein ganz anderes, sozialeres System zur Finanzierung der Krankenpflege erfunden haben, braucht nicht zu verwundern. Viele der in die Diskussion geworfenen Finanzierungsmo-

147

delle sind nicht realisierungsreif. Eine Motion des Nationalrates, die wir zum Schluss der Beratungen noch besprechen werden, beauftragt den Bundesrat, eine neue Finanzierungsbasis zu suchen. Gedacht ist dabei vorab an ein System, das meines Wissens erstmals von Dr. Pierre Gygi entwickelt worden ist und nun als PKU-Modell von den Privatversicherern uns vorgelegt wurde, in dem eine Abzugsmöglichkeit für Krankenkassenprämien bei den Einkommenssteuern vorgesehen ist.
Die Schaffung eines anderen Finanzierungssystems wäre der wesentlichste Beitrag zur gezielteren Verwendung öffentlicher Mittel. Unsere Vorlage erfüllt diese Erwartungen nicht.
Vielleicht haben Sie von uns einen mutigeren Vorschlag erwartet. Bedenken Sie aber, dass eine grundsätzlich andere Finanzierungsart die Steuern von Gemeinden, Kantonen und Bund tangiert hätte und damit kaum noch in dieser Legislatur hätte verwirklicht werden können. Ich will hier Herrn Bundespräsident Egli zitieren, der vor unserer Kommission gesagt hat, das Sofortprogramm sollte möglichst bald verwirklicht werden, um den Krankenkassen bei den vordringlichen Aufgaben zu helfen. Sozusagen nahtlos könnte eine Totalrevision anschliessen, deren Schwerpunkt das Finanzierungsverfahren sein wird.
Der Nationalrat hat die Vorlage des Bundesrates in Kommission und Plenum während dreieinhalb Jahren beraten und die folgenden, grundsätzlichen Aenderungen gegenüber dem Bundesrat beschlossen:
1. Die Vorlage des Bundesrates wurde aufgeteilt in eine Vorlage A, welche die Aenderungen der Krankenpflegeversicherung, und eine Vorlage B, welche die obligatorische Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer und Mutterschafttaggeld enthält.
2. In der Vorlage A hat sich der Nationalrat auf bedeutend weniger Aenderungen beschränkt, als der Bundesrat dies vorschlug, und diese kleinere Revision etwas voreilig als «Sofortprogramm» bezeichnet. Der Präsident der Kommission des Nationalrates, Nationalrat Eggli-Winterthur, hat dieses Vorgehen so umschrieben, dass ganz bewusst Bestimmungen ausgeklammert worden sind, die sich als politisch nicht konsensfähig erwiesen hätten, und ferner Bestimmungen, deren sofortige Einführung nicht unbedingt nötig sei.
Der Nationalrat hat die Vorlage im Dezember 1984 angenommen, die Vorlage A mit 132 zu 14 Stimmen, die Vorlage B in einer Abstimmung mit Namensaufruf mit 91 zu 46 Stimmen.
Die Kommission des Ständerates hat die Beratungen am 29. April 1985 aufgenommen und in sieben Sitzungen, darunter eine zweitägige, abgeschlossen. Eine Subkommission hat die Lösung für das Mutterschaftstaggeld erarbeitet. Die Beratungen der Kommission konnten noch vor der Herbstsession 1986 abgeschlossen werden. Da die Vorlage aber eine eingehende Vorbereitung durch die Ratsmitglieder und die Fraktionen verlangte, verschoben wir die Beratungen auf Dezember.
Sie haben die Fahne mit unserem Beratungsergebnis, zusammen mit dem Text des geltenden Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes, rechtzeitig erhalten.
Dem von uns erneut ausgesprochenen Wunsch, es sei eine Synopsis, ein Ueberblick über das geltende Recht, die Bundesratsvorlage und die Beratungsergebnisse zu erstellen, wurde wieder nicht entsprochen. Wir werden diesen Wunsch immer wieder vorbringen.
Die Kommission hat keine Anhörungen mehr durchgeführt. Die beteiligten und interessierten Organisationen sind vom ersten Rat ausgiebig angehört worden. Und über die Protokolle darüber verfügen wir. Selbstverständlich sind jedoch die vielen Eingaben, die auch an unsere Kommission gerichtet worden sind, ausführlich beraten worden und fanden teilweise Eingang in unsere Beschlüsse.
Ich orientiere Sie nun im Eintreten über sechs wichtige Punkte:
1. Auch die Kommission des Ständerates hat die Aufteilung in eine Vorlage A und eine Vorlage B vorgenommen. Die Befürworter dieser Trennung möchten, dass die Vorlage A, also Krankenpflegeversicherung, separat beschlossen und wenn nötig dem Volke vorgelegt werden kann. Diese Vorlage, die wir als weniger gefährdet betrachten, sollte nicht zusammen mit der stark umstrittenen obligatorischen Taggeldversicherung in einer eventuellen Volksabstimmung abgelehnt werden. Wenigstens diese nötigen Verbesserungen in der Krankenpflegeversicherung sollten unter Dach gebracht werden.
2. Wir sind der Vorlage A, wie sie der Nationalrat verkürzt hat, grösstenteils gefolgt, haben einige Verdeutlichungen angebracht und sind in einigen Punkten zum Vorschlag des Bundesrates zurückgekehrt.
3. Die grösste Abweichung vom Vorschlag des Nationalrates besteht beim Mutterschafts-Taggeld. Unsere Kommission hat sich darum bemüht, eine Taggeldversicherung bei Mutterschaft zu schaffen, die diesen Namen verdient, und zwar nicht in der gefährdeten Vorlage B, sondern in der Vorlage A. Man könnte jetzt eigentlich von einer Vorlage «A plus» sprechen, wenn wir an den Jargon der Schienenbauer anknüpfen möchten. Diese Vorlage «A plus» enthält nun das Mutterschaftstaggeld, das nicht gefährdet werden soll durch eine eventuelle Ablehnung der obligatorischen Krankengeldversicherung, sei es in den Räten, sei es vor dem Volk.
4. Die Kommission hat mit 7 zu 2 Stimmen Nichteintreten auf die Vorlage B beschlossen, während die Vorlage «A plus» mit 10 zu 0 Stimmen bei einer Enthaltung genehmigt worden ist. Als Konsequenz aus diesen Beschlüssen – der Herr Präsident hat es bereits angetönt – beantrage ich dem Rat, die Vorlagen A und B getrennt zu behandeln, dafür auch zwei getrennte Eintretensdebatten zu führen. Zuerst wäre das Eintreten auf die Vorlage A zu diskutieren und zu beschliessen, dann wäre die Detailberatung dieser Vorlage vorzunehmen, einschliesslich des Vorschlags für die Taggeldversicherung gemäss System Erwerbsersatzordnung bei der Mutterschaft.
Sollte der Ständerat in der anschliessenden Eintretensdebatte auf die Vorlage B Eintreten beschliessen, so müsste diese Vorlage B an die Kommission zurückgewiesen werden, da wir keine Detailberatung durchgeführt haben.
5. Die Kommission hat weder die Initiative der Krankenkassen, welche vom Bundesrat bereits abgelehnt worden ist, noch diejenige der Gewerkschaften in die Beratungen einbezogen, meines Erachtens zu Recht nicht. Wir haben zu versuchen, auf der Gesetzesebene eine möglichst gute Lösung zu finden. Ein gutes KMVG wäre die beste Garantie, dass keine unnötigen Verfassungsänderungen auf dem Weg von Initiativen vorgenommen werden müssten.
6. Zum Schluss gestatten Sie mir, dass ich hier bereits einige Gedanken zum Taggeld bei Mutterschaft gemäss System Erwerbsersatzordnung anbringe: Diese Neuschöpfung hat in der Kommission viel Gesprächsstoff geliefert, wird aber auch im Rat und in der Oeffentlichkeit so wirken. Sie war in der Kommission unbestritten, wird es aber weder im Rat noch im Volk sein. Es liegt mir viel daran, dass Sie die Ueberlegungen der Kommission hören, nachdem aus Kreisen des Schweizerischen Gewerbeverbandes und der Arbeitgeberverbände gegen diese Neuerung. schon bevor auch nur der definitive Text unseres Vorschlages feststand, zum Teil sachlich falsche, zum Teil bösartige und überaus einseitige Zeitungsartikel publiziert worden sind.
Die Bundesverfassung enthält seit 1945 in Artikel 34quinquies den Absatz 4, der wie folgt lautet: «Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Mutterschaftsversicherung einrichten. Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären, und es dürfen auch Personen, die nicht in den Genuss der Versicherungsleistungen kommen können, zu Beiträgen verpflichtet werden. Die finanziellen Leistungen des Bundes können von angemessenen Leistungen der Kantone abhängig gemacht werden.» Das ist der Wortlaut des Absatzes 4 dieses Artikels 34quinquies der Bundesverfassung, der seit 1945 besteht.
Sie erinnern sich, dass bei der Abstimmung über die von Volk und Ständen massiv abgelehnte Mutterschaftsinitiative immer wieder davon gesprochen wurde, alles Nötige zur

Erfüllung dieses Verfassungsauftrags werde dann die Revision des Kranken- und Mutterschafts-Versicherungsgesetzes bringen. Unserer Kommission lagen die folgenden Vorschläge für die Mutterschafts-Versicherung vor:
a) Die Version des Bundesrates. Ich trenne davon die Krankenpflege-Versicherung ab. Die Leistungen aus Krankenpflege bei der Mutterschaft werden der Krankheit gleichgestellt. Diese Leistungen werden den Krankenkassen vom Bund voll vergütet. Diese Leistungen bei Krankenpflege sind weder vom Nationalrat noch von unserer Kommission bestritten worden. Sie sind in Artikel 14 Absatz 2 der Fahne enthalten. Pflegeleistungen sind im Abschnitt A von Anfang an erwähnt. Ich spreche beim Eintreten nicht mehr von diesen Krankenpflegeleistungen. Sie waren unbestritten.
Hingegen hat der Bundesrat beim Mutterschaftstaggeld in Artikel 40i eine eigene Version vorgesehen. Das steht nun in Vorlage B auf Seite 23 der Fahne. Die Version des Bundesrates sah vor, dass bei Mutterschaft das gleiche Taggeld an erwerbstätige Frauen ausgerichtet wird wie bei Krankheit. Diese Krankheit hätte ja nach Version des Bundesrates eine obligatorische Krankentaggeld-Versicherung ausgelöst.
b) Die Version des Nationalrates. Der Nationalrat hat den Artikel 40i noch durch einen Absatz 1bis angereichert und den Anspruch auf die vollen Leistungen beschränkt auf Frauen, die bis zum Tage ihrer Niederkunft während wenigstens 270 Tagen ohne Unterbrechung von mehr als drei Monaten obligatorisch oder freiwillig für Krankengeld versichert waren. Aber sowohl nach der Version des Bundesrates wie auch nach der des Nationalrates haben nur erwerbstätige Frauen Anspruch auf ein Mutterschaftstaggeld, das mit Lohnprozenten zu finanzieren wäre. Zwischen diesen beiden Varianten bestehen keine grundsätzlichen Differenzen. Beide sind durch Lohnabzüge zu finanzieren.
c) Dann gab es ein Modell Obligationenrecht. Aus den Verhandlungen des Nationalrates war uns das Modell Obligationenrecht bekannt, das von Nationalrat Allenspach vorgeschlagen worden ist. Hier soll das Obligationenrecht bestimmen, dass der Arbeitgeber vier Fünftel des Lohnes während 16 Wochen Mutterschaft zu entrichten hat. Der Antrag ist im Nationalrat mit 117 zu 49 Stimmen abgelehnt worden. Der Antrag Allenspach wurde nicht nur als Regelung des Mutterschaftstaggeldes im Obligationenrecht, sondern automatisch auch als Ablehnung der Vorlage B interpretiert.
Unsere Kommission befürchtet nach Betrachtung dieser drei Modelle, dass mit der Ablehnung des obligatorischen Krankengeldes, also der Vorlage B – wie sich in unserer Kommission recht rasch abgezeichnet hat und zu vermuten war –, nun auch das Taggeld für Mutterschaft wegfallen könnte. Der Kommissionspräsident hat deshalb am 13. März 1986 dem Vorsteher des EDI geschrieben, er möchte doch für die nächste Kommissionssitzung eine Orientierung über taugliche Alternativlösungen für den Fall einer Ablehnung der Vorlage B vorsehen. Es sollte eine Lösung durch Einfügung in die bestehende Erwerbsersatzordnung für die Mutterschafts-Taggelder gesucht werden. Die Verwaltung hat diesem Wunsch rasch, effizient und mit bemerkenswertem Elan entsprochen.
Die Kommission legt Wert darauf, dass der seit 40 Jahren bestehende Verfassungsauftrag mit dieser Gesetzesrevision befriedigend erfüllt wird. Dass zu einer Mutterschafts-Versicherung auch Taggeld und nicht nur Pflegeleistungen gehören, ist meines Wissens nie bestritten worden. Ein Taggeld soll nach Meinung unserer Kommission aber nicht nur der erwerbstätigen Mutter, sondern jeder Mutter zukommen, insbesondere auch der jungen, vielleicht noch nicht im Erwerbsleben stehenden Frau, aber auch derjenigen Frau, die den Erwerb aufgab, um sich der Familie zu widmen, oder derjenigen Frau, die gar nie ausser Haus erwerbstätig sein konnte.
Wir haben beim Eherecht eingesehen, dass die Arbeit im Haushalt ebenso wichtig ist wie die ausserhäusliche Arbeit. Sie darf nicht diskriminiert werden. Dass durch eine Geburt im Haushalt eine Arbeitskraft ausfällt, dürfte kaum zu bestreiten sein. Diese Arbeitskraft fällt auch da aus, wo die Mutter nicht erwerbstätig ist, das heisst, keiner ausserhäuslichen Arbeit nachgeht. Die Arbeitskraft fällt auch beim Bäcker, beim Metzger und beim Landwirt aus, die auf die Mitarbeit ihrer Frau angewiesen sind; jede Unterscheidung «erwerbstätig» oder «nicht erwerbstätig» bei Mutterschaft würde hier zu grossen Ungerechtigkeiten führen.
Für die auf den ersten Blick etwas ausgefallen scheinende Lösung der Kommission, nämlich die Mutterschaftstaggelder über die Erwerbsersatzordnung zu gewähren, sprechen einige Pluspunkte. Sie hat auch einige Nachteile, die hier nicht verschwiegen werden sollen. Sie sehen auf der Fahne, Seite 17 der deutschen Fassung, dass wir unter dem Abschnitt 1bis (Aenderungen anderer Bundesgesetze) nach der Aenderung des Obligationenrechtes und des Invalidenversicherungsgesetzes eine Aenderung des Bundesgesetzes über die Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige (EOG) vorsehen, wobei diese Aenderungen nur vier Artikel des EOG neu einführen oder betreffen. Der bisherige Text des EOG ist Ihnen zugestellt worden.
Als Punkte, welche für unsere Lösung sprechen, darf ich aufzählen:
1. Die Lösung ist administrativ einfach. Wie jeder Fourier im Militärdienst, jeder Rechnungsführer im Zivilschutz in der Lage ist, eine simple Bescheinigung über die geleisteten Diensttage auszustellen, so müsste es möglich sein, Schwangerschaft und Geburt zu bescheinigen. Die Auszahlung der Entschädigung bei Erwerbstätigen könnte analog der Erwerbsersatzordnung erfolgen, sei es an den Arbeitgeber, wenn dieser den Lohn weiterbezahlt, sei es an die Mutter selber.
2. Auch in der Erwerbsersatzordnung kommen Nichterwerbstätige in den Genuss von Leistungen, die mit Lohnabzügen zu finanzieren sind. Der Student und der Lehrling (für die Rekrutenschule und die weiteren Dienste) erhalten sie. Hier spielt eine Solidarität, die das ganze Leben anhält. Auch der längst nicht mehr diensttuende Mann zahlt Beiträge, aber auch jede erwerbstätige Frau, die nie von der Erwerbsersatzordnung profitieren konnte. Diese Art Solidarität hat das Schweizervolk offenbar akzeptiert, und es wäre doch eigenartig, wenn für die Mutterschaft nicht eine entsprechende Solidarität Platz greifen könnte.
3. Die vorgeschlagene Lösung ist nicht nur administrativ einfach durchzuführen, sie stützt sich nicht nur auf ein seit Jahrzehnten bewährtes Solidaritätssystem zwischen Jungen und Alten, Mann und Frau, Erwerbstätigen und Nichterwerbstätigen, sondern hat – lassen Sie mich das als Mann deutlich sagen – noch den Vorteil einer gewissen Grosszügigkeit, die Männer und Frauen den Ansprüchen der Soldaten gegenüber stets zeigen. Wenn wir das Mutterschaftstaggeld analog regeln wie die Entschädigungen, die Männer für ihre Diensttage erhalten, so entgehen wir der Gefahr, dass die Mutterschaft kleinlich geregelt wird. Der Druck, den Männer für ihre Anliegen auszuüben imstande sind – natürlich immer nur berechtigte Anliegen, die im Interesse des ganzen Volkes liegen –, wirkt sich dann auch zugunsten der Mutterschaft aus. Besonders deutlich könnte sich das dort zeigen, wo die Entschädigung aufgrund des Erwerbseinkommens berechnet wird. Wissen Sie, wie lange oder, besser gefragt, wie wenig lange ein Rekrut gearbeitet haben muss, um während der Rekrutenschule auf seinen Lohn – umgerechnet auf ein Jahreseinkommen – die volle Entschädigung zu erhalten?
4. Die vorgeschlagene Lösung hat den weiteren Vorteil, dass nach Ansicht des Bundesrates und auch des Bundesamtes für Justiz, dessen Meinung wir darüber noch besonders eingeholt haben, keine Vernehmlassung durchgeführt werden muss, keine besondere Vorlage nötig ist, sondern dass sie, wie vorgeschlagen, im Rahmen dieser Vorlage A als Aenderung anderer Bundesgesetze beraten werden kann, worauf diese Bestimmungen in absehbarer Zeit in Kraft treten können.
5. Ein grosser Vorteil einer Lösung nach System Erwerbsersatzordnung liegt darin, dass sie die Frauen im gebärfähigen Alter auf dem Arbeitsmarkt in keiner Weise diskriminiert. Bei den grossen Unterschieden, die branchenmässig bestehen, könnten doch die Lösungen über das Obligationenrecht

dazu führen, dass jüngere Frauen gar nicht mehr eingestellt würden. Sobald aber die Prämie – wie beim Militärdienst – von allen Löhnen abgezogen wird, sobald der Patron weiss, dass diese Mutterschaftsleistung nicht aus seinem Sack, sondern aus dem hiefür gebildeten schweizerischen Fonds bezahlt wird, fällt die Gefahr einer Diskriminierung jüngerer Frauen dahin. Die betriebsweise Festsetzung der Prämien ohne gesamtschweizerischen Ausgleich könnte die Chancen der Frau doch stark beeinträchtigen.
Unsere Lösung umfasst insbesondere folgende Punkte:
a. Einziges Kriterium für den Anspruch auf Taggeld ist die Mutterschaft. Der Anspruch steht sowohl erwerbstätigen wie nichterwerbstätigen, verheirateten wie unverheirateten Frauen zu.
b. Wir sehen eine einheitliche Dauer des Mutterschaftstaggeldes von 16 Wochen vor, von denen mindestens 8 Wochen nach der Niederkunft liegen müssen. Wir sehen keine Einschränkung vor, wenn die Mutter unerwünschterweise trotzdem in dieser Zeit arbeitet, weil das nicht kontrollierbar wäre.
c. Als Minimalbetrag sehen wir die Haushaltentschädigung nach Erwerbsersatzordnung vor. Diese beträgt gegenwärtig 35 Franken im Tag. Wir sehen keine Betriebszulagen, keine Kinderzulagen vor, wie diese für den Militärdienst vorgesehen sind. sondern nur diese eine Entschädigung von 35 Franken im Tag.
d. Wir sehen dieselbe Einkommensabhängigkeit vor wie in der Erwerbsersatzordnung im Rahmen von 35 Franken im Minimum, bis 105 Franken im Maximum, abhängig vom Lohneinkommen der Frau allein. Bei den durchschnittlich tiefen Löhnen der jungen Frauen wird sich der Grossteil der Taggelder an der unteren Grenze bewegen. Das Maximum würde bei einem Einkommen von etwa 4800 Franken pro Monat erreicht.
e. Alle näheren Bestimmungen, wie lange die Frau erwerbstätig sein musste, um nicht nur das Minimum zu erhalten, überlassen wir der Verordnung des Bundesrates. Die Analogie zur Erwerbsersatzordnung wird verhindern, dass für die Frauen kleinlichere Lösungen ins Auge gefasst werden. Wir überlassen auch die Frage, wie lange eine Erwerbstätigkeit zurückliegen darf, um eine zusätzliche Entschädigung zu erhalten, der Verordnung. Sie wird die Lösung ähnlich wie bei der Erwerbsersatzordnung treffen, eventuell ergänzt mit Gründen, die für die Frauen allein zutreffen.
Niemand wird der von uns vorgeschlagenen Lösung eine gewisse überraschende Eleganz absprechen können. Es gibt aber natürlich auch Einwände gegen diese Lösung. Es wird ausgeführt, es sei direkt unmoralisch, die Geburt in die Nähe des Militärdienstes zu stellen. Das tut die Vorlage aber auch nicht. Sie benützt nur ein bestehendes Entschädigungssystem, das auf der Solidarität des ganzen Volkes beruht. Von einer Gleichstellung von Schwangerschaft und Militärdienst kann keine Rede sein.
Dann wird bestimmt auch der Giesskannenvorwurf erhoben werden: Warum bekommt die Direktorsfrau, die nie einen Beitrag geleistet hat und das nicht nötig hat, ein Taggeld? Der Verfassungsauftrag fordert eine Mutterschaftsversicherung. Nach Meinung der Kommission kämen wir diesem Auftrag nicht nach, wenn wir nicht jede Mutterschaft berücksichtigen (was bei Pflegeleistungen überhaupt unbestritten war; dort gehen wir sogar soweit, dass Nichtversicherte Pflegeleistungen erhalten). Zur Mutterschaftsversicherung gehört ein Taggeld. Wir möchten einen Anreiz schaffen, das Kleinkind selber zu pflegen und in dieser Zeit auf den Erwerb zu verzichten und verzichten zu können. Das war ein Anliegen, das in der Abstimmung über die Mutterschaftsinitiative unbestritten geblieben ist.
Nicht nur die erwähnte und meines Erachtens nicht existierende Direktorsfrau, die angeblich nichts tut, sich von Angestellten bedienen lässt und sich ihren Hobbys widmet, wird, wie bereits beim Eherecht, wieder in der Diskussion auftauchen, sondern auch alle anderen Schreckgespenster werden kommen: die Frau, die nur schwanger wird, damit sie diese Entschädigung erhält, die Frau die nur Arbeit annimmt, um nicht das Minimum der Entschädigung zu erhalten, oder der Schlaumeierarbeitgeber, der eine fiktive Lohnerhöhung kurz vor der Schwangerschaft vornimmt.
Die männlichen Gegenstücke dieser Missbrauchsvisionen hat unser grosszügiges und auf die Solidarität des ganzen Volkes aufgebautes Werk offenbar unbeschadet überstanden. Alle diese Missbrauchsvisionen bringen mich nicht davon ab, zu glauben, die Lösung der Mutterschaftstaggelder nach unserem System müsse möglich sein und stünde unserem Volk wohl an. Sicher: Kinder haben und für sie sorgen wollen, das hängt vom Wunsch der Eltern ab; das ist richtig und soll so bleiben. Aber ganz uninteressiert ist der Staat als Ganzes auch nicht am Nachwuchs. Es gab gute Gründe, den Artikel für die Mutterschaftsversicherung in unsere Verfassung aufzunehmen. Es gibt auch jetzt gute Gründe, ihn zu einem Zeitpunkt zu erfüllen, wo wir nicht gerade mit geburtenstarken Jahrgängen gesegnet sind. Es gibt gute Gründe, von einem Interesse des Staates an Kindern zu sprechen. Verzeihen Sie mir diese etwas langfädige Einleitung zu dieser überraschenden Lösung, die wir Ihnen vorschlagen. Wir legen dem Rat den Entwurf zu dieser Mutterschaftsversicherung vertrauensvoll vor.
Ich bitte Sie, auf die Vorlage A einzutreten.

Frau **Meier** Josi: Hans Weigel schrieb einmal ein Buch mit dem Titel «Die Leiden der jungen Wörter». Es kam mir in den Sinn, als ich dem Wort «Sofortprogramm» in unseren Unterlagen begegnete. Seit Anfang der siebziger Jahre wissen wir um die explosiv ansteigenden Kosten im Gesundheitswesen; wir wussten längst, dass es gilt, den Kassen bei der Lösung der damit verbundenen Probleme zu helfen. Aber in der Hoffnung, die Dinge würden sich – wie so oft in diesem Land – von selbst lösen, liessen wir ihnen den Lauf. Die Hoffnung trog gründlich. Das vom Bundesrat 1981 vorgelegte und vom Nationalrat nochmals kondensierte sogenannte Sofortprogramm hat uns trotzdem noch keineswegs beflügelt. Geflügelt blieb nur das Wort «Sofortprogramm», das die Dringlichkeit der Revision anzeigt. Es ist in der Tat höchste Zeit zum Handeln. Eintreten ist angesichts dieser Dringlichkeit mindestens moralisch obligatorisch. Wir können den Krankenkassen nicht jene Mittel vorenthalten, die sie zur Lösung der ihnen übertragenen Sozialaufgaben brauchen. Die Höhe dieser Mittel muss der voraussehbaren Entwicklung entsprechen. Ich sage das vor allem mit Blick auf die Bevölkerungsentwicklung. Einmal mehr müssen wir festhalten, dass unser Volk in steigendem Masse aus alten Leuten besteht, das ist eine Gruppe, welche die Kassen von jeher stark belastet hat. Sie wird innert kurzem für sich allein so viel brauchen wie heute die ganze Bevölkerung. Es versteht sich, dass die Vorlage versucht, die Kosten dort zu dämmen, wo sie entstehen. Wir werden – da naturgemäss nicht gleichzeitig Leistungen ausgebaut und Kosten sowie Prämien reduziert werden können – eine gewisse Wahl treffen müssen. Dabei sind nur solche Lösungen konsensfähig, welche die soziale Rolle der Kassen nicht schmälern. Deshalb unterstütze ich einige Minderheitsanträge. Wir müssen uns auch bewusst sein, dass ein Sofortprogramm nicht zum Systemwechsel taugt. Möglich ist nur der Einbau gewisser Weichen im Rahmen des bestehenden Systems. Das kurz zur Krankenversicherung.
Mein Hauptanliegen in dieser Vorlage ist die in Teil A eingebaute Mutterschaftstaggeldversicherung. Was da vor über 40 Jahren in der Verfassung zugrundegelegt wurde, war offenbar in einem weiten Sinn des Wortes auch nicht gerade ein Sofortprogramm. Aber es ist auch hier höchste Zeit – schauen Sie erneut auf die Bevölkerungsentwicklung –, diese Lücke im sozialen Solidaritätssystem zu füllen. Manche von uns, besonders die Angehörigen der bürgerlichen Parteien und vorab die der CVP, haben da noch Versprechen einzulösen. Beim Kampf gegen den straffreien Schwangerschaftsabbruch haben manche mit dem Argument «Helfen statt Töten» gefochten. Sie forderten damals die sofortige Schaffung einer Mutterschaftsversicherung. Unlängst empfahlen wir die Initiative für eine Mutterschaftsversicherung mit obligatorischem Elternurlaub mit dem Hin-

weis zur Ablehnung, eine Mutterschaftstaggeldversicherung werde mit der heutigen KMVG-Vorlage realisiert.
Heute legen wir Ihnen diese Mutterschaftsversicherung vor. Es gilt nun zu beweisen, dass wir seinerzeit nicht bloss taktische Versprechen abgegeben haben, sondern es ernst meinten. Es geht um die Glaubwürdigkeit unserer Politik. Der Kommissionspräsident hat Ihnen nun das System der von der Kommission ausgearbeiteten Mutterschaftstaggeldversicherung schon so prägnant geschildert, dass ich mich kurz fassen kann. Die Hauptmerkmale des Modells: Die Versicherung baut auf einem Solidaritätssystem auf, welches uns wohl bekannt ist; sie ist zudem familien- und kinderfreundlich, weil sie die professionelle Hausfrau grundsätzlich gleich behandelt wie die berufstätige Frau.
Das Modell hat – das möchte ich stark betonen – im Gegensatz zur seinerzeitigen BV-Eigenlösung unseres Rates den Vorteil der Klarheit für sich; System und Verfahren haben sich bei der Erwerbsersatzordnung (EO) bestens und schon lange bewährt. Das System ist kostengünstig und diskriminiert keine Gruppe von Versicherten oder von Produktionsbranchen. Ich empfehle Ihnen daher warm die Annahme.

Mme **Bauer:** Les coûts de la médecine – mais sans doute serait-il plus juste, si l'on veut bien considérer globalement la question, de parler des coûts de la maladie ou encore des coûts de la santé – ont passé de 9 millliards en 1976 à 15 milliards en 1986, en Suisse. Les dépenses totales de la santé ont décuplé en vingt ans. Il est donc évident qu'on ne peut pas continuer ainsi. Qui est responsable de cette explosion des coûts? Les caisses-maladie accusent les médecins privés, mais les chiffres prouvent que ce sont bien plutôt les établissements hospitaliers. Les sociologues dénoncent également la consommation excessive de médicaments, l'automédication, le recours trop fréquent aux médecins. En fait, tous, à des degrés divers, nous sommes responsables de cette explosion des coûts et il importe qu'ensemble, nous réfléchissions aux moyens de la maîtriser.
Je voudrais cependant, dans un premier temps, nuancer deux jugements sommaires, deux préjugés qu'il faut absolument corriger. Premièrement, si l'on compare les coûts de la santé en Suisse avec ceux d'autres pays de niveau sensiblement égal, on constate qu'en 1982, la Suisse a consacré le 7,4 pour cent de son produit national brut à la santé, alors que ce taux atteignait aux Etats-Unis 10,6, en Suède 9,8, en France 9,3, 9,1 aux Pays-Bas, et 8,2 en République fédérale d'Allemagne, tous ces montants étant donc supérieurs à ceux de la Suisse. Et pourtant, notre système de santé est l'un des plus réputés au monde et nos hopitaux universitaires, nos professeurs de médecine attirent des patients étrangers en grand nombre. En 1983, ce ne sont pas moins de 730 000 journées de soins à des malades domiciliés hors de Suisse qui ont été enregistrées et qui ont rapporté à la Suisse 680 millions. Ainsi donc, la place hospitalière suisse, si elle coûte cher aux cantons et à la Confédération, leur rapporte également près de 2 millions par jour.
Secondement, il est nécessaire de rendre justice au corps médical, que d'aucuns considèrent comme le bouc émissaire de l'augmentation des coûts. Les économistes Pierre Gygi et Andreas Frey ont publié récemment une étude sur la répartition des dépenses consacrées à la santé. Il en ressort que ce sont les hopitaux, les établissements hospitaliers qui sont responsables de près de la moitié des dépenses, soit 46,3 pour cent, le 80 pour cent de ces dépenses étant consacré aux salaires. Par contre, les médecins ne représentent que 19,5 pour cent des coûts. C'est donc bien à l'augmentation du nombre des médecins et non à celle de leurs revenus individuels que l'on doit imputer l'explosion des coûts. C'est pourquoi d'ailleurs les médecins préconisent une limitation à l'accès aux études, une forme de *numerus clausus*, dont les modalités devraient être étudiées. Il faudra bien que, d'une manière ou d'une autre, on en arrive-là. Avec des tarifs bloqués et la hausse constante de leurs frais généraux, leurs revenus ont baissé en termes réels et certains médecins ont tendance – il faut le reconnaître – pour s'assurer un revenu suffisant, à multiplier les actes médicaux, à se suréquiper d'appareils coûteux, à diminuer le temps consacré à chaque malade. Enfin, les revenus des médecins dont la vie active est relativement brève, il faut le souligner, diffèrent largement. Qu'on en juge plutôt: 10 pour cent des médecins, professeurs de médecine, chirurgiens essentiellement, se partagent 25 pour cent du revenu total ou encore 25 pour cent des médecins se partagent 50 pour cent de ce même revenu, tandis que la moitié des médecins gagnent moins de 150 000 francs par an, dont il faut soustraire des charges qui sont, dans certaines régions, dans certaines villes, écrasantes. Nous touchons-là à l'un des points sensibles de la révision de la loi que nous discutons aujourd'hui, qui tend à l'uniformisation, alors que les conditions sont très différentes d'un canton à l'autre. Nous y reviendrons dans la discussion de détail.
Quelques mots sur les caisses-maladie. Elles doivent – c'est incontestable – faire face à des sollicitations toujours plus nombreuses de patients qui se médicalisent de plus en plus, qui cèdent à la surconsommation de médicaments. C'est un signe de notre époque et de notre société, marquée par le stress, les tensions, les angoisses. En raison de l'accoutumance à ces drogues, mieux vaudrait revaloriser le dialogue entre médecins et patients qui est aujourd'hui insuffisamment pris en compte et rémunéré, bien que plus de la moitié des maladies soient d'origine psychosomatique. Les caisses-maladie ont réussi à persuader plus de 400 000 citoyens de signer l'initiative pour une assurance-maladie financièrement supportable, c'est un record! Il est vrai que pour des personnes économiquement faibles, et pour des familles nombreuses, les cotisations coûtent cher et qu'il y aurait lieu de mieux différencier les cotisations selon le revenu et la fortune. Mais il importe aussi de rappeler que le bilan financier des grandes caisses-maladie est bon; en 1984 et en 1985 elles dont dû, certes, augmenter leurs réserves, mais certaines ont dépassé les plafonds recommandés, ce qui témoigne, dans une certaine mesure, de leur prospérité; il faut savoir que leur fonds de sécurité représente aujourd'hui plus de 2 milliards, soit environ le tiers des dépenses, ce qui est tout de même considérable; que leurs revendications, enfin, concernent toujours l'assurance des frais médicaux et pharmaceutiques, mais que, dans les autres branches d'assurance, elles font des bénéfices. Ces quelques remarques pour relativiser les critiques entendues de part et d'autre. La révision partielle de l'assurance-maladie parviendra-t-elle à enrayer les coûts de la santé? On peut en douter. Au moins, a-t-elle le mérite de susciter la réflexion et constitue-t-elle un premier pas vers la maîtrise d'un fait de société qui a de quoi nous préoccuper.
Quelques mots sur l'assurance-maternité. «C'est un cadeau de Noël aux femmes» ont titré certains journaux. «C'est un miracle» ont affirmé les trois femmes du Conseil des Etats. Il est vrai qu'on la promet depuis tant et tant d'années que les femmes n'osaient plus y croire.
Le président de la commission, Arthur Hänsenberger, a eu le mérite de former une sous-commission qui est revenue avec des propositions constructives acceptées, à l'unanimité, par la commission. Je voudrais ici rendre hommage aussi bien au président de notre commission qu'à la sous-commission: ils ont bien travaillé.
Ainsi donc, après avoir rejeté en bloc la partie B du projet, on introduit le principe d'une indemnité journalière en cas de maternité. Le projet prévoit donc d'intégrer l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maternité dans le régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes astreintes au service militaire ou à la protection civile. Ainsi crée-t-on une assurance obligatoire généralisée pour tous les employeurs et employés et les prestations seront obligatoires même pour les femmes sans activité lucrative. Ces dispositions, si elles peuvent susciter quelques réticences, présentent incontestablement des avantages importants.
Le Dr Zimmermann, président central de la Fédération des médecins helvétiques, a fort bien exprimé les raisons pour lesquelles le comité central de la Fédération des médecins suisses a accepté les propositions de notre commission à

une forte majorité. Il s'agissait tout d'abord, affirme le Dr Zimmermann, de tenir la promesse répétée depuis fort longtemps selon laquelle l'assurance-maternité serait réglée lors de la révision de la loi sur l'assurance-maladie. Il importait également de tenir compte des femmes sans profession qui, en raison d'un faible revenu familial, ont de la peine à assumer les frais inhérents à une grossesse et à un accouchement. La formule envisagée, autre avantage, prévoit un financement paritaire simple et pratique.
Il était enfin nécessaire de tenir compte de l'évolution démographique et, je voudrais le souligner ici, de mettre enfin sur pied une politique favorable à la famille. Nous savons qu'auprès l'Allemagne, la Suisse et le pays occidental le plus touché par la dénatalité.
Pour toutes ces raisons, qui ont été très bien mises en évidence, je le répète, par le président de la Fédération des médecins helvétiques, le Dr Zimmermann, je vous engage à voter l'entrée en matière et à accepter le projet A, avec son annexe, concernant la maternité.

Schönenberger: Ich bin für Eintreten auf die Vorlage A, aber nicht für Eintreten auf die Vorlage A plus, wie sie der Präsident der vorberatenden Kommission genannt hat, sondern höchstens auf die Vorlage A minus, das heisst ohne das Kapitel 3bis über die Mutterschaft.
Wir sind hier im Begriff, im Rahmen einer laufenden Gesetzesrevision einen neuen Sozialversicherungszweig zu schaffen, und das alles ohne Vernehmlassungsverfahren bei den interessierten Kreisen und ohne Botschaft des Bundesrates. Ich möchte keineswegs sagen, dass dies nicht zulässig sei, aber ich zweifle an der Richtigkeit und an der Opportunität dieses Vorgehens. Es wird ja immer wieder geltend gemacht, das Versprechen der Einführung einer Mutterschaftsversicherung habe zur massiven Ablehnung der Mutterschaftsinitiative geführt, über die vor nicht allzu langer Zeit abgestimmt worden ist, und das damals gegebene Versprechen müsse jetzt eingelöst werden. Ich kann mich dieser Argumentation nicht anschliessen, frage mich aber, wer denn überhaupt im Verlaufe von Abstimmungen berufen ist, Versprechungen abzulegen und wen solche Versprechungen binden sollen.
Auch der Einwand, der in Artikel 34quinquies Absatz 4 Bundesverfassung enthaltene Verfassungsauftrag müsse endlich eingelöst werden, verfängt nicht. Anlässlich der Abstimmung von 1945 stand nämlich nicht eine Taggeldversicherung im Vordergrund, sondern der Einbezug von Pflegeleistungen bei Mutterschaft in die Krankenversicherung. Dieses Postulat ist in Teil A des KMVG-Sofortprogrammes bereits erfüllt.
Der Vorschlag der Kommission vermag nicht zu befriedigen, weil hier Sozialpolitik nach dem Giesskannenprinzip betrieben wird. Ganz unabhängig vom Bedürfnis werden wiederum und wieder einmal mehr Geldbeträge ausgeschüttet, und das können wir uns auch unter Berufung auf Solidarität einfach nicht mehr leisten. Schon beim BVG haben wir erklärt, der Abzug von Lohnprozenten hätte jetzt seinen Höhepunkt erreicht. Wir haben seither die IV revidiert und den Abzug weiterer Lohnprozente beschlossen. Auch für diese Vorlage greifen wir erneut auf Lohnprozente zurück. Meines Erachtens ist die Schwelle nun überschritten. Das ist der Grund, weshalb ich mich gegen dieses Modell auflehne.
Ich bin nicht grundsätzlich gegen eine Mutterschaftsversicherung, aber gerade die Vielzahl der vorliegenden Modelle, die der Präsident angeführt hat, hätten gerechtfertigt, ein Vernehmlassungsverfahren durchzuführen und dann en connaissance de cause zu entscheiden.

Andermatt: Seit der letzten Neuordnung im Jahre 1964 sind in der Krankenversicherung keine grundlegenden Neuerungen mehr vorgenommen worden. 1974 haben wir über eine SP-Initiative und über einen Gegenvorschlag des Parlamentes abgestimmt. Beide wurden damals vom Volk verworfen. Anschliessend arbeiteten etwa fünf Jahre Expertenkommissionen und der Bundesrat an der nun vorliegenden Gesetzesrevision. Die Kostenentwicklung ging rasant weiter, und im Jahre 1982 hat eine Sparkonferenz Sparmöglichkeiten im Gesundheitswesen aufgezeigt. In der Zwischenzeit liegen schon wieder zwei neue Initiativen im Haus, wobei von der sozialdemokratischen Initiative vor allem ein neuer Finanzierungsmodus via Lohnprozente angestrebt wird. In dieser Situation entschloss sich nun der Nationalrat, nicht auf die grosse Revision der Krankenversicherung einzutreten, sondern ein Sofortprogramm mit den Punkten vorzulegen, bei denen ein Konsens möglich erscheint. Die Grundstruktur der Versicherung soll beibehalten werden. Dieses Vorgehen scheint mir richtig und bringt auch eine realistische Uebergangslösung. Die Kommission empfiehlt Ihnen, wie der Herr Präsident ausgeführt hat, Eintreten auf den Vorschlag des Nationalrates, das heisst, Beschliessen eines Sofortprogramms.
Die zuständigen Stellen des Bundesamtes für Sozialversicherung müssen aber nach meinem Dafürhalten sofort, wenn dieses Sofortprogramm beschlossen wird, an eine Totalrevision der Krankenversicherung herangehen. Bei dieser Revision müssten alle bisherigen Erkenntnisse über die Gründe der enormen Kostensteigerung, vor allem aber auch die Resultate der Sparkonferenz berücksichtigt werden. Wir müssen einsehen, dass die Probleme der Krankenversicherung nicht wie bisher durch einen fortlaufenden Leistungsausbau einerseits und das Hineinpumpen von immer mehr Mitteln in den Kreislauf des Gesundheitswesens andererseits gelöst werden können. In diesem Sinne führen auch die Initiativen der Krankenkassen und der sozialdemkratischen Partei und des Gewerkschaftsbundes nicht weiter. Eine Lösung kann nur über eine grundlegende Neuorientierung im Leistungsbereich und bei der Finanzierung gefunden werden. Die Finanzierungsweise muss einerseits das Kostenbewusstsein und die Selbstverantwortung der Patienten stärken, andererseits aber auch den wirtschaftlichen Situationen der Versicherungsnehmer besser Rechnung tragen als die bisherigen Modelle.
Als Zahnarzt habe ich 37 Jahre in meiner Praxis gearbeitet, also in einem Teilgebiet des Gesundheitswesens. In diesem Zeitraum wurden auf dem Gebiet der Zahnheilkunde in der Verhütung von Krankheiten und in der Behandlung von Zahnschäden beachtliche Fortschritte erzielt. Obwohl im Bereich der Technik viele Neuerungen Platz gegriffen haben, kann man sagen, dass die Zahnheilkunde unter Ausklammerung der Inflation für den Patienten nicht wesentlich teurer geworden ist. Vergleicht man auf dem Gebiet der Zahnheilkunde die schweizerischen Verhältnisse mit anderen Ländern, wo die Sozialversicherungen auch die Zahnpflegekosten übernehmen, stellt man fest, dass die Kosten bei uns nicht nur weniger gestiegen sind, sondern dass auch der Gesundheitszustand der Zähne in der Schweiz besser ist als anderswo. Das bedeutet doch, dass bei uns die Selbstverantwortung und das Kostenbewusstsein der Patienten auf dem Gebiet der Zahnheilkunde grösser sind als in anderen Bereichen der Medizin und dass beide kleiner werden, sobald die Sozialversicherung sämtliche Kosten übernimmt. In der Schweiz verlangt der Patient, je nachdem, wieviel Geld er für seine Zähne ausgeben will oder kann, vom Zahnarzt verschiedene Lösungsvorschläge. Dies ist aber nur vorläufig so. Wir stellen heute schon fest, dass mit dem Aufkommen der Zahnpflegekosten-Versicherungen immer mehr Patienten zum Beispiel kostspielige kosmetische Verbesserungen wünschen, weil die Kosten ganz oder zum Teil durch die Versicherungen übernommen werden, das heisst, weil sie durch einen Dritten bezahlt werden. Diese Tendenz gilt es nicht nur auf dem Gebiet der Zahnheilkunde, sondern auf allen Gebieten der Medizin – bei einer zukünftigen Revision der Krankenversicherung – zu beachten, will man überhaupt eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen erreichen.
Das Finanzierungsmodell der Vereinigung der privaten Kranken- und Unfallversicherer zur Neuverteilung der Bundessubventionen weist sicher einen Weg in die richtige Richtung. Kostengerechte Prämien und variable Selbstbehalte können das Kostenbewusstsein und die Selbstverantwortung stärken. Der soziale Ausgleich wäre durch Berück-

sichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherungsnehmers zu schaffen. Als Leitgedanke scheint mir dieses Modell vernünftig, und es vermag auch den Ansprüchen einer sozialen Finanzierung gerecht zu werden.
Die Kommission empfiehlt Ihnen Nichteintreten auf den Teil B des Sofortprogrammes. Damit wäre die Lösung der Mutterschaftsversicherung wiederum auf Jahre hinaus verschoben. Die Mehrheit der Kommission ist aber der Ansicht, dass die in Artikel 34quinquies BV festgelegte Mutterschaftsversicherung im Rahmen dieses Sofortprogrammes, auch aufgrund der im Jahre 1983 und 1984 abgegebenen Versprechungen, verwirklicht werden sollte. Wir sind uns einig, dass die Mutterschaft keine Krankheit ist und deshalb keine Notwendigkeit besteht, die Mutterschaftsversicherung im Rahmen der Krankenversicherung zu lösen. Ferner sind wir mehrheitlich der Auffassung, dass sich eine Mutterschaftsversicherung auf alle, nicht nur auf die erwerbstätigen Mütter erstrecken soll. Es boten sich uns – der Kommissionspräsident hat das ausgeführt – zwei Lösungen an: eine via Obligationenrecht nur für die Erwerbstätigen, eine zweite – ich möchte sie als Solidaritätslösung bezeichnen – via Lohnprozente analog derjenigen des Erwerbsersatzes beim Militärdienst.
Die Lösung via Obligationenrecht wurde seinerzeit vom Nationalrat zugunsten einer Lösung via Krankentaggeld-Versicherung abgelehnt. Wir meinen, dass diese Ablehnung zu Recht erfolgte, da es sich hier nicht um eine Versicherungslösung handelt. Der Solidaritätsgedanke fehlt und dies vor allem bei Klein- und Mittelbetrieben mit vielen weiblichen Angestellten. Es würde dies in solchen Betrieben zu einer bedeutenden Mehrbelastung führen. Gerade diese Belastung könnte eine Diskriminierung der Frauen am Arbeitsplatz nach sich ziehen. Mit diesem Vorgehen wäre auch die Versicherung der Nichterwerbstätigen ungelöst. Es ist keineswegs so, dass alle nichterwerbstätigen Mütter zum vorneherein nicht auf ein Mutterschaftsgeld angewiesen wären.
Die obligationenrechtliche Lösung wurde – wie gesagt – durch die Kommission verworfen. Wir meinen, dass dem Verfassungsauftrag mit einer Lösung, die sich an das System der Erwerbsersatzordnung anlehnt, am besten nachgekommen werden kann. Wir haben eine einfache Lösung für die Erwerbstätigen ohne die Diskriminierung der Frauen am Arbeitsplatz. Die Krankentaggeld-Prämien der Männer in Betrieben mit vielen weiblichen Angestellten werden durch diese weiblichen Angestellten nicht übermässig belastet. Auf administrativ einfache Art kann auch eine Lösung für die nichterwerbstätigen Frauen gefunden werden. Beachtet werden muss auch, dass wir mit dieser Lösung auch den familienpolitischen Anliegen einer Mutterschafts-Versicherung am besten gerecht werden.
Die Kosten für diese Versicherung wurden vom Bundesamt für Sozialversicherung auf 400 Millionen Franken berechnet und zur Finanzierung 0,4 Lohnprozente vorgeschlagen. Entsprechend neuen Berechnungen sollen durch diese 0,4 Lohnprozente 550 Millionen eingebracht werden. Wenn diese Berechnungen stimmen, würde es möglich sein, die Lohnprozente um 0,1 Prozent zu senken, mit anderen Worten, mit 0,3 statt 0,4 Lohnprozenten für die Mutterschaftsversicherung auszukommen.
Zusammenfassend empfehle ich Ihnen, dem Nationalrat folgend nur ein Sofortprogramm zu beschliessen und nur auf den Teil A, erweitert um eine Aenderung der Erwerbsersatzordnung, einzutreten.

Frau **Bührer**: Wer als Kommissionsmitglied vor der Aufgabe steht, zu dieser Gesetzesrevision etwas zu sagen, könnte leicht in eine resignierte Stimmung verfallen. Zu gross, ja, erdrückend sind die Probleme unseres Gesundheitswesens, zu zaghaft unsere Lösungsversuche. Der Berg hat eine Maus geboren. In einem Punkt allerdings schlägt Ihnen die Kommission eine echte Lösung vor. Ich freue mich, nein – das ist zu wenig gesagt –, ich bin glücklich, dass in Zukunft jede Frau ohne existentielle Probleme der Geburt eines Kindes entgegensehen kann. Ein grosser Dank gebührt an dieser Stelle unserem Kommissionspräsidenten, der mit seinem hervorragenden und mir immer sympathischen Einsatz ein Denkmal verdient hätte.
Die Verbesserung der Mutterschaftsleistung ist ein echter, grosser Fortschritt. Es freut mich ganz besonders, dass ich dieses gemeinsame Anliegen mit den seinerzeitigen Befürwortern der Initiative «Recht auf Leben» teilen darf, wenigstens mit der Mehrheit der Befürworter, Herr Schönenberger.
Die übrigen Probleme werden mit dieser Vorlage, durch das Sofortprogramm, kaum angetippt. Die obligatorische Taggeld-Versicherung – ein sehr wichtiges Anliegen – ist sogar mit grosser Geste vom Tisch gewischt worden, und dies, obwohl in keiner Weise zu begründen ist, warum das wahrscheinlichste Risiko, nämlich Lohnausfall durch Krankheit, nicht durch eine Versicherung abgedeckt sein soll. Es kann keine Rede davon sein, dass mit unseren Vorschlägen die Kostenexplosion und die für die Familien fast untragbare Prämienbelastung wirksam und nachhaltig begrenzt werden können. Die Gründe für dieses unbefriedigende Ergebnis liegen allerdings nicht oder nur in geringem Masse beim mangelnden Willen der Parlamentarier. Das Scheitern war vorprogrammiert. Um es in einem Satz zu sagen: Am und im Gesundheitswesen wird zuviel verdient. Kostendämpfung heisst eben auch: der Kuchen schrumpft! Diese Gefahr ruft sofort die Interessenvertreter auf den Plan, die ihre Weidegründe vertreten und zu verteidigen wissen. Das System ist gut eingespielt. Man könnte es mit einer Skulptur von Tinguely vergleichen, alles läuft, alles bewegt sich, nur Sinn ergibt das Ganze kaum. Niemand wird im Ernst behaupten wollen, aus der gigantischen Gesundheitsmaschinerie resultiere letzten Endes eine Steigerung der Volksgesundheit. Das Gegenteil ist der Fall. Trotz einigen spektakulären Erfolgen, die ich nicht negiere – ich denke z. B. an die Tuberkulose, an Infektionskrankheiten –, scheint es, dass unser Volk keineswegs gesünder geworden ist.
Zum Teufelskreis, aus dem wir uns mit dieser Vorlage sicher nicht befreien können, tragen alle bei: die Profiteure und die Opfer. Man müsste ein Buch schreiben, wollte man die Zusammenhänge erschöpfend darstellen. Ich will Ihnen das ersparen. Ich kann nur einige wenige Aspekte herausgreifen. Fangen wir bei den Medikamenten an. Warum ist es möglich, in Italien alle nur denkbaren Medikamente – ausgenommen Suchtmittel – frei zu kaufen, *nota bene* erheblich günstiger als in der Schweiz, während bei uns die Rezeptpflicht geradezu schikanös gehandhabt wird? Ein ausgezeichnetes Fachwissen liegt bei den Apothekern brach, weil sie verpflichtet sind, den Arzt dazwischen zu schalten. Ich frage, wieso die IKS erstens derart hohe Heilmittelpreise im Vergleich zum Ausland zulässt und zweitens nicht endlich eine grundlegend andere Philosophie bei der Rezeptpflicht zur Anwendung bringt, d. h., von der Eigenverantwortlichkeit der Bevölkerung ausgeht, anstatt diese am teuren Gängelband zappeln zu lassen und den Aerzten damit die Wartezimmer zu füllen. Können wir nicht lesen, was in den Beipackzetteln steht? Sind wir weniger gebildet als die Italiener, die diese Praxis bestens verkraften können? Man muss die Frage stellen: nimmt die IKS wirklich unsere Interessen genügend wahr? Ist sie unabhängig genug, oder müsste eine Bundesstelle geschaffen werden?
Als zweites möchte ich die oft beschworene Verantwortung der Aerzte etwas beleuchten. Die Aerzte haben einen bemerkenswert grossen Handlungsspielraum. Dafür tragen sie auch allein die grosse Verantwortung. Wirklich? Es braucht sehr grobe Verstösse gegen die Regeln der ärztlichen Kunst, bis ein Arzt zur Verantwortung gezogen werden kann. Im Normalfall bezahlt die Krankenkasse alles: das Unnötige, das Falsche, das Ueberflüssige. Da werden Hunderter-Packungen eines Medikamentes verschrieben, bevor die Verträglichkeit feststeht, und schon wandern 98 Pillen in den Müll. Da wird jahrelang behandelt und verarztet, und die Obduktion ergibt einwandfrei, dass die Diagnose falsch war. Der Arzt trägt zwar die Verantwortung, und er trägt gewiss nicht leicht daran, aber Konsequenzen haben seine Fehler in den wenigsten Fällen. Der Arztberuf ist vermutlich der

einzige Berufsstand, der auch noch an seinen Fehlern verdient und Fehlleistungen anstandslos bezahlt bekommt. Wo sind die Krankenkassen, die den Aerzten auf die Finger schauen und nicht nur in krassen Fällen einschreiten, wie das heute der Fall ist, sondern im Normalfall? Die mangelnde Kontrolle verleitet zu Missbrauch; er ist geradezu vorprogrammiert.
Die Krankenkassen müssten noch ein Weiteres tun. Sie müssten wie die Spürhunde dauernd auf den Fersen kostengünstiger und wirksamer Behandlungsmethoden, kostengünstiger und wirksamer Medikamente sein, vor allem aber müssten sie eine Medizin aktiv fördern, die von der Symptombekämpfung weg und hin zur Ursachenbekämpfung führt. Wer – wenn nicht die Krankenkassen – müsste und könnte diese Aufgabe wahrnehmen? Es braucht einen breiten Rücken dazu, denn jede neue Heilmethode, vor allem wenn sie abseits der gängigen Chemotherapie steht und nicht an einem Universitätsinstitut entwickelt wurde, hat nur Feinde, und die Gefahr, dass sie nur in kleinstem Raum wirken kann, personengebunden ist und deshalb bald wieder völlig verschwindet und vergessen wird, ist sehr gross. Nicht selten wird zur Diffamierung einer Aussenseitermethode als grösster Makel die angebliche Unwissenschaftlichkeit ins Feld geführt, als ob uns die Wissenschaftlichkeit allein zur Gesundheit geführt hätte! Bei den Krankenkassen laufen alle Fäden zusammen. Sie müssen die Szene beobachten und durch Information ihrer Mitglieder aktiv eingreifen. Auch die Zusammenarbeit unter den Kassen müsste bestens organisiert werden. Es ist erwiesen, dass viele hervorragende, erfolgreiche Aerzte ihre Erkenntnisse nicht weitertragen können, nicht weil sie ein Geheimnis daraus machen, sondern weil sich anscheinend keine Fakultät, kein Kollege wirklich dafür interessiert.
Zuviel Prestige wird in diesen Gärtlein gepflegt, und diese Pflege kommt uns sehr teuer zu stehen. Die Interessen des Patienten und das volkswirtschaftliche Interesse an einem kostengünstigen Gesundheitswesen sind offenbar zweitrangig, ja inexistent. Ich rufe die Krankenkassen auf, in diesem Bereich aktiv zu werden oder – volkstümlich ausgedrückt – den Aerzten auf die Finger zu schauen und, wenn nötig, auch auf die Finger zu klopfen. Sie, die Krankenkassen, haben es in der Hand, einen entscheidenden Beitrag zur Kostendämpfung zu leisten.
Ich kann Ihnen ein Beispiel geben; ich möchte sozusagen die Krankenkassen auf eine Fährte setzen. Ich spreche aus eigener Erfahrung. Es geht um die Volksseuche Nummer 1, das Rheuma. Auch andere Schmerzzustände unerklärlicher Ursache kann man miteinbeziehen. Milliarden werden in diesem Bereich ausgegeben. Heilung ist kaum möglich. Ganz- oder Teilinvalidität, zumindest eine schwere Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, sind die Regel. Nun hat bereits vor Jahrzehnten ein Zürcher Arzt – kein Rheumaspezialist (das ist wahrscheinlich sein Handicap) – eine verblüffend einfache, wirksame, spottbillige Behandlungsmethode gefunden. Nicht erfunden, gefunden! Er hat Zusammenhänge im neurovegetativen Bereich erkannt, die als epochale Entdeckung gelten müssen. Seine Erfolge sind absolut spektakulär. Die Ergebnisse seiner lebenslangen Forschungstätigkeit sind publiziert und frei zugänglich. Sein Name ist Privatdozent Dr. med. Herbert Winzeler, noch praktiziert er in Zürich, noch könnte er seine Methode weitergeben. Nun frage ich Sie: Wer hat Interesse daran, den «Rheumamarkt» (ein Wort mit bitterem Nachgeschmack) zusammenbrechen zu lassen? Die Chemie, die Millionen verdient? Die Bäderkliniken, die Millionen investiert haben? Die Therapiezentren, die Rheumaspezialisten? Diese Fragen bedürfen keiner Antwort. Allein die Krankenkassen könnten und müssten aufklärend wirken, informieren und, wenn nötig, auch Druck ausüben. Die Versicherten sind ohne die Hilfe der Krankenkassen gar nicht in der Lage, kostengünstigere Verfahren zu wählen, weil sie die Möglichkeit zum Vergleich nicht haben. Deshalb wird auch die stärkere finanzielle Beteiligung der Patienten, wie wir sie mit dieser Vorlage bezwecken, ein Schlag ins Wasser bleiben. Den Patienten fehlt weitgehend die Möglichkeit, kostenbewusst zu handeln. Ich sage weitgehend, denn ganz unschuldig sind sie auch nicht. Wir, die Patienten, konsumieren zu viel. Es wird zu viel konsumiert im Gesundheitsbereich.
Das geht nicht darauf zurück, dass wir, die Patienten, zu konsumieren wünschen, aber es kommt dazu, weil wir weitgehend gar nicht gefragt werden und weil wir es akzeptieren, dass wir nicht gefragt werden. Wer sich in ärztliche Behandlung begibt, muss heillos aufpassen, dass ihm nicht die Verantwortung für die eigene Person entgleitet. Der Arzt erwartet, dass ihm der Patient vertraut. Das ist gut und schön. Besser wäre aber, die Aerzte würden mündige Patienten schätzen. Es gibt ein Rezept, das zur Kostendämpfung beitragen könnte: Der Patient muss lernen, nein zu sagen. Vor allem sollte er sich jedesmal vor dem Gang zum Arzt in Erinnerung rufen, dass die Zeit der billigste Doktor ist. Mit den meisten Krankheiten wird der Körper nämlich allein fertig, wenn wir ihm Zeit lassen. Für die restlichen Fälle würden unsere finanziellen Mittel reichen, und wir sollten sie für diese Fälle einsetzen.
Zum Schluss: Eine Verbesserung der Situation im Gesundheitswesen braucht die nötigen gesetzlichen Voraussetzungen. Es besteht kein Zweifel, dass es uns nicht gelungen ist, mit dieser Vorlage die Voraussetzungen auf breiter Basis zu schaffen. Es braucht aber mehr als nur Paragraphen, es braucht Phantasie und den festen Willen, Privilegien abzubauen, die Schutzmauern um fette Weidegründe niederzureissen, Sand ins Getriebe des Gesundheitsgeschäftes zu streuen, dazu braucht es Mut; denn wo es um viel Geld geht, wird mit harten Bandagen gekämpft. Ich hoffe, die Diskussion um das Krankenversicherungsgesetz stärke diesen Mut, bringe insbesondere die Krankenkassen dazu, endlich ihre Verantwortung wahrzunehmen. Ohne ihre Unterstützung bleibt die Selbstverantwortung des Patienten ein leeres Wort, zappelt er hoffnungslos in dichtgeknüpften Netzen.

Bundespräsident **Egli:** Die Vorlage, welche Sie heute beraten, basiert auf einer Botschaft vom 19. August 1981. Ich habe dieses Geschäft von meinem Vorgänger übernommen und während vier Jahren getreulich gehütet. Ich werde es nun auch an meinen Nachfolger übergeben müssen. Und das Ganze segelt unter dem Begriff «Sofortprogramm»!
Ich will nicht zynisch werden. Aber ich möchte zum Ausdruck bringen, dass der Bundesrat darauf Wert legt, diese Vorlage schnellstens über die Bühne zu bringen, und Sie bitten, sich nicht mehr in Details zu verkrallen, sondern in grossen Zügen den Vorschlägen Ihrer Kommission zu folgen. Denn erstens einmal sind wir es der Bevölkerung schuldig, dass das Versprechen über die Mutterschaftsversicherung eingelöst wird. Dieses Versprechen gibt es, Herr Schönenberger! Es gibt auch politische Versprechen. Damals, bei der Behandlung der Mutterschaftsversicherung, haben sowohl der Bundesrat als auch etliche Parlamentarier den Initianten versprochen, für eine Mutterschaftsversicherung einzutreten. Im übrigen darf ich Sie daran erinnern, dass der Verfassungsgeber schon seit dem Jahre 1945 dem Gesetzgeber befiehlt, eine Mutterschaftsversicherung auf dem Wege der Gesetzgebung einzuführen. Es bestehen also genügend Gründe, diese Vorlage zu beschleunigen.
Im nationalrätlichen Verfahren wurde die Vorlage in zwei Teile aufgeteilt, in Teil A und Teil B. Ich möchte für den Teil A sagen, wo wir die Hauptschwerpunkte sehen:
1. In der Kostendämpfung. Auch das ist ein Grund dafür, weshalb wir Sie ersuchen, endlich vorwärts zu machen mit dieser Vorlage, damit wir jene Bestimmungen in Kraft setzen können, von denen wir uns eine Kostendämpfung versprechen.
2. Eine weitere Priorität sehen wir in einer verstärkten Kostenbeteiligung der Versicherten. Auch das ist ein Mittel, die Kosten zu verringern.
3. Wir sehen einen gezielteren Einsatz der Beiträge der öffentlichen Hand vor. Wir wollen, dass damit das berühmte Giesskannenprinzip doch in etwa korrigiert wird.
Herr Andermatt, Sie haben davon gesprochen, dass wir baldmöglichst eine Totalrevision durchführen sollen, um

gerade auch dieses Prinzip der etwas zu groben Ausschüttung öffentlicher Mittel durchzusetzen. Ich kann Ihnen sagen, dass wir heute schon daran sind, die Revision des Sofortprogramms an die Hand zu nehmen. In diesem Sinne hat ja auch der Bundesrat die Motion des Nationalrates entgegengenommen, in der gefordert wird, dass eine Finanzierung der Krankenversicherung bewerkstelligt werden soll, welche in vermehrtem Masse auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der einzelnen Versicherten Rücksicht nimmt.
4. Weiter soll der Bereich der Pflegeleistung verbessert werden. Wir haben an verschiedenen Orten die Leistungen verbessert.
5. Wir wollen vor allem eine Verbesserung der Mutterschaftsleistungen erreichen. Das zum Beschluss A.
Zum Beschluss B: Sie sind in der Kommission auf den Beschluss B nicht eingetreten. Ich muss Frau Bührer Recht geben, dass die sozialpolitische Logik hier einen Sprung macht. Die verschiedensten Risiken versichern wir obligatorisch: Lohnausfallrisiken bei Unfall, bei Militärdienst, bei Arbeitslosigkeit, bei Tod des Ernährers und auch bei Invalidität. Ausgerechnet jenes Risiko, das doch am wahrscheinlichsten eintrifft, nämlich die Krankheit, wollen wir nicht obligatorisch versichern. Hier wollen Sie keine obligatorische Taggeldversicherung. Aber wir haben eingesehen, dass in Ihrer Kommission eine derartige Mehrheit bestand. Auch bei der Abstimmung im Nationalrat wurde der Beschluss B nur sehr lau angenommen. Diese Tatsachen haben uns bewogen, mit Ihnen zu kooperieren und für die Mutterschaftsversicherung eine andere Lösung zu finden.
Es ist kein Geheimnis, dass der Kommissionspräsident, Herr Hänsenberger, eigentlich der Erfinder dieses neuen Modells ist. Zumindest hat er diese Idee in die Kommission hineingetragen. Wir müssen zugeben, dass sie faszinierend ist.
Darum hat sich auch der Bundesrat entschlossen, sich in diesem Teil der Kommission anzuschliessen und zu kooperieren, um so auf dem Wege der EO die Mutterschaftsversicherung zu realisieren.
Es handelt sich hier um eine administrativ einfache und rasch realisierbare Lösung, die echte Fortschritte bringt und eine anerkanntermassen berechtigte Forderung endlich erfüllen würde.
Der Vorsitzende Ihrer Kommission hat bereits darauf hingewiesen, was diese Lösung etwa kosten könnte. Er sprach von vier Beitragspromillen. Wir glauben, dass wir hier noch mit etwas weniger auskommen können, vermutlich mit etwa drei Beitragspromillen. Aber was noch zu betonen ist: Die Finanzierung würde durch einen von der heutigen EO separaten und speziellen Fonds erfolgen. Damit wären auch allfällige Uebergriffe in die anderen Zwecken dienenden EO-Kasse ausgeschlossen.
Sie sehen, dass wir hier mit relativ wenig Mitteln zu einer wirksamen Mutterschafts-Versicherung kommen. Das Modell B gemäss Nationalratsbeschluss sah noch Beiträge von zwei bis drei Lohnprozenten vor. Allerdings muss betont werden, dass damit die Krankentaggeld-Versicherung ganz allgemein eingeschlossen gewesen wäre und nicht nur die Mutterschafts-Versicherung.
Ich danke dem Herrn Kommissionsreferenten für die einlässliche Berichterstattung. Ich danke auch allen Votanten, die noch einiges dazu beigetragen haben. Eigentliche Fragen sind dabei nicht gestellt worden. Ich möchte aber doch zu einigen Punkten noch Stellung nehmen, die aufgegriffen worden sind.
Herr Schönenberger, ich habe Ihnen bereits teilweise auf Ihre skeptischen Bemerkungen geantwortet. Ich glaube nicht, dass wir bei diesem Modell vom Giesskannenprinzip sprechen können. Sozialpolitik mit dem Giesskannenprinzip würde voraussetzen, dass öffentliche Mittel mit der Giesskanne breit ausgegossen werden. Das ist jedoch nicht der Fall. In unserem Fall, nach dem Modell Ihrer Kommission, handelt es sich um eine Selbstversicherung. Wohl wird die Versicherung auf eine breitere Solidaritätsbasis abgestützt, aber staatliche Mittel werden hier nicht verwendet.
Zur Totalrevision, Herr Andermatt, habe ich mich bereits geäussert.
Sie haben von der Zahnversicherung gesprochen und gesehen, dass wir im Bundesgesetz A den entsprechenden Passus gestrichen haben. Ursprünglich war der Bundesrat der Auffassung, dass die Versicherungen auch die Zahnversicherung anbieten müssten, doch haben wir nachher dieses Obligatorium gestrichen.
Sie haben das Modell der PKU, das heisst der Privaten Unfall- und Krankenversicherer, angezogen. Es ist möglich, ich schliesse das nicht aus, dass dieses Modell uns eine Lösung brächte, die sozialer wäre und die öffentlich finanziellen Mittel jenen zuführen würde, die sie brauchen. Ich erinnere daran, dass dieses Modell in der nationalrätlichen Kommission nur mit dem Stichentscheid des Präsidenten gescheitert ist. Es handelt sich um ein Modell, bei welchem der Versicherte von seinen Steuern einen gewissen Betrag, der einen bestimmten Prozentsatz überschreitet, abziehen könnte. Die Finanzdirektoren haben sich zwar aus Gründen der Praktikabilität entschieden dagegen ausgesprochen. Aber ich glaube, wenn wir schon im Sinne Ihrer Motion eine Revision einleiten, werden wir dieses Modell nochmals überdenken müssen.
Frau Bührer, Sie haben die Gründe aufgezählt, aus denen Sie die heutige Kostenexplosion im Gesundheitswesen ableiten. Sie haben die Teuerung bei den Medikamenten angezogen. Ich muss Ihnen aber sagen: Die Medikamente unterstehen nicht nur bezüglich ihrer Wirksamkeit, sondern auch bezüglich ihrer Wirtschaftlichkeit der Kontrolle der Arzneimittelkommission. Es steht also den Arzneimittelproduzenten nicht frei, ihre Preise nach ihrem eigenen Willen zu gestalten.
Ein zweiter Grund für die Kostenexplosion, glauben Sie, sei das Gebaren der Aerzte. Es stimmt wohl, dass die sogenannte Aerzteplethora, d. h. der Ueberfluss an Aerzten, einiges zur heutigen Kostenexplosion beiträgt. Wir haben deshalb auch hier Korrektive vorgesehen. Erstens einmal haben wir das Prinzip des Vertrauensarztes geschaffen. Der Vertrauensarzt wird sich zwischen den Patienten und den Kassen einschalten. Auch haben wir dafür gesorgt, dass künftig die Rechnungen der Aerzte transparenter gestaltet werden sollen.
Was die Spitalplanung anbelangt, haben wir ja vorgesehen, dass Spitäler, die ausserhalb der kantonalen Spitalplanung entstehen, nicht mehr für Leistungen der Krankenversicherungen bezugsberechtigt sein würden. Ich bin überzeugt, dass einige der Mittel, die wir im Bundesgesetz A eingebaut haben, zur Kostendämpfung beitragen werden. Es sei nicht verschwiegen, dass wir mehrheitlich diese Bestimmungen aus den Vorschlägen der sogenannten Sparkonferenz entnommen haben, die mein Vorgänger eingesetzt hat.
Es geht meine flehentliche Bitte an Sie, nun dafür zu sorgen, dass diese Vorlage speditiv behandelt werden kann. Ich werde die gleiche Bitte an meinen Nachfolger oder an meine Nachfolgerin weitergeben. Verlieren Sie sich nicht mehr in Details. Sehen Sie etwas grosszügig über gewisse Punkte hinweg. Realisieren Sie das Sofortprogramm, und realisieren Sie vor allem die Mutterschaftsversicherung.

Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen
Le conseil décide sans opposition d'entrer en matière

Detailberatung – Discussion par articles

Titel
Antrag der Kommission
Bundesgesetz über die Krankenpflegeversicherung und die Leistungen bei Mutterschaft

Titre
Proposition de la commission
Loi fédérale sur l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et des prestations en cas de maternité

Angenommen – Adopté

Ingress, Ziff. I Ingress, Titel, Ingress, Aenderung von Ausdrücken
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Préambule, ch. I préambule, titre, préambule, modifications rédactionnelles
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 1
Antrag der Kommission
Abs. 1 bis 3
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Abs. 4
.... Artikel 2 freiwillig. (Rest streichen)

Art. 1
Proposition de la commission
Al. 1 à 3
Adhérer à la décision du Conseil national
Al. 4
.... sous réserve de l'article 2. (Biffer le reste)

Hänsenberger, Berichterstatter: Ihre Kommission schlägt, wie Sie wissen, vor, auf die Vorlage B nicht einzutreten. Somit ist hier in Absatz 4 der letzte Satz zu streichen. Wir werden allerdings die grundsätzliche Frage zu B später behandeln müssen. Nötigenfalls würden wir auf diesen Artikel zurückkommen.
An dieser Stelle möchte ich festhalten, dass der häufige Vermerk bei den Beschlüssen des Nationalrates («Streichen, nicht ins Sofortprogramm») bedeutet, dass ein Artikel unverändert, in der bisherigen Fassung des KUVG, in Zukunft weiter gilt. Sie haben den geltenden Text des KUVG (das grüne Papier) erhalten.

Angenommen – Adopté

Art. 2 Randtitel, Abs. 1 Bst. a und 2bis
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 2 titre marginal, al. 1 let. a, 2bis
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 2bis
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 3 Abs. 4bis
Antrag der Kommission
Mehrheit
.... Zusatzversicherungen betreiben, die unabhängig von der Grundversicherung zu finanzieren sind. Sie regeln diese ....
Minderheit
(Meier Josi)
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 3 al. 4bis
Proposition de la commission
Majorité
.... et de maternité, qui doivent être financées indépendamment de l'assurance de base. Elles réglementent ....
Minorité
(Meier Josi)
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Hänsenberger, Berichterstatter: Der Nationalrat hat hier die vom Bundesrat vorgeschlagene Neuregelung betreffend die Zusatzversicherungen weggelassen. Ihre Kommission schlägt Ihnen jedoch vor, den Text des Bundesrates zu übernehmen und noch etwas zu verdeutlichen. Wir erwähnen hier ausdrücklich die Grundversicherung. Wir verstehen darunter diejenigen Pflichtleistungen der Kassen, auf welche sich dieses Gesetz überhaupt bezieht, für die der Bund Vorschriften aufstellt und die öffentliche Hand Beiträge leistet. Bei den Zusatzversicherungen hingegen können die Kassen Aufnahmen, Leistungen, Prämien usw. frei regeln. Das KMVG bezieht sich nur ausnahmsweise, wenn dies im Gesetz ausdrücklich erwähnt ist, auf diese Zusatzversicherungen, die grundsätzlich der freien Konkurrenz überlassen sind und deren Finanzierung unabhängig von der Grundversicherung zu erfolgen hat. Dem Antrag unserer Kommission liegt die Idee zugrunde, die Leistungen der Grundversicherungen seien zu standardisieren, um damit den Versicherten einen sauberen Vergleich der Prämien zwischen den sich konkurrenzierenden Kassen zu ermöglichen. Bis jetzt war das sehr schwierig.
In Artikel 12 Absatz 5 wird der Bundesrat beauftragt, die in der Grundversicherung zu erbringenden Leistungen näher zu umschreiben. Das ist die Begründung unserer Kommission, warum wir zur Fassung des Bundesrates zurückkehren und sie noch etwas verdeutlichen wollen.
Frau Meier möchte beim blossen Bundesratswortlaut bleiben.

Frau **Meier** Josi, Sprecherin der Minderheit: Wie der Kommissionspräsident eben erläuterte, hat der Nationalrat Absatz 4 des Artikels 3 aus dem Sofortprogramm herausgestrichen. Dies geschah, weil er sich bei der Vorberatung nicht als konsensfähig erwiesen hatte. Wir haben den Artikel nun wieder aufgenommen, gestützt auf einen Antrag von Kollege Debétaz. Später wurde er durch den Mehrheitszusatz noch angereichert. Dieser Zusatz hat nun aber den Artikel noch weniger konsensfähig gemacht, als er es zuvor war.
Er bedeutet zusammen mit dem Antrag der Kommissionsmehrheit zu Artikel 6bis Absatz 1, dass die Krankenkassen keine Ueberschüsse aus den Zusatzversicherungen mehr verwenden dürften, um Defizite in der Krankenpflegeversicherung auszugleichen. Mich dünkt, es stehe dem Bund kaum an, den Krankenkassen solche Vorschriften zu machen, solange er ihnen bei den Prämien der Grundversicherung Auflagen zugunsten der Frauen und Betagten macht, deren Kosten in keiner Weise durch Bundesbeiträge aufgewogen werden.
Die Begründung, man wolle mit solchen Vorschriften verhindern, dass die Grundversicherung die Zusatzversicherung subventioniere – diese Konkurrenzargumentation, die Kollege Hänsenberger eben gab –, scheint mir nicht stichhaltig zu sein. Die Kassen müssen nämlich schon heute die Prämientarife durch die Aufsichtsbehörde genehmigen lassen; diese kontrolliert sehr genau, ob die Prämien der Zusatzversicherung dem Finanzhaushalt dieser Sparten entsprechen oder nicht. Eine Subventionierung der Zusatzversicherungen durch die Grundversicherung würde schon heute nicht geduldet. Wenn Sie also schon eine Differenz zum Nationalrat schaffen wollen, sollten Sie das mindestens in einer Form tun, die nicht noch über die Anträge des Bundesrates hinausgeht.
Ich halte nochmals fest, dass mit dem Beschluss der Kommission im Zusammenhang mit Artikel 6bis Absatz 1 die Grundversicherung für die reichen Leute billiger würde, für ärmere Leute jedoch teurer, weil ein wünschbarer sozialer Ausgleich zu Lasten der Ueberschüsse aus der Zusatzversicherung nicht mehr möglich wäre. Ich meine, dass wir das nicht wollen.
Ich beantrage also Zustimmung zur Version des Bundesrates.

Bundespräsident **Egli:** Der Bundesrat schliesst sich der Kommissionsmehrheit an. Es geht hier um die Frage der

getrennten Rechnungsführung zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherung. Dieses Prinzip wird mit der Formulierung der Kommissionsmehrheit besser gewährleistet. Wesentlich ist, dass nicht Zusatzversicherungen mit Ueberschüssen aus der Grundversicherung finanziert werden sollen. Das kann nur dann erreicht werden, wenn eine getrennte Versicherungsrechnung geführt wird. Dies wird übrigens durch die Artikel 6bis Absatz 1 und Artikel 3 Absatz 4bis noch verdeutlicht.

Hefti: Weist diese Differenz zwischen Mehrheit und Minderheit nicht darauf hin, dass man dem Nationalrat mit Streichen folgen sollte, da dieser Artikel nicht reif für das Sofortprogramm ist?

Präsident: Haben Sie einen Antrag gestellt?

Hefti: Ich möchte vorerst eine Antwort erhalten.

Bundespräsident **Egli:** Es ist eine Frage des Ermessens, welche Punkte Sie im Sofortprogramm gelöst haben wollen und welche nicht. Der Nationalrat wollte diese Frage nicht im Sofortprogramm aufwerfen, währenddem Ihre ständerätliche Kommission es als tunlich erachtet hat.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	21 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	10 Stimmen

Art. 5
Antrag der Kommission
Abs. 1
Jede in der Schweiz wohnhafte Person, die das Rentenalter der AHV noch nicht erreicht hat, hat das Recht, in eine Kasse einzutreten, wenn sie die Aufnahmebedingungen erfüllt.
Abs. 2 bis 5
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 5
Proposition de la commission
Al. 1
Toute personne résidant en Suisse, qui n'a pas atteint l'âge donnant droit à une rente de l'AVS, a le droit de s'affilier à une caisse dont elle remplit les conditions statutaires d'admission.
Al. 2 à 5
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Hiezu möchte ich bemerken, dass der Nationalrat den ganzen Artikel 5 aus dem Sofortprogramm entfernt hat.
Unsere Kommission schlägt Ihnen vor, den Absatz 1 neu zu formulieren, die übrigen Absätze in der Revisionsvorlage aber wegzulassen, so dass die Absätze 2 bis 4 in der KUVG-Fassung weiter gelten.
Der Absatz 1 wurde von der Kommission neu gefasst und stützt sich auf einen Text, den uns die Verwaltung vorgelegt hat. Es wird damit bestimmt, dass eine Aufnahmepflicht besteht bis zum Erreichen des Rentenalters. Es geht nicht allein darum, Leuten, die einen Beitritt versäumt haben, noch eine Versicherungsmöglichkeit zu bieten, also um eine Art Solidarität mit dem Alter, sondern es geht auch darum, dass von den Kassen nicht spezielle Jugendversicherungen, zum Beispiel solche mit Höchsteintrittsalter von 45 Jahren, errichtet werden. Die Verwaltung hat erklärt, dass sie mit diesem Problem täglich konfrontiert sei und dass sie deshalb sehr Wert darauf lege, dass dieser Absatz 1 wirklich ins Sofortprogramm einbezogen werde.
Selbstverständlich erfolgt die Aufnahme im Alter nicht zu denselben Prämien wie für das junge Mitglied, das ein Leben lang Solidarität übt. Die Prämien, die zu bezahlen sind, wenn man erst im Alter in eine Kasse tritt, tragen der grösseren Krankheitshäufigkeit des älteren Menschen und dem Umstand Rechnung, dass er sich jahrelang um die Solidarität gedrückt hat.
Die Absätze 2 bis 4 können nach Meinung unserer Kommission in der alten Fassung stehen bleiben, da die wesentlichen Bestimmungen auch in der alten Fassung enthalten sind. In Uebereinstimmung mit dem Nationalrat sollen wir die neuen Absätze 2 bis 4 weglassen, Artikel 5 Absatz 1 hingegen neu fassen, wie es Ihnen die Kommission vorschlägt.

Bundespräsident **Egli:** Darf ich zur Klarstellung folgendes sagen? Bei Absatz 1 hat die Kommission den zweiten Satz der bundesrätlichen Fassung gestrichen. Dieser Satz lautet: «Sie kann unter den Versicherungen, welche die Kasse führt, frei wählen.» Jede Person kann also frei wählen. Dieser Satz will nicht etwa gestrichen sein, sondern man betrachtet ihn als in der neuen redaktionellen Form inbegriffen. Wenn das nicht der Fall wäre, müsste es noch ausdrücklich gesagt werden. Ich nehme an, Herr Präsident, Sie sind mit mir einverstanden.

Hänsenberger, Berichterstatter: Ich bin einverstanden. Es war im alten Text auch nicht drin, und die freie Wahl des Patienten unter den Kassen ist selbstverständlich.

Angenommen – Adopté

Art. 6bis
Antrag der Kommission
Abs. 1
Mehrheit
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates
Minderheit
(Bührer, Meier Josi, Weber)
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Abs. 2 bis 5
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Abs. 6
Mehrheit
Die Kassen können ihren Mitgliedern Prämienreduktion gewähren, wenn sie während einer bestimmten Mindestdauer keine Versicherungsleistungen beansprucht haben. Vorsorgeuntersuchungen und Kontrollmassnahmen sowie Leistungen bei Mutterschaft dürfen nicht zum Verlust der Prämienreduktion führen.
Minderheit
(Weber, Binder, Bührer, Hänsenberger, Meier Josi, Schmid)
Streichen

Art. 6bis
Proposition de la commission
Al. 1
Majorité
Adhérer au projet du Conseil fédéral
Minorité
(Bührer, Meier Josi, Weber)
Adhérer à la décision du Conseil national
Al. 2 à 5
Adhérer à la décision du Conseil national
Al. 6
Majorité
Les caisses peuvent accorder une réduction de prime a leurs membres, si ceux-ci n'ont pas demandé de prestations d'assurance durant une période minimale déterminée. Les examens préventifs et les mesures de contrôle de même que les prestations en cas de maternité ne doivent pas donner lieu à la suppression de la réduction de prime.
Minorité
(Weber, Binder, Bührer, Hänsenberger, Meier Josi, Schmid)
Biffer

Hänsenberger, Berichterstatter: Der Nationalrat hat auch diesen Artikel aus dem Sofortprogramm entfernt.
Unsere Kommission schlägt Ihnen vor, zwei Aenderungen am Beschluss des Nationalrates anzubringen:

1. Wir wollen den Absatz 1 nach der Fassung des Bundesrates ins Sofortprogramm aufnehmen, die Absätze 2 bis 5 aber dann in Uebereinstimmung mit dem Nationalrat nicht aufnehmen.
2. Wir schlagen Ihnen die die Anfügung eines neuen Absatzes 6 vor. Wenn Sie der ersten Aenderung zustimmen, wird daraus ein Absatz 4 betreffend das Bonus-System.
Man kann mit Recht bedauern, dass die Kommission keinen Weg gefunden hat, die Prämien sozialer zu gestalten. Wenn wir aber in dieser Legislatur noch etwas erreichen wollen, dann war keine grundsätzlich andere Lösung möglich als das bisherige Kopfprämiensystem.
Ich beantrage absatzweise Beratung.

Frau **Bührer,** Sprecherin der Minderheit: Sie haben mit Ihrem Entscheid zu Artikel 3 Absatz 4bis im Grunde genommen auch diesen Absatz entschieden. Denn dieselben Argumente, die Frau Meier für Artikel 3 Absatz 4bis angeführt hat, gelten auch hier. Ich bedaure Ihren Entscheid, denn es geht hier darum, dass florierende Zusatzversicherungen die Grundversicherung alimentieren könnten. Das Umgekehrte ist völlig ausgeschlossen. Dafür sorgt zum Beispiel Artikel 33 Absatz 1, aber auch, wie Frau Meier erwähnt hat, die Kontrolle der Tarifgestaltung, die ja sehr streng ist. Ich bedaure das. Es ist ein Entscheid, der zuungunsten der sozial Schwächeren ausfällt. Es könnte bei verschiedenen Kassen vorkommen, dass die Krankenpflegegrundversicherung teurer wird, während gleichzeitig die Prämien für die Versicherung der privaten Spitalbehandlung gesenkt würden. Ich bedaure diesen Entscheid. Ich halte meinen Antrag nicht aufrecht. Die Frage ist mit Artikel 3 Absatz 4bis entschieden.

Hänsenberger, Berichterstatter: Ich möchte nur im Namen der Kommission darauf hinweisen, dass die Kommission Wert darauf gelegt hat, dass die Grundversicherung separat berechnet wird. Wir wollten, dass diese Vergleichbarkeit der Grundversicherungsleistungen bei verschiedenen Kassen nun einmal eingeführt wird. Aus diesem Grund sind diese Artikel entstanden. Ich nehme davon Kenntnis, dass Frau Bührer den Minderheitsantrag fallenlässt. Sie haben damit, nehme ich an, der Mehrheit und damit dem Bundesrat bei Absatz 1 zugestimmt.
Zu Absatz 2 bis 5, nach Version des Bundesrates: Die Kommission schlägt vor, hier dem Nationalrat zu folgen, diese Absätze 2 bis 5 nicht ins Sofortprogramm aufzunehmen. Es bleibt dann bei den bisherigen Absätzen 2 und 3. Sie können nicht etwa herauslesen, dass wir dann die Höchstdifferenz von 10 Prozent zwischen Frauen- und Männerprämien abschaffen würden, sondern das ist bereits im heute geltenden Text enthalten, bleibt also unverändert.
Von einer gewissen materiellen Bedeutung wäre die Aenderung nur in Absatz 4 gewesen. Dort wollte man verhindern, dass in die Prämienberechtigung für Kinder auch Verwaltungskosten eingerechnet werden können.
Absatz 5 wird für Jugendliche bereits angewendet, auch wenn diese Bestimmung nicht ausdrücklich im Gesetz steht.
Die Entfernung der Absätze 2 bis 5 aus dem Sofortprogramm, Version Bundesrat, kann meines Erachtens verantwortet werden, und die Kommission schlägt Ihnen Zustimmung zum Nationalrat und Bundesrat vor.

Frau **Bührer,** Sprecherin der Minderheit: Darf ich noch etwas richtigstellen? Unser Minderheitsantrag bezog sich nur auf Absatz 1. Zum Rest hätte ich noch allerhand zu sagen, beispielsweise zur Prämien-Differenz zwischen Männern und Frauen!
Es handelt sich um einen einen Fehler in der Fahne. Unser Anhang bezog sich nur auf Absatz 1: Im Gegensatz zur Kommissionsmehrheit will die Minderheit auch in Absatz 1 dem Nationalrat folgen (nicht ins Sofortprogramm).

Abs. 1 – Al. 1
Präsident: Ich stelle hier fest, dass der Minderheitsantrag von Frau Bührer zurückgezogen wurde. Sie haben gemäss Kommissionsmehrheit und Entwurf des Bundesrates beschlossen.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit
Adopté selon la proposition de la majorité

Abs. 2 bis 5 – Al. 2 à 5
Angenommen – Adopté

Abs. 6 – Al. 6
Hänsenberger, Berichterstatter: Sie haben also beschlossen, die Absätze 2 bis 5 nicht ins Sofortprogramm aufzunehmen.
Darf ich zu Absatz 6 noch etwas ausführen? Dieser Absatz 6 wird nun, weil Sie der Streichung der Absätze 2 bis 5 zugestimmt haben, die Ziffer 4 tragen. Die Mehrheit der Kommission hat beschlossen, den Kassen die Möglichkeit zu eröffnen, ein Bonussystem bei den Prämien einzuführen.
Eine grosse Schweizer Kasse hat das auch kürzlich lauthals verkündet. Nach den uns vom Bundesamt für Sozialversicherung gegebenen Auskünften ist dieses System jedoch ohne Gesetzesänderung nicht einführbar.
Die Kommission hat das Für und Wider ausführlich diskutiert und mehrheitlich beschlossen, diese Möglichkeit der Reduktion der Prämien für Mitglieder zu schaffen, die keinen Gebrauch von der Versicherung machen.
Für den von Kollege Arnold eingebrachten Vorschlag spricht, dass damit die Sorge für die eigene Gesundheit gefördert wird. Durch finanziellen Anreiz (kleinere Prämie) wird mehr Selbstverantwortung des Mitglieds angestrebt werden, was sich in einer Kostenverminderung der Kassen niederschlagen dürfte. Ferner soll dieser finanzielle Anreiz zusätzlich zum Selbstbehalt und der Franchise Bagatellfälle von der Krankenversichung fernhalten.
Die Mehrheit empfiehlt Ihnen Zustimmung zu Absatz 6.

Weber, Sprecher der Minderheit: Die von der Kommissionsmehrheit beschlossene Ziffer 6 ist verlockend, aber nach meiner Auffassung unsozial. Als Vorbild für das Bonussystem hat man da wohl die Autohaftpflichtversicherung genommen; der Vergleich ist aber nicht am Platz.
Haftpflichtleistungen der Versicherungen müssen beim Autolenker erbracht werden, wenn ein Verschulden des Versicherten vorliegt. In den meisten Fällen ist Krankheit aber Schicksal und von äussern Umständen verursacht. Das Kranksein können sich bald nur noch begüterte Menschen leisten. Es ist Aufgabe der Krankenversicherungen, hier Not abzuwenden. Krankenversicherungssysteme sind auf dem Solidaritätsprinzip aufgebaut. Junge erklären sich solidarisch Alten gegenüber, weil Junge weniger Leistungen benötigen, Männer erklären sich den Frauen gegenüber solidarisch, aber auch Gesunde sollten sich solidarisch erklären gegenüber Kranken, die das Pech haben, eben krank zu sein.
Die Krankenversicherungen sind teure Angelegenheiten. Ich habe zufälligerweise gestern meine Tochter klagen gehört. Sie hat eine vierköpfige Familie – Vater, Mutter, zwei Söhne, der eine noch schulpflichtig. Sie muss im Jahr 6000 Franken Prämien bezahlen.
Was machen nun die Krankenkassen, die schon heute Not leiden, weil die Finanzierung eben auf schwachen Füssen steht? Wer das Pech hat, krank zu sein, muss in Zukunft mehr Prämien bezahlen. Oder anders gesagt: Jene, die das Glück haben, nicht krank zu werden, werden von Prämien teilweise befreit. Dieses Geld, das die Kassen dringend nötig hätten, wird nachher bei der Finanzierung fehlen.
Ich möchte deshalb an Sie appellieren, auch hier den Solidaritätsgedanken mitspielen zu lassen und den Vergleich mit der Haftpflichtversicherung beim Autofahrer wegzulassen, weil hier wirklich ganz andere Verhältnisse herrschen.
Ich bitte Sie im Namen der Kommissionsminderheit dringend, diese unsoziale Ziffer 6 zu streichen.

Ordnungsantrag – Motion d'ordre

Hefti: Nachdem wir hier, wie sich aus den Voten ergibt, bei einer etwas schwierigen Sache angelangt sind, beantrage ich, die Sitzung zu unterbrechen, damit nicht unter Zeitdruck entschieden wird.

Zustimmung – Adhésion

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

Schluss der Sitzung um 12.30 Uhr
La séance est levée à 12 h 30

Dritte Sitzung – Troisième séance

Mittwoch, 3. Dezember 1986, Vormittag
Mercredi 3 décembre 1986, matin

8.00 h

Vorsitz – Présidence: Herr Dobler

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision

Assurance-maladie. Révision partielle

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 667 hiervor – Voir page 667 ci-devant

Art. 6bis Abs. 6 – Art. 6bis al. 6
Fortsetzung – Suite

Arnold: Die Krankenkassen sollen nach der Meinung der Kommissionsmehrheit in Zukunft nicht nur im Krankheitsfall einspringen, sondern sie sollen vermehrt dazu Anreiz geben, dass der Versicherte zu seiner Gesundheit Sorge trägt. Wer zur Gesundheit Sorge trägt und über einen längeren Zeitraum die Versicherung nicht beansprucht, soll eine Anerkennung in Form einer Prämienvergünstigung erhalten. Das ist die Idee, die hinter dem Antrag der Kommissionsmehrheit steht. Diese Idee ist nicht neu: Sie ist in der vergangenen Diskussion um die Kostendämpfung in der Krankenversicherung immer wieder aufgetaucht. In der Tat wäre das Sorgetragen zur Gesundheit die beste Kostendämpfungsmassnahme. Die Kommissionsmehrheit möchte den Krankenkassen ermöglichen, ein solches Modell einzuführen.
In den letzten Wochen wurde bekannt, dass die grosse, anerkannte schweizerische Krankenkasse «Grütli» beabsichtigt, im nächsten Frühjahr den Versicherten ein solches Modell anzubieten.
Die Opposition gegen diesen Artikel, die Herr Weber zum Ausdruck gebracht hat, geht von einem Irrtum aus. Sie ist nämlich offensichtlich der Meinung, dass sich die Einsparung von Prämien bei den gesunden Kassenmitgliedern als eine Belastung der erkrankten Kassenmitglieder auswirke, also ein Bonus- und Malussystem. Das ist nicht der Fall. Das steht nicht im Wortlaut des Artikels und ist selbstverständlich auch von der Krankenkasse «Grütli» keineswegs beabsichtigt. In diesem Sinn darf man den Vorwurf, das Modell sei unsozial, meines Erachtens nicht erheben.
Statt weiterer Ausführungen zitiere ich aus einem Artikel der «Schweizerischen Krankenkassenzeitung» vom 16. November 1986. In diesem Artikel stellt der Direktor der schweizerischen Krankenkasse «Grütli» das Modell der Bonus-Versicherung vor: «Die Bonus-Versicherung der 'Schweizerischen Grütli' offeriert jedermann die Möglichkeit, durch gesundheitsbewusstes Verhalten seine eigenen Prämien in der Krankenpflegeversicherung zu senken. Dabei spielen die wirtschaftlichen Möglichkeiten des einzelnen keine Rolle. Die Solidarität unter den Versicherten wird keineswegs in Zweifel gezogen, da der kranke Mitmensch zu keinem Zeitpunkt höhere Prämien bezahlt als der Gesunde zu Beginn der Bonus-Versicherung.» An anderer Stelle lese ich noch folgende Klarstellung: «Im Unterschied zu der Autohaftpflicht hat die neue Lösung einen ausgesprochen sozialen Aspekt, da kein Malus eintreten kann. Damit wird

dem Solidaritätsgedanken, wie er jeder Versicherung zugrunde liegt, ganz speziell Rechnung getragen.»
Ich möchte Ihnen in Uebereinstimmung mit der Kommissionsmehrheit beantragen, diese Bestimmung in das Gesetz aufzunehmen und damit unseren Krankenkassen zu ermöglichen, dieses Modell auszuprobieren.

Weber: Ich muss Herrn Arnold sagen, dass meinerseits kein Irrtum vorliegt. Das Bonus-System belastet die Kranken nicht stärker, aber es entlastet die Gesunden einseitig. Das fehlende Geld, das durch die nur reduziert eingegangenen Beiträge nicht solidarisch eingesetzt werden kann, wird früher oder später zu einer Verteuerung der Prämien führen; es wird die Gesunden und die Kranken treffen.
Die «Grütli»-Krankenkasse ist übrigens ein schlechtes Beispiel. Ich weiss, dass sich viele Krankenkassen über das Vorgehen der «Grütli»-Krankenkasse ärgern, weil sie im Moment in Zusammenarbeit mit anderen Kassen Werbeaktionen durchführt und insbesondere junge Leute abwirbt, weil man weiss, dass die jungen Leute weniger krankheitsanfällig und deshalb für eine Krankenkasse interessant sind. Sie vergessen, dass auch diese Leute einmal älter und – früher oder später – die Kassen mehr belasten werden. Das ist ein ungesundes Vorgehen. Im übrigen wird es dazu kommen, dass mit Ueberbietung von Bonusansätzen eine Konkurrenz entsteht, die sich als negativ erweisen wird.
Von der Möglichkeit, bei einem schadenfreien Verlauf eine Prämienreduktion vorzusehen, werden kaum viele Kassen mit gutem Gewissen Gebrauch machen können, denn dieses System ist recht kompliziert. Häufig kommen Rechnungen für Behandlungen erst Wochen oder Monate nach Abschluss der Behandlung zur Kasse. Unter Umständen muss dann der Prämienbonus zurückgefordert werden, oder es müssen Behandlungskosten von einem anderen Versicherungsträger übernommen werden, was zu einer nachträglichen Bonusgewährung führen kann.
Auch aus sozialpolitischen Gründen ist das Bonus-System, das mit der Prämienreduktion aufgrund einer Jahresfranchise kumuliert werden kann, nicht sonderlich erfreulich. Bedenken Sie doch, dass den Kranken – ausgerechnet den Kranken – in Zukunft über die verschiedenen obligatorischen Franchisen Leistungen zugemutet werden, die ihnen gegenüber dem glücklichen Gesunden – er sollte wenigstens glücklich sein – eine wesentliche Mehrbelastung bringen werden. Wir sollten bedenken, dass nicht alle Menschen in unserem Lande solche krankheitsbedingten Mehrbelastungen ohne weiteres verkraften können. Das Geld muss irgendwo gespart werden, und das Irgendwo ist meist ein Teil des Lebensbedarfes.
Das Bonus-System geht nun noch etwas weiter als das System mit hohen Jahresfranchisen. Der Lastenausgleich zugunsten der Kranken und Betagten wird noch mehr abgebaut. Auf der anderen Seite genügen die vom Bund in Aussicht gestellten Mittel zur Erleichterung des Lastenausgleichs zwischen den Geschlechtern und den Generationen nicht, um die Prämien derjenigen Versicherten auf tragbarer Höhe zu halten, die Solidaritätsbeiträge leisten müssen.
Die Einführung des Bonus-Systems stellt eine sozialpolitische Kapitulation dar. Deshalb sollten Sie dem Antrag der Minderheit zustimmen.

Hänsenberger, Berichterstatter: Herr Arnold hat die schriftliche Ankündigung einer grossen schweizerischen Krankenkasse erwähnt, auf nächstes Frühjahr das Bonus-System einführen zu wollen. Diese von Reklame-Ideen nicht völlig freie Schrift muss etwas relativiert werden. Die Verwaltung hat uns mitgeteilt – und ich glaube, das ist richtig –, ohne Gesetzesänderung, also aufgrund des heutigen KUVG, könnte dieses Bonus-System nicht eingeführt werden.
Ich erlaube mir noch persönlich, nicht als Kommissionspräsident, auf einige negative Aspekte dieses Bonus-Systems hinzuweisen. Ich unterstütze persönlich die Minderheit in dieser Frage. Dieses Bonus-System dürfte sowohl technisch wie auch gesundheitspolitisch Schwierigkeiten bereiten. Technisch schwierig wird es sein, die Umschreibung von Beginn und Ende der Bonus-Periode, nämlich Beginn und Ende einer Krankheit, im Verhältnis zu den Prämienfälligkeiten festzusetzen. Technisch schwierig wird es auch bei der Berechnung von Familienpolicen und Kollektivversicherungen werden. Völlig unvergleichbar werden dann wieder die Prämien für die Grundversicherung. Was wir durch verschiedene Aenderungen erreichen wollen, nämlich dass wirklich einmal sämtliche Kassen eine einheitliche Grundversicherung zu einer bestimmten Prämie anbieten müssen, das wird dann wieder völlig unmöglich, wenn man dieses ganz verschieden gestaltbare Bonus-System zu der Grundversicherung hinzunimmt.
Gesundheitspolitisch finde ich den Vergleich mit der Prämienermässigung, die der Autofahrer erreichen kann, unangemessen. Der Autofahrer, der seine Haftpflichtversicherung nicht in Anspruch nimmt, um auf einer günstigen Prämienstufe zu bleiben, gefährdet nur seinen Geldbeutel. Das Mitglied, das den Arzt nicht aufsucht, um den Bonus nicht zu verlieren, gefährdet seine Gesundheit, vielleicht die Gesundheit seiner Mitmenschen und kann damit Kosten verursachen, die ungleich höher sind als eingesparte Prämien, Kosten, die nicht er allein zu tragen haben wird.
Mir scheint, die Nachteile überwiegen. Das System ist in unserer Sozialversicherung völlig fremd. Es scheint mir fraglich, ob über ein Bonus-System irgendwelche Einsparungen erreicht und ob nur schon die Mehrkosten der Verwaltung gedeckt werden könnten. Das System müsste massive Abschläge bei den Jungen bringen, und diese Ausfälle wären durch die Aelteren zu bezahlen. Die Solidarität wird ganz massiv eingeschränkt.
Ich bitte Sie persönlich, in diesem Fall der Minderheit zuzustimmen.

Bundespräsident **Egli:** Der Bundesrat entscheidet sich für die Kommissionsminderheit. Wir möchten es beim Kostenbeteiligungssystem mit Wahlmöglichkeiten für die Versicherten, wie es in Artikel 14bis umfassend geregelt ist, bewenden lassen.
All den Gründen, die angeführt worden sind, möchte ich noch folgendes Moment beifügen: Ein Bonus-Malus-System könnte sich als durchaus kontraproduktiv auswirken, nämlich kostentreibend, und zwar in den Fällen, wo der Kranke einen dringend notwendigen Arztbesuch nicht durchführt, aus Furcht, er könnte den Prämienbonus verlieren. Dann geschieht natürlich Schlimmeres; seine Krankheit wird nämlich zu einem wirklichen Kostenpunkt.
Wir bitten Sie, der Minderheit zuzustimmen.

Arnold: Nicht mehr zur Sache selber spreche ich, aber ich möchte doch klarstellen – ich habe es vorhin vergessen –, dass ich selber nicht Mitglied der Krankenkasse «Grütli» bin, dass ich mit keinem Funktionär dieser Krankenkasse je gesprochen habe, sondern dass die Idee aus der bisherigen Literatur über Krankenversicherung und Kostendämpfungsmassnahmen heraus gewachsen ist.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	23 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	18 Stimmen

Art. 11
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national
Angenommen – Adopté

Art. 11a
Antrag der Kommission
Mehrheit
Ablehnung des Antrages der Minderheit
Minderheit
(Arnold)
Die Kassen teilen ihren Mitgliedern einmal im Jahr schriftlich mit:

a. welche Krankenpflegeleistungen dem gesetzlichen Minimum entsprechen würden;
b. welche weitergehenden Pflegeleistungen sie in ihrer Grundversicherung eingeschlossen haben;
c. welche Zusatzversicherungen sie anbieten; damit ist ein Hinweis auf die zusätzlichen Kosten zu verbinden.

Art. 11a

Proposition de la commission
Majorité
Rejeter la proposition de la minorité
Minorité
(Arnold)
Les caisses communiquent par écrit à leurs membres une fois par année:
a. quelles prestations médico-pharmaceutiques correspondraient au minimum légal;
b. quelles sont les prestations de soins complémentaires incluses dans l'assurance de base;
c. quelles sont les assurances complémentaires qu'elles offrent; ce faisant, elles indiquent les frais supplémentaires.

Arnold: Ich habe hier als Minderheit den Versuch unternommen, in Richtung Transparenz und Information des Bürgers etwas zu unternehmen. Ich sehe nur aus der vorhergehenden Diskussion, wie schwer es ist, im bestehenden System einen Schritt weiterzukommen.
Es ist Ihnen bekannt, dass in der gesetzlichen Sozialversicherung, in der AHV und IV zum Beispiel, der Versicherte die gesetzliche Prämie bezahlen muss und dafür eine ganz bestimmte gesetzliche Leistung erhält. Er kann sich in der AHV oder in der IV nicht höher versichern. Ganz anders ist es in der Krankenversicherung. Es ist Ihnen bekannt, dass man sich mehr oder weniger gut versichern kann; man kann sich für den Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung oder in der privaten Abteilung versichern. Das zweite kostet selbstverständlich mehr.
Die vorliegende Gesetzesvorlage bringt nun – klarer als bisher – eine Grundversicherung; das sind Versicherungsleistungen, die jeder Versicherte erhält, und die er im Minimum auch über seine Prämien bezahlen muss. Diese versicherten Leistungen sind im Artikel 12 aufgezählt. Schon im Artikel 3 war von der Grundversicherung die Rede. Die ständerätliche Kommission hat beim Artikel 12 diesen Begriff noch ausdrücklich in das Marginale aufgenommen, und der Nationalrat hat im Artikel 33 vorgesehen, dass die Krankenkassen in ihrer Rechnung die Kosten der Grundversicherung gesondert ausweisen müssen.
Wenn der Bürger heute die Prämienrechnung seiner Krankenkasse erhält, dann weiss er nicht, wieviel er für diese unumgängliche Grundversicherung – eine Art Obligatorium – bezahlt und wieviel er für seine höheren Ansprüche ausgibt. Mein Antrag möchte erreichen, dass die Krankenkasse einmal jährlich den Bürger darüber informiert, wieviel er für die Grundversicherung und wieviel er darüber hinaus für die weitergehenden Ansprüche entrichtet.
In der Kommission wurde eingewendet – das führte zur Ablehnung meines Antrages –, dies verursache den Kassen zuviel Umtriebe. Ich bin nicht dieser Meinung. Schon heute stellen die Krankenkassen jedem Mitglied alljährlich den sogenannten Versicherungsausweis zu; darin sind viele Einzelheiten über die Versicherung enthalten. Dieses Papier kann ohne weiteres durch zwei weitere Positionen ergänzt werden. Für die Krankenkassen ist es eine Kleinigkeit, dieses Anliegen durchzuführen und den Bürger alljährlich einmal über seine Grundversicherung und die zusätzlich versicherten Leistungen zu informieren.
Ich bitte Sie, meinen Antrag wohlwollend zu prüfen.

Hänsenberger, Berichterstatter: Die dem Antrag von Herrn Arnold zugrundeliegende Idee wird von der Kommission völlig geteilt: Er möchte bezüglich der Prämienberechnung gegenüber dem Mitglied Klarheit schaffen. Die Kommission unterstützt dieses Anliegen; sie will jedoch den Weg nicht in der detaillierten Weise vorschreiben, wie es Herr Arnold will. Herr Arnold möchte die Kassen verpflichten, über die Prämienberechnungen der Mitglieder jährlich schriftlich zu berichten. Eine Kommissionsmehrheit hält diese Bestimmung für überflüssig. Auch im Falle einer Ablehnung des Antrages Arnold werden sich die Kassen um vermehrte Durchsichtigkeit der Prämienberechnungen zu bemühen haben. Ich hoffe, dass die Ablehnung des Antrages von Herrn Arnold nicht dazu führt, dass die Kassen meinen, sie könnten weiter undurchsichtige Prämien berechnen.
Ich hoffe, dass die neuen Formulierungen dieser Vorlage – Herr Arnold hat sie bereits aufgezählt – und die Bemühungen des Bundesamtes für Sozialversicherung Früchte tragen werden. Die vom Gesetz vorgeschriebenen Mindestleistungen in der Grundversicherung sollen in einer separaten Prämie schnörkellos dargetan werden. Damit soll die Vergleichbarkeit der Kassen untereinander gefördert werden.

Bundespräsident **Egli:** Der Bundesrat opponiert dem Antrag der Minderheit nicht; er kann möglicherweise zur Erhöhung der Transparenz der Versicherung beitragen. Es handelt sich aber nicht um eine pièce de résistance dieser ganzen Vorlage.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	19 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	16 Stimmen

Art. 12

Hänsenberger, Berichterstatter: Der Artikel 12 ist einer der wichtigsten Artikel dieser Vorlage. Er bestimmt den Katalog der aus der Grundversicherung zu erbringenden Leistungen. Gegenüber dem geltenden Gesetz besteht die wichtigste Aenderung im Wegfall der zeitlichen Begrenzung bei stationären Aufenthalten. Bisher waren bei Spitalaufenthalten und bei Badekuren die Pflichtleistungen während wenigstens 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen zu gewähren. Diese Begrenzung wird fallengelassen. Die Kommission hat sich eingehend mit dieser Leistungsverbesserung befasst. Die Gefahr, dass es sich insbesondere bei chronischkranken, alten Leuten nicht mehr um die Behandlung einer Krankheit handelt, und damit Leistungen verlangt werden, die eigentlich den Lebensunterhalt betreffen, hat die Kommission gesehen. Aber dass diese Beschränkung der Leistungspflicht beim Aufenthalt in einer Heilanstalt für Schwerkranke eine grosse Härte darstellt, überwog die Bedenken.
Die Kommission empfiehlt Ihnen, in diesem Punkte dem Bundesrat und Nationalrat zu folgen, nachdem sie dies in der ersten Lesung noch abgelehnt hatte. Damit wird die Krankenpflegeleistung bei Spitalaufenthalt zeitlich nicht mehr begrenzt. Es wird Sache des Arztes sein – die Kassen werden das auch streng kontrollieren müssen –, abzuklären und zu entscheiden, ob der Aufenthalt noch eine Heilungsbehandlung ist oder ob eine eigentliche Versorgung dauernd pflegebedürftiger Personen in einer eigentlich nicht für sie bestimmten Heilanstalt vorliegt, weil kein entsprechendes Heim gefunden werden konnte oder die Hauspflege nicht mehr möglich war. Diese Abgrenzung wird problematisch. Bei den Vertragsverhandlungen zwischen den Kassen und den Heilanstalten müssen unterschiedliche Tarifierungen geschaffen werden, die dafür sorgen, dass nicht der eigentliche Lebensunterhalt zu Lasten der Kassen bestritten wird.
Meine Erfahrungen – ich erlaube mir hier eine persönliche Bemerkung als Notar – zeigen mir auch, wie von den Krankenkassen, von der Sozialversicherung, von den Sozialleistungen bedeutende Summen bezogen werden, die wir Notare dann an lachende Erben verteilen, und zwar an Erben, die sich nie um den Verstorbenen gekümmert haben, geschweige denn ihm je beigestanden wären, wenn er in Not war.
Ich empfehle Ihnen in dieser Frage, der Kommission zuzustimmen und wünsche, dass absatzweise diskutiert wird.

Art. 12 Marginale
Antrag der Kommission
D. Versicherungsleistungen
I. Krankenpflege. Grundversicherung

Art. 12 titre marginal
Proposition de la commission
D. Prestations assurées
I. Soins médicaux et pharmaceutiques. Assurance de base

Angenommen – Adopté

Art. 12 Abs. 1
Antrag der Kommission
Ziff. 2
.... die allgemeine Abteilung und die Taxen für besondere diagnostische und therapeutische Leistungen (Art. 22quinquies); vorbehalten bleibt Artikel 22sexies Absatz 1;
Für den Rest von Abs. 1:
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 12 al. 1
Proposition de la commission
Ch. 2
.... thérapeutiques (art. 22quinquies); l'article 22sexies, 1er alinéa, demeure réservé;
Pour le reste de l'al. 1:
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: In Uebereinstimmung mit dem Nationalrat empfiehlt die Kommission, den Zahnarzt nicht zu erwähnen. Absatz 2 wird entsprechend enger gefasst. Es wird auch ausdrücklich die Untersuchung durch den Arzt in die Pflichtleistung einbezogen, und der Begriff des medizinischen Hilfspersonals wird wie im ganzen Gesetz durch «medizinisch-therapeutisches Personal» ersetzt. Wir erwähnen die Personen der spitalexternen Krankenpflege ausdrücklich.
Es mag bedauerlich sein, dass die Hauspflege, die Pflege ausserhalb des Spitals, die ja unverhältnismässig wenige Kosten verursacht, nicht allgemein als Pflichtleistung aufgeführt wird. Die Abgrenzungsschwierigkeiten, wenn solche Pflege nicht durch einen Arzt angeordnet würde, wie der Buchstabe b das ausdrücklich verlangt, sind viel zu gross. Es würden damit Schleusen für Kassenleistungen geöffnet; jede Pflege eines kranken Kindes oder eines älteren Angehörigen durch Eltern oder andere Verwandte könnte dann Anlass zu Kassenleistungen sein. Das wäre finanziell nicht zu verkraften. Deutlich muss auch festgehalten werden, dass nur Pflegeleistungen, die ärztlich angeordnet werden, übernommen werden können, nicht Haushalthilfe.
Die Ziffer 2 im Absatz 1 müssen wir besonders erwähnen, weil der Nationalrat hier eine Teilzeitpauschale neu geschaffen hat; das ist ein neuer Ausdruck. Gemeint ist damit eine teilstationäre Behandlung oder, wie es zum besseren Verständnis englisch im anderen Rat ausgedrückt wurde, «the one day surgery», eine Mandeloperation im Spital, wo der Patient gleichentags wieder entlassen wird oder Nierenwaschungen, wo der Patient regelmässig zu einer bestimmten Tageszeit den Hämodialyse-Apparat im Spital aufsuchen muss.
Unsere Kommission hat den Ausdruck «Teilzeitpauschale» in allen Artikeln des Gesetzes wieder entfernt. Wir wollen es beim Auftrag an den Bundesrat lassen, wie es vom Nationalrat in Absatz 7 des Artikels 19 formuliert wurde: «Der Bundesrat hat nach Anhören der Beteiligten über Art und Höhe der Kassenleistungen zu bestimmen, die bei einem partiellen Aufenthalt in eine Heilanstalt zu erbringen sind.» Das muss aber nicht bedeuten – darum führe ich das aus –, dass diese Leistungen nicht in die Vertragsverhandlungen zwischen Kasse und Spitälern einbezogen werden könnten, denn auch die ambulanten Behandlungen in den Spitälern werden vertraglich tarifiert. Die Streichung des Ausdruckes «Teilzeitpauschale» bedeutet auch keineswegs, dass diese kostengünstige Behandlung ohne Uebernachtung im Spital nicht gefördert werden soll. Wir schlagen vor, bei den geläufigen Ausdrücken zu bleiben: stationäre Behandlung, also mindestens eine Uebernachtung im Spital, wo Pauschalen vorgeschrieben sind, und ambulante Behandlung, die nicht mit einer Pauschale abgegolten, aber auch vertraglich geregelt wird. Artikel 22quater Absatz 2 sieht ausdrücklich Verträge zwischen Kassen und Heilanstalten für die ambulante Behandlung vor.
Wir haben auf Antrag der Verwaltung in Klammer noch den Verweis auf Artikel 22 beigefügt.

Angenommen – Adopté

Art. 12 Abs. 2
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 12 al. 2
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 12 Abs. 3
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 12 al. 3
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Nach der von Ihnen nun genehmigten, zeitlich unbeschränkten Leistungspflicht bei Spitalaufenthalt kommt der Abgrenzung der Heilanstalten, wie sie hier in Artikel 19bis vorgenommen wird, eine erhöhte Bedeutung zu.

Angenommen – Adopté

Art. 12 Abs. 4
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 12 al. 4
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 12 Abs. 5
Antrag der Kommission
Der Bundesrat bezeichnet nach Anhören .... Krankenpflegeversicherung näher. Er schliesst .... (Fassung Nationalrat)

Antrag Reymond
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 12 al. 5
Proposition de la commission
Le Conseil fédéral désigne, sur préavis de commissions de spécialistes nommées par lui, en détail les prestations de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Il exclut de ces prestations ....

Proposition Reymond
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Hänsenberger, Berichterstatter: Die Fahne enthält hier bei der vom Ständerat beschlossenen Fassung einen Druckfehler. Unsere Kommission wünscht, dass sowohl im ersten Satz «Der Bundesrat bezeichnet ....» wie auch am Anfang des zweiten Satzes «Er schliesst ....» die Muss-Formel steht, und nicht, wie irrtümlich in unserer Fahne steht, «Er kann ....». In beiden Sätzen dieses Artikels ist somit die verpflichtende Muss-Form angewendet. Wenn der Rat die-

ser vorgeschlagenen Formulierung zustimmt, entsteht eine kleine Differenz gegenüber dem Nationalrat, jedoch nur im ersten Satz. Im zweiten Satz hat auch der Nationalrat schon diesen Satzbeginn «Er schliesst ....», und unsere Kommissin hat das nicht geändert.
Wir haben hier einen Antrag von Herrn Reymond, Ich bitte ihn, diesen zu begründen.

M. **Reymond:** Ne m'étant pas exprimé lors du débat d'entrée en matière, je voudrais faire une remarque préliminaire. D'une manière générale, les propositions de notre commission m'ont surpris désagréablement par leur côté centralisateur. Notre commission s'est montrée à des reprises réitérées extrêmement peu fédéraliste. Elle a ainsi ignoré la situation actuelle et réelle qui laisse aux cantons, aux caisses de maladie et aux associations régionales ou cantonales de médecins une large autonomie, laquelle permet des accords entre parties selon des systèmes qui sont nécessairement variables d'une région ou d'un canton à l'autre, et selon des modalités qui ont fait leurs preuves.
J'ai déposé deux propositions, une première à l'article 12, alinéa 5, que nous examinons maintenant, et une deuxième au sujet de laquelle je reprendrai la parole lorsque nous traiterons l'article 22.
Je tiens d'ores et déjà à dire que, si je ne devais pas me prononcer, en vote final, sur la loi sur l'assurance-maladie, ce sera uniquement pour ces raisons de fédéralisme qui ne me paraissent pas être respectées.
Le Conseil national avait déjà abandonné, à l'article 12, alinéa 5, la formule potestative, la «Kann-Formel», à partir de la deuxième phrase de cet article. Notre commission va encore plus loin. A la première phrase déjà, alors que la version admise dans l'autre Chambre dispose que le Conseil fédéral peut, sur préavis d'une commission de spécialistes, désigner en détail les prestations de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, notre commission propose: «le Conseil fédéral désigne».
Une telle proposition a pour conséquence de dévaloriser les conventions cantonales par le transfert au Conseil fédéral dans le texte, mais dans les faits et en pratique à l'Office fédéral des assurances sociales, de pouvoirs discrétionnaires sur les prestations, sur les moyens acceptés ou refusés. Je précise qu'au Conseil national aucune discussion, ni la moindre explication n'ont été données, que ce soit de la part du gouvernement ou de celle des rapporteurs, au sujet de la modification apportée à l'article 12, alinéas 2 à 5. C'est pourquoi je vous recommande de revenir à la proposition du Conseil fédéral qui me paraît mieux respecter les souverainetés régionales et cantonales.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Reymond	11 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	21 Stimmen

Art. 12 Abs. 6 und 7
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 12 al. 6 et 7
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 12bis
Antrag der Kommission
Abs. 1
.... versicherbare Krankengeld. Dieses ist für eine oder mehrere Krankheiten während wenigstens 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen zu gewähren. Für die Mutterschaft ....
Abs. 2 bis 5
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 12bis
Proposition de la commission
Al. 1
.... assurable. Celles-ci doivent être versées pour une ou plusieurs maladies durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs. En cas de maternité ....
Al. 2 à 5
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Ein Wort zur Vorbemerkung von Herrn Reymond: Er hat gesagt, in diesem Gesetz sei in vielen Fällen eine deutliche zentralistische Tendenz herauszumerken. Ich glaube, man könnte auch «maintes fois» in diesem Gesetz eine sehr föderalistische Tendenz bemerken und eine Tendenz, die für die freie Wirtschaft spricht.
Im Artikel 12bis wird – entgegen der Fassung des Bundesrates und des Nationalrates – von der Kommission für das freiwillige Krankengeld eine Leistungsdauer von 720 innerhalb von 900 Tagen vorgeschrieben. Das entspricht der heute geltenden Regelung. Die Verwaltung hat diesen Antrag in die Beratung eingebracht, damit in der Vorlage A diese Leistungsdauer für den Fall enthalten ist, dass die Vorlage B nicht weiterberaten wird.
Die Anmerkung zu Artikel 12bis verweist auf das AVIG. Dieser Verweis ist nur redaktioneller Art.

Angenommen – Adopté

Art. 12ter
Antrag der Kommission
1. Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates = Streichen (nicht ins Sofortprogramm aufnehmen)
2. Aufheben des geltenden Artikels 12ter

Art. 12ter
Proposition de la commission
1. Adhérer à la décision du Conseil national = Biffer (pas dans le programme d'urgence)
2. L'article 12ter actuel est abrogé

Hänsenberger, Berichterstatter: Die Kommission schliesst sich dem Nationalrat an und nimmt diesen neuen Artikel nicht in die Vorlage auf, doch ist die Fahne hier missverständlich.
Sie haben einen Antrag der Kommission ausgeteilt erhalten, der zweiteilig ist, nämlich:
«1. Zustimmung zum Nationalrat = Streichen (nicht ins Sofortprogramm aufnehmen).
2. Aufheben des geltenden Artikels 12ter.«
Es ist richtig und wichtig, dass der bisher geltende Artikel 12 aus dem bisherigen Text des KUVG gestrichen und nicht nur nicht ins Sofortprogramm aufgenommen wird.
Der Artikel enthält bis jetzt die Leistungen bei Erkrankung an Tuberkulose. Der Bundesrat führt in seiner Botschaft auf Seite 27 aus, dass die geltenden Sonderbestimmungen für die Tuberkulose aufgehoben werden können. Die Tuberkulose nimmt zum Glück nicht mehr die gleiche Sonderstellung ein wie noch vor Jahrzehnten. Daraus ergibt sich, dass dieser Artikel 12 nicht nur nicht ins Sofortprogramm kommt, sondern aus dem Text herausgestrichen wird.
Ich stelle diesen Antrag gemäss den Ihnen ausgeteilten, berichtigten Anträgen der Kommission.

Art. 12quater
Antrag der Kommission
Abs. 1 und 2
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Abs. 3
Die Aufenthaltspauschale wird bei Krankheit und bei Mutterschaft ausgerichtet. (Rest des Absatzes streichen)

Art. 12quater
Proposition de la commission
Al. 1 et 2
Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 3
Le forfait pour frais de pension est versé en cas de maladie et de maternité. (Biffer le reste de l'alinéa)

Angenommen – Adopté

Art. 13 Abs. 2 und 3
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 13 al. 2 et 3
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 14 Abs. 2 Ziff. 3 Bst. c (neu) und Ziff. 4 sowie Abs. 4–6, 7 (neu)
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 14 al. 2 ch. 3 let. c (nouvelle) et ch. 4 al. 4 à 6 et al. 7 (nouveau)
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Diese Aenderung von Artikel 14 regelt die Leistungen der Krankenpflegeversicherung bei der Mutterschaft. An die vermehrte Pflege von Mutter und Kind zu Hause ist ein vom Bundesrat festzusetzender Beitrag zu erbringen.
In Absatz 5 wird das Stillgeld weiter erwähnt. Es wurde 1911 gegen den Willen des damaligen Bundesrates vom Parlament eingefügt, offenbar um die damals hohe Säuglingssterblichkeit zu senken. Kollege Steiner hat in der Kommissionsberatung zu Recht ausgeführt, dass diese Beiträge wohl kaum noch einen Anreiz zum Stillen darstellten und wohl eher Beiträge an die Mütterberatung am Platze wären. Auch wenn das Stillen in den letzten Jahren wieder stark aufgekommen ist, würde wohl niemand dieses Stillgeld heute neu einführen. Aber es besteht nun einmal. Die Kommission war der Meinung, die Streichung dieser Bagatellsubvention von 50 Franken würde völlig unnötige Diskussionen auslösen. Wir stimmen deshalb knapp der Lösung des Bundesrates zu.
Der Bundesrat hat dann in Absatz 5 auch noch die Beibehaltung des minimalen Taggeldes, es waren 5 Franken, vorgesehen. Der Nationalrat hat dieses gestrichen, die Kommission schliesst sich dem Nationalrat in dieser Frage an.
Dieser minimale Beitrag, der zu den Pflegeleistungen gehört, kann um so eher weggelassen werden, als der Vorschlag der Kommission für ein allgemeines Mutterschaftstaggeld nach dem System der Erwerbsersatzordnung eine gewisse Chance hat, wenigstens im Ständerat. Die hier beim Bund gesparten rund 23 Millionen Franken können sinnvoller verwendet werden.
Gestatten Sie mir noch eine Bemerkung: In Absatz 7 wird ein Teil des Verfassungsauftrages für die Schaffung einer Mutterschaftsversicherung erfüllt, indem nun auch Leistungen an Frauen ausgerichtet werden, die nicht für Krankenpflege versichert sind. Eine Frist von 270 Tagen Wohnsitz in der Schweiz soll stossende Missbräuche verhindern. Die Kosten werden auf drei Millionen Franken geschätzt; damit kann hier eine Lücke im Netz der sozialen Sicherheit geschlossen werden für die wenigen Frauen, die nicht krankenversichert sind.
Im Nationalrat ist dies als ordnungspolitischer Sündenfall bezeichnet worden. Ich betrachte es eher als eine pragmatische, einfache Lösung eines nicht sehr bedeutenden Problems. Die Beschränkung auf Leistungen an Frauen mit geringem Einkomen und Vermögen ist hier richtig. Der Bund zahlt übrigens diese Leistungen und nicht die Kassen. Ich bitte Sie, dem Nationalrat hier zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

Art. 14bis

Hänsenberger, Berichterstatter: Das ist einer der wichtigeren Artikel in dieser Vorlage. Von dieser Möglichkeit des Selbstbehaltes und der Franchise verspricht man sich eine Kosteneinsparung. Die bisher im Gesetz vorgesehene Krankenscheingebühr wird nicht mehr erwähnt. Neu erwähnt wird die Kostenbeteiligung nach Version Nationalrat, der sich unsere Kommission anschloss. Der Selbstbehalt wird auch beim Spitalaufenthalt verlangt und auch die bisher befreiten Tuberkulosekranken fallen darunter, ebenfalls die Kurbeiträge.
Neu wird den Kassen die Möglichkeit eingeräumt, Versicherungen mit wählbarer Jahresfranchise anzubieten.

Art. 14bis Abs. 1 – Art. 14bis al. 1
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Hier ist eine Jahresfranchise vorgesehen. Der gegenwärtige Streit zwischen dem Bundesrat und den Kassen betreffend Quartalsfranchise oder wahlweise anbietbare Jahresfranchise sei nur am Rande erwähnt. Der Bundesrat möchte mit der Jahresfranchise zur besseren Vergleichbarkeit der Prämien beitragen. Die Jahresfranchise ist vom Bundesrat festzusetzen. Er sprach im Nationalrat von 100 Franken. Der Selbstbehalt ist ebenfalls nach oben begrenzt. Hier nimmt man 300 Franken als obere Grenze in Aussicht, so dass die Kosten, die ein Versicherter selber zu tragen hat, im Jahre höchstens 400 Franken ausmachen könnten. Diese Summen wären periodisch an die Entwicklung der Preise, der Löhne und der Kosten anzupassen.
Franchise und Selbstbehalt sind als Mittel zu betrachten, die Versicherten kostenbewusster werden zu lassen. Sie können das Mitglied auch veranlassen, für Bagatellen medizinische Leistungen nicht zu verlangen.

Bundespräsident **Egli:** Herr Hänsenberger hat den Streit erwähnt, zu dem es im Zusammenhang mit unserer Verordnung V zum Krankenversicherungsgesetz zwischen den Krankenkassen und dem Bundesrat gekommen ist. Ich kann Ihnen mitteilen, dass dieser Streit bei einer Besprechung mit den Spitzen der Krankenkassen inzwischen beigelegt worden ist.

Angenommen – Adopté

Art. 14bis Abs. 2
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 14bis al. 2
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 14bis Abs. 3
Antrag der Kommission
.... oder aufheben. Er kann Kassen, bei denen sich die Erhebung von Selbstbehalt und Franchise als nicht notwendig erweist, oder Versicherte, für die diese Massnahmen nicht zumutbar sind, ganz oder teilweise davon befreien.

Art. 14bis al. 3
Proposition de la commission
.... graves et transmissibles. Il peut dispenser, entièrement ou en partie, de la participation aux frais et de la franchise les caisses pour lesquelles ces mesures ne se révèlent pas nécessaires, ou les assurés pour lesquels elles sont trop rigoureuses.

Hänsenberger, Berichterstatter: Für Dauerpatienten kann der Bundesrat eine andere Regelung treffen. Wer über Jahre hinweg auf Medikamente angewiesen ist, würde von Franchise und Selbstbehalt zu schwer betroffen.
Die Kommission des Ständerates hat diesem Absatz 3 noch einen dritten Satz beigefügt, dem Sie gefälligst beistimmen wollen. Wir treffen hier erstmals in der Detailberatung auf eine Bestimmung, die ermöglichen soll, Gesundheitskassen oder ähnliche andere Formen der Versicherung einzuführen, ohne durch das Gesetz behindert zu sein. Bei solchen Gesundheitskassen, die nicht auf dem traditionellen Kassensystem aufbauen, soll der Bundesrat die Möglichkeit haben, ohne Gesetzesänderung eine zweckmässige Lösung für die Kostenbeteiligung zu finden.
Im Nationalrat wurde beantragt, dass der Bundesrat auch bestimmte Vorsorgeuntersuchungen und Kontrollmassnahmen bezeichnen könne, die von der Kostenbeteiligung auszunehmen wären. Ich möchte auf Artikel 12 Absatz 1 Ziffer 4 hinweisen, der umschreibt, welche Vorsorgeuntersuchungen zu den Pflichtleistungen gehören. Der Antrag ist im Nationalrat abgelehnt worden. Er wurde hier nicht mehr gestellt.
Ich bitte Sie, bei Absatz 3 der Version Ihrer Kommission zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

Art. 14bis Abs. 4
Antrag der Kommission
.... Der Bundesrat legt den Höchstbetrag der wählbaren Jahresfranchise ....

Art. 14bis al. 4
Proposition de la commission
.... Le Conseil fédéral fixe le montant maximal de la franchise ....

Angenommen – Adopté

Art. 14bis Abs. 5
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 14bis al. 5
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 16 Abs. 3 (neu)
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 16 al. 3 (nouveau)
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Die Kommission schlägt Ihnen vor, diesen vom Nationalrat geschaffenen neuen Absatz zu genehmigen. Wir sind ja mit unserer Vorlage weit davon entfernt, umwälzende Neuerungen einzuführen. Aber wir wollen wenigstens ermöglichen, dass Neuerungen eingeführt werden können, ohne dass sie auf gesetzliche Hindernisse stossen. Im bisherigen Artikel 16 mit zwei Absätzen, die unverändert bleiben, wird das Recht geordnet, dass die Kassen befugt sind, mit Aerzten und Aerztevereinigungen Verträge abzuschliessen und ausschliesslich diesen Vertragsärzten die Behandlung ihrer Mitglieder anzuvertrauen. Ferner ist die Möglichkeit geschaffen, wo Aerzten in dünn besiedelten Gebirgsgegenden Wartegelder ausgerichtet werden, den Beitritt anderer Aerzte auszuschliessen.
Dieser geltende Absatz in Artikel 16 bleibt unverändert. Auch die Wartefrist von einem Jahr bis zum Vertragsbeitritt wurde von den Aerzten offenbar als zu unbedeutende Einschränkung angesehen, um darüber einen Streit zu entfachen. Die Praxis hat offenbar Wege gefunden, diese Wartefrist nicht so anzuwenden, dass sie bei der heutigen Versicherungsdichte zum Ruin des jungen Arztes führen würde. Nun schlagen Nationalrat und Kommission des Ständerates vor, einen weiteren Absatz beizufügen. Damit sollen die Beteiligten – Aerzte, Kassen und Patienten – die Möglichkeit erhalten, zum Beispiel Gesundheitskassen nach amerikanischem Vorbild HMO («Health Maintenance Organisations») zu schaffen. Doch nicht nur diese HMO (die es für den Arzt interessant werden lassen, den Patienten möglichst kostengünstig zu behandeln), sondern auch andere Modelle sind denkbar und könnten auch kostensparend wirken.
Ich erwähne hier nur noch das Modell KKB. Der neue Absatz 3 gibt den Kassen die Möglichkeit, den Kreis der zur Auswahl stehenden Aerzte im Einverständnis mit dem Mitglied einzuschränken. Das Mitglied kann sich in seinem Versicherungsvertrag gegenüber der Kasse freiwillig zur Einschränkung seines Aerztewahlrechtes bereit erklären. Es nimmt dann als Folge einer kleineren Prämie in Kauf, dass es nur noch von einer beschränkten Anzahl von Aerzten behandelt werden kann. Auf der Liste der Behandlungsärzte wären die Namen der teuersten Mediziner nicht aufgeführt. Diese Modelle sollen mit dem neuen Absatz 3 in Artikel 16 auf ihre Anwendbarkeit und auf ihren eventuellen Spareffekt erprobt werden können.
Die Kartellkommission hat in ihrem Bericht ein geschmeidigeres Prämiensystem gewünscht und einige Modelle, so auch das Modell HMO und das Modell KKB, als dazu geeignet beurteilt. Wir können diese Modelle im «Sofortprogramm» nicht einführen, aber wir können wenigstens das Gesetz so formulieren, dass die Erprobung solcher geschmeidigerer Prämiensysteme auch in der Schweiz nicht verhindert wird.
Ich bitte Sie, hier dem Nationalrat und der Kommission zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

Art. 18
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 19bis Abs. 1
Antrag der Kommission
.... gelten als Heilanstalten. Nicht als Heilanstalten gelten Anstalten, bei denen nicht die Behandlung, sondern die Pflege im Vordergrund steht.

Art. 19bis al. 1
Proposition de la commission
.... médicaux adéquats. Ne sont pas réputés établissements hospitaliers les établissements dans lesquels les soins et non le traitement se trouvent au premier plan.

Hänsenberger, Berichterstatter: Vorab ist die Bemerkung anzubringen, dass das Gesundheitswesen und ganz besonders das Spitalwesen grundsätzlich Kantons- und nicht Bundessache sind. In diesem Sinne möchte ich auch Herrn Reymond nochmals widersprechen, dass wir ein zentralistisches Gesetz geschaffen hätten. Die Bestimmungen des KMVG regeln in bestimmten, für die Krankenversicherung wesentlichen Punkten das Spitalwesen verbindlich, aber eben nur dort. Im übrigen bleibt der Kanton Hoheitsträger über sein Spitalwesen.
In Absatz 1 hat der Nationalrat eine Fassung gewährt, der sich der Bundesrat anschloss. Diese verlangt, dass nur jene Anstalten als Heilanstalten gelten, die eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten. Der Bundesrat hatte «dauernde ärztliche Leistung» vorgeschlagen, aber dann zugegeben, dass die Betonung der «ausreichenden ärztlichen Betreuung» wohl zweckmässiger ist, indem die Lei-

tung des Spitals auch einem Nichtmediziner obliegen kann und das Belegarztsystem – bei vielen Spitälern verbreitet – auch gut sein kann. Unsere Kommission hat sich dieser Meinung angeschlossen.
Wir haben dann einen Satz beigefügt und versucht, damit eine noch etwas deutlichere Abgrenzung gegenüber Chronischkrankenheimen zu erreichen. Wenn die Menschen bei uns durchschnittlich immer länger leben, wenn die Leistungen der Kassen bei Spitalaufenthalt zeitlich unbeschränkt zu erbringen sind, wie Sie das eben beschlossen haben, dann wird eine solche deutliche Abgrenzung immer nötiger. Die Abgrenzung erfolgt bis jetzt, wenigstens im Kanton Bern, wo ich es überblicken kann, zögernd, weil darauf spekuliert wurde, sowohl Beiträge aus den AHV-Darlehen zu erhalten, wie auch Krankenscheine von den Insassen verlangen zu können.
Bitte stimmen Sie hier dem Antrag Ihrer Kommission zu.

Angenommen – Adopté

Art. 19bis Abs. 2
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 19bis al. 2
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Die Kommission hat den Präsidenten beauftragt, zu Artikel 19bis eine Erklärung zu Protokoll zu geben, und mir scheint, sie passe hier zu Absatz 2, bevor wir noch die folgenden Absätze beraten.
Die Einschränkungen in der Leistungspflicht der Kassen, gemäss den Absätzen 5 und 6, beziehen sich nur auf die Grundversicherung. Ob die Kassen aus Zusatzversicherungen leistungspflichtig sind, entscheidet der Versicherungsvertrag zwischen Mitglied und Kasse. Das trifft für das ganze KMVG zu, soweit die Zusatzversicherungen nicht ausdrücklich erwähnt sind.
Hier in Artikel 19bis eine Ergänzung anzubringen, wie zum Beispiel: «Wird die Kasse aus der Grundversicherung nur leistungspflichtig, sofern ....», wäre ja durchaus richtig, aber missverständlich. Wenn wir diesen allgemein geltenden Grundsatz in einem einzelnen Artikel erwähnen, dann würde unnötigerweise dieser Satz hier besonders hervorgehoben, und es könnte spitzfindig daraus geschlossen werden, an anderer Stelle sei es nicht so.

Angenommen – Adopté

Art. 19bis Abs. 3
Antrag der Kommission
.... übernimmt die Kasse höchstens die Behandlungspauschale ....

Art. 19bis al. 3
Proposition de la commission
.... prend en charge au maximum le forfait pour ....

Hänsenberger, Berichterstatter: Die Kommission hat hier richtigerweise das Wort «höchstens» eingeführt, denn es soll keinesfalls mehr bezahlt werden, als die Rechnung effektiv beträgt. Artikel 26, das Verbot eines Versicherungsgewinnes, würde das zwar auch verhindern.
Ich bitte Sie, der Kommission zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

Art. 19bis Abs. 4
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 19bis al. 4
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 19bis Abs. 5
Antrag der Kommission
Mehrheit
.... ihres Gebietes. (Rest streichen)
Minderheit
(Bührer, Binder, Meier Josi, Schönenberger, Weber)
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 19 al. 5
Proposition de la commission
Majorité
.... par catégories. (Biffer le reste)
Minorité
(Bührer, Binder, Meier Josi, Schönenberger, Weber)
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Die Kommission hat an der Fassung des Nationalrates eine Aenderung angebracht. Eine Kommissionsminderheit möchte dem Nationalrat zustimmen. Ich begründe die von der Kommissionsmehrheit vorgenommene Aenderung wie folgt:
Es wird der zweite Halbsatz dieses Absatzes: «Nur bei Aufenthalt des Versicherten in einer Heilanstalt gemäss dieser Liste wird die Kasse leistungspflichtig» gestrichen. Das erfolgte mit 5 zu 4 Stimmen, obschon Herr Bundespräsident Egli darauf hinwies, dass damit dem Absatz 5 das für die Sparanstrengungen wichtigste Element genommen wird. Die Kommissionsmehrheit hat befürchtet, dass diese abschliessende Liste sich gegen die Privatspitäler richten könnte und dass damit ein grosser Eingriff in die Handels- und Gewerbefreiheit gemacht werde.

Frau **Bührer**, Sprecherin der Minderheit: Wie der Kommissionspräsident schon ausgeführt hat, geht es um diese Liste, die die Spitäler in Kategorien einteilen soll, also beispielsweise Spitäler mit Grundversorgung und Spitäler mit erweiterter Grundversorgung und wie diese Kategorien alle heissen. Damit soll ein Mittel zur Kostendämpfung geschaffen werden; denn entsprechend dieser Einteilung kommen die Ansätze der Krankenkasse zur Anwendung. Entsprechend der Kategorie fallen ja auch die Kosten in diesen Spitälern an. Bei Aufenthalt in einer Anstalt, die nicht in diese Liste aufgenommen ist, die also keiner Kategorie entspricht, soll die Krankenkasse auch nicht zahlen müssen.
Die Sanitätsdirektoren haben – so wurde uns in der Kommission gesagt – zugesichert, dass die Kantone unter sich eine Regelung treffen werden, die die Koordination der Einteilungskriterien gewährleistet, dass also zwischen den Kantonen eine einheitliche Regelung zustande kommen soll. Auch die Krankenkassen sind natürlich an einer einheitlichen Regelung in hohem Masse interessiert.
Es ist an sich völlig logisch, dass die Einteilung und die Liste nur einen Sinn haben kann, wenn sich daraus auch Folgen ergeben. Der Nationalrat hat zur Verdeutlichung den zweiten Satz angefügt, dass die Leistungspflicht ganz direkt davon abhängt, ob ein Spital diesen Kriterien entspricht und auch in die Liste aufgenommen worden ist. Die Kommissionsmehrheit hat nun diesen zweiten Satz gestrichen; damit hängt der erste Satz in der Luft; er hat keinen vernünftigen Sinn mehr, und man müsste logischerweise auch ihn streichen. Die ganze Sache hat aber vor allem mit Blick auf die Einsparungen, die damit erzielt werden können, einen Sinn.
Man müsste hier dem Nationalrat folgen. Ich bitte Sie, das auch zu tun.

Mme **Bauer:** Il faut laisser aux cantons le soin de dresser la liste des établissements hospitaliers situés sur leur territoire et de les classer par catégories, c'est indispensable. Mais je vous invite à supprimer la deuxième partie de la phrase contenue dans l'alinéa 5. On doit tenir compte en effet de situations de ce genre: le patient tombe malade ou encore il a un accident dans un autre canton. Il doit donc se faire soigner dans ce canton. De plus, il peut arriver que son canton ne dispose pas de cliniques privées qui lui convien-

nent – c'est le cas de certains petits cantons qui peuvent n'en avoir aucune, ou encore en raison d'une maladie spéciale ou grave qui doit être traitée dans un hôpital universitaire, ou encore lorsqu'un patient tombe malade et doit être opéré d'urgence à l'étranger, dans tous ces cas donc, selon la version de la minorité de notre conseil, les caisses ne seraient pas tenues de verser leurs prestations.
Par conséquent, pour tenir compte des cliniques privées qui s'inquiètent de certaines dispositions de la nouvelle loi et qui jouent dans un certain nombre de cantons un rôle non négligeable, complémentaire à celui des établissements hospitaliers officiels, je vous propose de voter avec la majorité de notre commission.

Masoni, Sprecher der Minderheit: Ich spreche hier zugleich zu Absatz 6, weil wir ähnliche Tatbestände vorfinden.
Nach der nationalrätlichen Fassung von Absatz 5 wird die Kasse nur bei Aufenthalt des Versicherten in einer Heilanstalt gemäss dieser Liste leistungspflichtig. In Absatz 6 steht am Ende: «Die Kassen sind nur leistungspflichtig, sofern die Leistungserbringer diesen Planungen entsprechen.» Beide Bestimmungen weisen denselben Schluss auf. Nur hat bei Absatz 5 die Kommissionsmehrheit beschlossen, diese Beschränkung fallenzulassen. Bei Absatz 6 dagegen wird dieser Satz beibehalten.
Ich beantrage Ihnen, diesen Satz sowohl bei Absatz 5 wie bei Absatz 6 zu streichen, und zwar bei Absatz 5 mit der Kommissionsmehrheit, bei Absatz 6 mit der Kommissionsminderheit.
Es gibt folgende Gründe dafür: Diese Bestimmungen wurden im Nationalrat gemäss einem Vorschlag der Sanitätsdirektorenkonferenz eingeführt. Sie verfolgen einen guten Zweck; sie wollen dazu verhelfen, die Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen. Mit dieser Zielsetzung gehe ich im allgemeinen einig. Nach eingehender Prüfung erscheinen mir diese Bestimmungen aber noch nicht genügend ausgereift.
Ein Beispiel, das sich auf Absatz 6 bezieht: In der kantonalen Planung könnte eine bestimmte Klinik unberücksichtigt sein. Da schafft derjenige Zusatz Abhilfe, den die Kommission aufgrund eines Antrages Binder angenommen hat, in welchem die Verpflichtung eingeführt wird, dass auch die privaten Kliniken in der Planung zu berücksichtigen sind. Dadurch ist aber das Problem noch nicht gelöst. Die Liste kann beispielsweise eine Klinik nur für eine bestimmte Richtung in der Planung einbeziehen. Was geschieht nun, wenn ein Patient, der sich in dieser Klinik für eine planungskonforme Behandlung befindet, dringend für etwas anderes, das ausserhalb dieser planungskonformen Spezialität liegt, behandelt werden muss? Soll er nun unbedingt wegtransportiert werden? Es geht um praktische Probleme, die meines Erachtens durch die zu schnelle Einführung dieser zwei Beschränkungen nicht genügend berücksichtigt wurden. Das ist nur ein Beispiel unter vielen für die unvorhersehbaren Folgen einer Bestimmung, die mit einer guten Absicht, aber zu schnell und ohne allgemeine Vernehmlassung eine verbindliche Planung einführt und so schwere Folgen daraus ableitet. Verweigerung der Kostenerstattung ist ungeeignet, das Problem mit den gewünschten Nuancen zu lösen. Es wäre besser gewesen, eine Lösung vorzusehen, die die Kostenerstattung einschränkt, wie dies zum Beispiel in Absatz 3 der Fall ist.
Der Antrag auf Streichung beider Bestimmungen lässt die Möglichkeit offen, nach abgestuften Lösungen zu suchen, statt eine starre, lebensfremde Pauschalregelung einzuführen. Die Regelung, die wir bekämpfen, ist auch kein Muster der Konsequenz und Systemkonformität.
In diesem selben Artikel 19bis Absatz 1 ist der Grundsatz der freien Wahl der Heilanstalt verankert. Dort heisst es: «Der Versicherte kann unter den inländischen Heilanstalten, die für die Behandlung seiner Krankheit geeignet sind, frei wählen.» Nachdem man diese freie Wahl in aller Form zugesichert hat, kommen diese Bestimmungen, die auf das Gegenteil hinzielen!
Das ist nicht nur unsystematisch, sondern auch mit den schweizerischen Gepflogenheiten nicht konform: Wir versprechen nicht alles, um es nachher wieder wegzunehmen. Wir sind daran gewöhnt, dass das, was unser Gesetz verspricht, eingehalten wird! Hier wird die sogenannte freie Wahl der Klinik zu einer Illusion. Es ist nicht unsere Art, in unseren Gesetzen Illusionen zu schaffen; das, was sie aussagen, muss auch stimmen.
Wenn wir freie Wahl zusichern und unmittelbar danach diese freie Wahl nur auf Spitäler, die sich auf der Liste befinden, beschränken, so bedeutet das nur eine freie Wahl im Rahmen der staatlichen Bestimmung. Das ist nicht das, was man unter dem Begriff der freien Wahl versteht. Die freie Wahl will besagen, dass der Patient frei wählen kann, und nicht, dass der Staat diese Wahl an seiner Stelle vornimmt.
Ich behaupte, dass die beiden Bestimmungen auch mit dem Grundsatz der Proportionalität nicht vereinbar sind, der uns sagt, dass der Ausschluss jeder Kostenbeteiligung in diesem Fall zu weit geht! Dieser schwere Verstoss gegen die Proportionalität ist um so unverständlicher, als wir es mit Listen und mit Planungen zu tun haben, die heute gar nicht vorliegen. Man muss ohnehin bezweifeln, dass Listen und Planungen einer gesunden Konkurrenz auf diesem Gebiet förderlich sein werden. Es wäre ein Akt der Vernunft, wenn nicht bereits aufgrund einer noch nicht vorliegenden Liste und einer noch nicht beurteilbaren Planung die Kostenerstattung verweigert würde. Eine solche Bestimmung gehört ferner nicht in ein Sofortprogramm. In ein Sofortprogramm gehören Bestimmungen, deren Wirkung man heute abwägen kann.
Ich empfehle Ihnen deshalb, die Norm zu streichen. Sie ist auch sehr inkonsequent. Warum? Wenn jemand eine Klinik im Ausland aufsucht, wo eben keine kantonale Planung vorliegt, kommt Absatz 3 zur Anwendung: Danach übernimmt die Kasse die Behandlungspauschale derjenigen entsprechenden Heilanstalt, die dem Wohnort des Versicherten am nächsten liegt und Mitglieder von Kassen nach diesem Gesetz behandelt. Das scheint eine angemessene Regelung im Interesse des Patienten zu sein.
Die Verweigerung der vollen Kostenerstattung im Fall der Kliniken, die der Planung nicht entsprechen, ist schliesslich eine ungerechte Behandlung gegenüber Kliniken anderswo, und das wäre schade! Welche Wirkung würde diese Verweigerung haben? Man kann z. B. AMI-Kliniken kritisieren, aber in den Belangen des technischen und ärztlichen Fortschritts könnten sie für die ganze Branche wegweisend sein. Die beantragte Norm könnte unter Umständen dazu führen, dass die AMI-Kliniken nicht in der Schweiz, sondern im Ausland erstellt werden, weil dort Kosten zurückerstattet werden.
Das sind alles Elemente, die uns beweisen, dass diese Lösung nicht reif ist und auch dem Interesse der Patienten nicht entspricht. Ich empfehle Ihnen, beide Bestimmungen zu streichen. Im Zweitrat oder später könnte man nach abgestuften Lösungen suchen. Alle pauschalen Verweigerungen der Kostenerstattung sind nicht gerecht, nicht verhältnismässig und gehören nicht in ein Sofortprogramm.

Frau **Meier** Josi, Sprecherin der Minderheit: Die bisherigen Stellungnahmen veranlassen mich, noch einmal den Standpunkt der Minderheit zusammenzufassen. Das Krankenversicherungsgesetz setzt die Mindestleistungen der Grundversicherung für Krankenpflege fest. Im Spitalbereich betrifft dies die allgemeine Abteilung. Sollen die Kantone im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes eine Liste der Spitäler aufstellen müssen, kann diese logischerweise nur jene Spitäler enthalten, welche auch eine allgemeine Abteilung führen. Das ist bei Privatspitälern in aller Regel der Fall. Nur Super-Luxuskliniken führen keine allgemeine Abteilung und können deshalb nicht auf die Liste gesetzt werden.
Die Kommissionsmehrheit will die Leistungspflicht der Grundversicherung für Krankenpflege nicht auf die in der Liste angeführten Spitäler mit einer allgemeinen Abteilung einschränken. Das bedeutet, dass die Grundversicherung,

der auch Leute mit sehr bescheidenem Einkommen angehören, bei Behandlung in einer Luxusklinik die vollen Pflichtleistungen gewähren muss; denn die Wahl des Spitals ist – wie gesagt – grundsätzlich frei. Der Antrag der Mehrheit ist daher auch sozialpolitisch schwer erträglich und dient kaum den Interessen der Mehrheit der Privatspitäler, sondern nur denen einiger ganz weniger Luxuskliniken.
Ich möchte noch einen Irrtum beseitigen. Die Beschränkung der Leistungspflicht der Krankenkassen auf Spitäler, die in der Liste enthalten sind, heisst nicht, dass Privatspitäler, die in der Liste aufgeführt sind, sich auch an die Tarifvorschriften für die allgemeine Abteilung halten müssten. Sie sind nach wie vor in der Tarifgestaltung völlig frei. Der Versicherte bekommt jedoch aus der Grundversicherung nicht mehr, als er in einem öffentlichen Spital erhalten würde. Das ist auch heute schon so.

Hänsenberger, Berichterstatter: Ich spreche jetzt nicht als Kommissionspräsident, sondern persönlich. Ich möchte einen Irrtum wegräumen, den Frau Bauer äusserte. Es stimmt nicht, dass dies zu einer Diskriminierung von ausserkantonalen Patienten führen könnte. Das ist nicht möglich. Persönlich schliesse ich mich der Kommissionsminderheit an und bitte den Rat, der Minderheit zuzustimmen. Es muss einem Kanton möglich sein, verbindlich zu unterscheiden, ob ein umgebautes Hotel ein Spital ist oder nicht oder ob ein gut ausgebautes Chronischkrankenheim einfach zum Spital erklärt werden kann.
Ich messe dieser Liste grosse Bedeutung bei. Die von der Kommissionsmehrheit mit 5 zu 4 Stimmen beantragte Streichung ist aus meiner Sicht falsch.

Bundespräsident **Egli:** Der Bundesrat stimmt mit der Mehrheit mit der einfachen Begründung, dass die Listenaufstellung überhaupt keinen Sinn hätte, wenn daran nicht auch an eine Sanktion gebunden wird, dass diejenigen Häuser, die nicht auf der Liste figurieren, von den Pflichtleistungen auszuschliessen sind. Diese Sanktion muss durchgesetzt werden, sonst hat sie überhaupt keinen Sinn.

Frau **Meier** Josi, Sprecherin der Minderheit: Ich will nur einen Sprechfehler von Bundespräsident Egli korrigieren. Was er eben ausführte, spricht für die Minderheit und nicht für die Mehrheit.

Bundespräsident **Egli:** Meine Begründung trifft auf die Minderheit zu. Sie haben Recht.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	19 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	20 Stimmen

Art. 19bis Abs. 6
Antrag der Kommission
Mehrheit
Die Kantone können für ihr Gebiet verbindliche Planungen festlegen:
a. zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung unter Einbezug der spitalexternen Krankenpflege und der Pflege in Heimen und Anstalten;
b. für die Versorgung mit kostspieligen medizinisch-technischen Einrichtungen im stationären Bereich.
Kliniken mit privaten Trägerschaften sind angemessen in diese Planungen einzubeziehen. Die Kassen sind nur ....
Minderheit
(Masoni, Bauer)
b. ... einzubeziehen. (Rest des Absatzes streichen)

Art. 19bis al. 6
Proposition de la commission
Majorité
Les cantons peuvent fixer, sur le territoire, des planifications obligatoires:
a. garantissant que les besoins en soins hospitaliers sont couverts; ce faisant, les cantons tiennent compte des soins prodigués hors de l'hôpital ou dans des institutions ou homes;
b. réglant l'équipement en installations médico-techniques coûteuses dans le domaine hospitalier ou ambulatoire. Ces planifications doivent tenir compte de manière appropriée des cliniques privées. Les caisses ....
Minorité
(Masoni, Bauer)
.... des cliniques privées. (Biffer le reste de l'alinéa)

Hänsenberger: Die Spitalplanung bleibt Sache der Kantone. Ausser der in Absatz 5 geforderten Liste der Heilanstalten fordert nun der Absatz 6 die Kantone auf – mit einer Kann- und nicht mit einer Muss-Formel –, verbindliche Planungen für die Spitalversorgung und die medizinisch-technischen Einrichtungen aufzustellen.
Unsere Kommission hat die bereits im Nationalrat neu hinzugekommenen Absätze 6 und 7 grundsätzlich übernommen und wie folgt ergänzt: Erstens sind die spitalexterne Krankenpflege, Pflegeheime und Anstalten in die Planung miteinzubeziehen. Zweitens wird bestimmt, dass die Kliniken mit privater Trägerschaft angemessen in die Planung miteinzubeziehen seien. Dieser Satz entspricht dem Wunsch, der von Seiten der Privatspitäler an die Kommission herangetragen worden ist. Es kann sich nicht darum handeln, einem Kanton von Bundesrechts wegen die Möglichkeit zu geben, Privatspitäler z. B. zu verbieten oder zu schliessen. Die Handels- und Gewerbefreiheit würde da im Konfliktfall zu Recht angerufen. Andererseits ist zu bedenken, dass auf dem Gebiet der stationären Behandlung die öffentliche Hand Riesenbeträge leistet. Man sollte kantonale Planungen nicht einfach durch die Schaffung von Luxuskliniken mit weiteren Akutbetten unterlaufen, denn das wirkt sich selbstverständlich auf die Gesamtkosten der medizinischen Versorgung aus.
Die Kommission war sich durchaus bewusst, dass aus betriebswirtschaftlichen, medizinischen wie auch geographischen Gründen eine Konkurrenzierung der öffentlichen Spitäler durch private Kliniken für erstere nützlich und anspornend wirken kann. Allerdings muss auch berücksichtigt werden, dass von den öffentlichen Spitälern in der medizinischen Forschung und Lehre wie in der Ausbildung des Spitalpersonals Leistungen erbracht werden, die auch den Privatspitälern zugute kommen, ohne dass diese Beiträge leisten.
Der neu aufgenommene Satz über die angemessene Berücksichtigung der Kliniken mit privater Trägerschaft stimmt wörtlich mit dem von den Privatspitälern vorgeschlagenen und vom Zentralsekretär der Sanitätsdirektorenkonferenz unterstützten Text überein. Der ursprüngliche Entwurf der Sanitätsdirektoren lautete wie folgt: «Die Kantone können für ihr Gebiet für öffentliche und private Einrichtungen verbindliche Planungen festlegen». Diese Forderung ginge wohl zu weit.
Wir haben hier – Herr Masoni hat bereits darauf hingewiesen – einen Minderheitsantrag, der die Leistungen der Kassen nicht davon abhängig machen will, ob die Heilanstalten der kantonalen Planung entsprechen. Die Kommission hat jedoch hier deutlich entschieden. Ich glaube, das Zutrauen in die kantonalen Regelungen, ob es nun kantonale Parlamente sind oder kantonale Regierungen, sollte gross genug sein, dass keine Verstaatlichungstendenz aus dieser Regelung befürchtet werden muss. Es gilt insbesondere für die Föderalisten, hier zuzustimmen; Sie hätten auch vorhin der Minderheit zustimmen müssen und haben es offenbar nicht gemerkt.
Was die Kompetenzabgrenzung Bund/Kanton betrifft, ist auf eine Aeusserung des Bundesamtes für Justiz zu verweisen, das Absatz 6 sowohl, was die Kompetenzabgrenzung wie auch die Grundrechtsgarantie betrifft, als in Ordnung befunden hat.

Präsident: Wir haben hier einen Minderheitsantrag, der von Herrn Masoni bereits begründet wurde.

Masoni, Sprecher der Minderheit: Wenn ein Musterzentralist bernischer Prägung hier um die Stimmen der Föderalisten wirbt, sollte dies die Föderalisten misstrauisch stimmen.
Die Begründung ist dieselbe, die ich bei Absatz 5 bereits gegeben habe: Bei jener Liste, worin festgestellt wird, was Kliniken und Spitäler sind und was nicht, haben wir es mit etwas Klarerem und Fassbarerem zu tun als mit einer komplizierten Planung, welche viel feinere Unterscheidungen und Abstufungen zwischen anerkannten Kliniken und Spitälern und zwischen den Spezialisierungen der einzelnen Kliniken und Spitäler treffen sollte.
Wenn bei jener Liste die Mehrheit die Streichung beschlossen hat, sollte sie *a potiori* hier bei der Planung die Streichung beschliessen. Wir haben noch keine solche Planung. Wir können die Wirkungen solcher Planungen noch nicht bemessen. Es wäre verfrüht, eine so strenge Massnahme wie den Ausschluss jeglicher Kostenerstattung vorzusehen. Es gehört nicht ins Sofortprogramm, dass wir heute sagen, dass diese noch unbekannten Planungen diese harten Folgen haben.
Uebrigens, Herr Kommissionspräsident, ich habe vorher beim Vergleich mit der vernünftigen Bestimmung von Absatz 3, aufgrund des Absatzes 2, nicht von ausserkantonalen Patienten, sondern von nicht kantonalen Kliniken gesprochen. Wenn dort eine herabgesetzte Kostenerstattung Platz greift, wäre sie auch bei Absatz 6 gerechtfertigt. Der Patient, der sich speziellen Behandlungen unterziehen muss, sollte das in einer Klinik tun, in die er grosses Vertrauen hat, ohne deswegen die ganze Kostenerstattung zu verlieren.
Pour mes collègues de langue française qui n'ont pas participé au débat sur ce point, puisque Mme Bauer ne présentera pas en français la proposition qu'elle a appuyée, je précise qu'il s'agit d'éliminer l'effet disproportionné d'une planification dont on ne connaît pas encore les conséquences. Le non-remboursement par les caisses des prestations effectué dans ces cliniques est une solution trop dure. Je préférerais une manière de faire semblable à celle de l'alinéa 3, qui stipule que l'on reconnaît même dans ces cliniques internationales, très bien équipées en instruments modernes, ce qui est admis dans nos établissements plus proches et meilleur marché. Cette solution est plus humaine. Elle respecte le choix de l'intéressé qui doit subir une intervention dans son intégrité corporelle, en faveur d'une clinique dans laquelle il a entièrement confiance.
C'est la raison pour laquelle je vous recommande de suivre la minorité et de biffer cette disposition qui est prématurée et n'appartient pas à un programme d'urgence.

Jagmetti: Eine Spitalplanung wird heute wahrscheinlich jeder Kanton haben. Diese Spitalplanung hat aber im wesentlichen die Funktion einer Entscheidungsgrundlage, die den Behörden, die nachher ihre Beschlüsse zu fassen haben, die Kompetenz dazu nicht nimmt, sondern ihnen erlaubt, etwa bei Kreditvorlagen auf gesicherten Grundlagen zu entscheiden. Mit dem Uebergang zu einer verbindlichen Planung schaffen wir eine neue Situation, wie das auch beabsichtigt ist, um die Kostenexplosion zu dämpfen.
Es wurde jetzt dargelegt, dass das einen Einfluss auf das Verhältnis öffentliche/private Trägerschaft haben wird. Ich weise nur darauf hin, dass es auch innerhalb der öffentlichen Trägerschaft Rückwirkungen haben wird, und zwar zunächst einmal auf das Verhältnis Kanton/Gemeinde. Die verbindliche Planung wirkt auf diese Aufgabenteilung ein. Mit der Bestimmung, die wir hier vor uns haben, wird die innerkantonale Kompetenzordnung – mindestens teilweise – durch eine nationale ersetzt. Das scheint auf den ersten Blick Theorie. Aber wir müssen uns vergegenwärtigen, dass eine ganze Anzahl von Kantonen das Spitalwesen zur kommunalen Aufgabe erklären.
Natürlich können heute Gemeinden diese Aufgabe in der Regel nicht mehr allein wahrnehmen, sondern sie schliessen sich zu Spitalverbänden zusammen und lösen so ihre Aufgabe gemeinsam. Der Kanton nimmt darauf naturgemäss einen starken Einfluss über das Subventionswesen. Mit der vorgeschlagenen Bestimmung würde aber über die Subventionierung hinaus der Kanton auf die Ausgestaltung der Spitalversorgung durch die Gemeinden und die Gemeindeverbände einen Einfluss ausüben. Auch das ist keine blosse Theorie. Wir erleben etwa am zürcherischen Beispiel, wie die Gemeinden einer Region eine etwas andere Konzeption über die Spitalversorgung in dieser Gegend haben als der Kanton. Wir erleben es ebenfalls bei einem Stadtspital, wo über die künftigen Aufgaben eine Kontroverse entstanden ist. Die Lösung des Problems wurde durch die städtischen Behörden gefunden. Nach der vorgeschlagenen Ordnung müsste eine kantonale Entscheidung getroffen werden.
Noch etwas: Diese Kompetenzordnung, wie sie hier beantragt wird, wirkt sich wahrscheinlich auch aus auf die Zuständigkeit der kantonalen Behörden. Wenn die Planung verbindlich ist, wird sich die Frage stellen, ob nicht je nach kantonalem Recht mindestens ein Teil der Ausgaben zu gebundenen Ausgaben wird und die Planung, die doch wahrscheinlich in den meisten Fällen von der Regierung oder von der Verwaltung durchgeführt wird, Rückwirkungen auch auf die Mitwirkungsmöglichkeiten von Parlament und Bürger hat.
Wir haben im Kanton Zürich den Begriff der «gebundenen Ausgaben» neu formuliert und auf diesem Wege die Mitwirkung des Parlamentes an den Spitalentscheiden weitgehend ausgeschaltet, auch dort, wo eine private Trägerschaft zwar vorhanden ist, der Kanton aber die vollen Kosten trägt. Mit einer verbindlichen Planung wird sich das Problem noch ausgeprägter stellen.
Ich wollte darauf hinweisen, dass die Problemstellung, wie wir sie hier behandeln, einerseits das Verhältnis private/öffentliche Trägerschaft betrifft, andererseits aber auch innerhalb der öffentlichen Trägerschaft Rückwirkungen haben wird. Es wird dann für die Kantone nicht mehr im gleichen Masse möglich sein, ihre Entscheidungen zu treffen. Das sind Gründe, die mich persönlich veranlassen, für die Kommissionsminderheit zu stimmen und damit diese Kompetenzordnung nicht zu stark bundesrechtlich zu beeinflussen; denn wir gehen doch in diesem Rat davon aus, dass eine vernünftige Ordnung auch auf kantonaler Ebene geschaffen werden kann.

Schmid: Soweit ich mich an die Diskussion in der Kommission erinnere, war es tatsächlich so, dass wir namentlich über das Verhältnis öffentliche/private Spitäler gesprochen haben, wie das Herr Masoni dargelegt hat; es ging also weniger um das Verhältnis der öffentlichen Spitäler unter sich, wie es nun Herr Jagmetti darlegt.
Im Rahmen der Diskussion ist doch recht klar zum Ausdruck gekommen, dass mit den neuzeitlichen Formen privater Spitäler – beileibe nicht aller – das System der Krankenversicherung Schaden erleiden, wenn nicht gar ausgehöhlt werden kann. Denn praktisch ist es so, dass die guten Risiken zu den neumodischen privaten Kliniken gehen und die schlechten in der Folge von den öffentlichen Spitälern übernommen werden müssen, und zwar mit der gesamten Kostenexplosion, die sich daraus ergibt.
Diese Sorge hat die Kommission bewogen, im Rahmen dieses Artikels die Planung insoweit mit Sanktionen zu versehen, als die Kassen ermächtigt werden sollen, nicht zu zahlen, wenn ein bestimmtes Institut, eine bestimmte Anstalt in der Planung nicht vorhanden war. Darüber kann man diskutieren. In der Kommission hatten wir weitgehend die Auffassung, es sei richtig, das so zu halten. Der Titel, unter dem wir angetreten sind, ist ja die Kostendämpfung, und ich glaube, dieser Absatz 6 trägt dazu bei.
Was das Verhältnis unter den öffentlich-rechtlichen Anstalten selbst betrifft, bin ich der Auffassung, dass die Bedenken von Herrn Jagmetti gegenstandslos sind. Abgesehen davon, dass es sich um einen Kann-Artikel handelt – aber das macht nicht viel aus –, ist auf folgendes hinzuweisen:
1. Auch eine mit Sanktionen versehene Planung, Herr Jag-

metti, bleibt immer eine Planung. Das heisst, im Bedarfsfall kann sie wieder revidiert werden.
2. Es bestand nie die Absicht – der Text dieser Vorlage ist auch nicht so gefasst, dass es als zwingend erschiene –, in die kantonale Hoheit, Souveränität, einzugreifen. Was hier als sogenannt kantonale Planung – «die Kantone können» – bezeichnet wird, ist selbstverständlich der Inbegriff aller im Kanton nach kantonalem Recht vorgenommenen Planungen. Wir sind uns als Bundesgesetzgeber nicht gewohnt, die Gemeinden direkt als unsere Adressaten anzunehmen. Wenn ein Kanton seine Spitalplanung ganz oder teilweise auf der Gemeindestufe durchführt, so ist das mit Artikel 19bis Absatz 6 durchaus gedeckt. Wir dürfen mit gutem Gewissen annehmen, dass eine innerkantonale Kompetenzordnung, wie immer sie ausgestaltet sei, von dieser Bestimmung respektiert wird.
Deswegen halte ich die Bedenken von Herrn Kollege Jagmetti für unbegründet.

Mme **Bauer:** Je voudrais dire quelques mots à propos de cette phrase que la minorité dont je fais partie propose de biffer: «Les caisses ne doivent verser leurs prestations que dans la mesure où les fournisseurs de prestations se conforment aux dites planifications.» En fait, si nous maintenons cette phrase, nous accordons aux caisses des droits absolument discrétionnaires, dès lors qu'elles pourront exercer des contrôles concernant aussi bien les prestations des médecins, dans les cliniques privées ou dans des établissements privés, que concernant les traitements qui y sont dispensés. Elles pourront désormais véritablement juger par elles-mêmes de l'opportunité ou de l'inopportunité de dispenser certains soins. Ce sont les caisses qui pourraient désormais juger de la conformité des soins dispensés avec les planifications. Ce faisant, on ouvre la porte à des remises en question qui risquent de provoquer toutes sortes de difficultés au niveau du malade tout d'abord et de la collectivité en général ensuite. J'estime qu'on attribue là encore une fois des droits excessifs aux caisses et c'est pourquoi je propose que nous renoncions à cette dernière phrase.

Bundespräsident **Egli:** Als dieser Absatz 6 im Laufe der Beratungen in der nationalrätlichen Kommission in die Vorlage hineinkam, hatte ich erstens Bedenken, dass damit die kantonale Hoheit tangiert werden könnte, und zweitens in bezug auf die Handels- und Gewerbefreiheit.
Was die erstgenannten Bedenken betrifft, ist aber einzusehen, dass dieser Absatz den Kantonen ja lediglich die Möglichkeit bietet, ihre Planung durchzuführen und gewisse Sanktionen damit zu verknüpfen. Eine Verpflichtung ist nicht ausgesprochen.
Die Bedenken in bezug auf die Handels- und Gewerbefreiheit waren dagegen grösser. Deshalb verlangten wir vom Bundesamt für Justiz – auf Geheiss der Kommission – ein Gutachten über die Frage, ob dieser Absatz 6 gegen den Verfassungsartikel betreffend Handels- und Gewerbefreiheit verstosse. Das Bundesamt für Justiz kam zu einem negativen Schluss. Es stellte zusammenfassend fest, dass mit der Kompetenz des Bundes, über die Krankenkassen zu legiferieren, ihm auch die Kompetenz eingeräumt sei, zu sagen, welche Krankenhäuser von den Pflichtleistungen der Kassen ausgeschlossen seien.
Ich habe mich daher entschlossen, mich dieser Bestimmung gemäss Absatz 6 auch anzuschliessen, und beantrage Ihnen heute Zustimmung zur Mehrheit.

Präsident: Die folgende Abstimmung bezieht sich auf Buchstabe b. In bezug auf Buchstabe a bestehen keine Differenzen zwischen Mehrheit und Minderheit.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	14 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	29 Stimmen

Art. 19bis Abs. 7
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 19bis al. 7
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 21 Abs. 1 zweiter Satz, Abs. 4 zweiter Satz, Abs. 5 zweiter Satz sowie Abs. 6 und 7
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 21 al. 1 phrase 2, al. 4 phrase 2, al. 5 phrase 2, al. 6 et 7
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Ich habe hier nur eine Bemerkung redaktioneller Art anzubringen. Wir haben bei Artikel 16 einen neuen Absatz 3 geschaffen; er wurde von Ihnen in der Fassung des Nationalrates genehmigt.
Dieser Artikel 16 Absatz 3 muss im Artikel 21 erwähnt werden. Sind Sie – im Hinblick auf die Bereinigung mit dem Nationalrat – damit einverstanden, die genaue Formulierung der Verwaltung zu überlassen?

Angenommen – Adopté

Art. 22 Abs. 3 dritter Satz
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 22 al. 3e phrase
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 22bis Randtitel und Abs. 7 zweiter und dritter Satz
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 22bis titre marginal et al. 7 phrases 2 et 3
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Dieser Artikel bezieht sich auf den sogenannten vertragslosen Zustand, den der Nationalrat jetzt in einen Zustand «Fehlen einer vertraglichen Regelung» umgetauft hat. Der Nationalrat hat eine Einschränkung der Auskunftspflicht des Arztes vorgenommen, der sich unsere Kommission anschliesst. Die Aerztegesellschaft wehrt sich gegen diese Bestimmung, indem sie auf die enormen kantonalen Unterschiede hinweist – in Genf darf zum Beispiel das Kalendarium bekanntgegeben werden, nicht aber die Diagnose; in Zürich verhält es sich gerade umgekehrt –, und die Aerzte wollen die Regelung dieser Fragen den kantonalen Verträgen überlassen. Dieser Wunsch ist hier kaum angebracht, denn Artikel 22bis gilt gerade für den vertragslosen Zustand, dann, wenn sich die Aerzte und die Kassen nicht einigen können.

Angenommen – Adopté

Art. 22quater
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 22quinquies

Hänsenberger, Berichterstatter: Wir kommen hier wieder zu einer der wichtigsten Bestimmungen dieser Vorlage A. Weil das Spitalwesen Sache der Kantone bleibt, aber die Kantone zu vermehrten Leistungen an die Krankenversicherungen verpflichtet werden, entsteht eine Gefahr, die wir sehen müssen. Es könnte Kantone geben, die sich ihre Mehrleistungen an die wirtschaftlich schwächeren Versicherten (wir werden bei Artikel 38 darüber reden) wieder beschaffen, indem sie die Tarife in den öffentlichen Spitälern erhöhen und sich über den Umweg geringerer Spitaldefizite schadlos halten.
Ueber die Sparkonferenz, die Subkommission des Nationalrates und die Kommission des Nationalrates kam der Vorschlag zu uns, dass der maximale Kostendeckungsgrad für Patienten der allgemeinen Abteilung festzusetzen sei, und zwar auf 60 Prozent. Der Bundesrat hatte keinen bestimmten Prozentsatz vorgesehen, sondern bloss gesagt «deckt einen Teil».
Ich schlage Ihnen vor, absatzweise zu beraten.

Art. 22quinquies Abs. 1 – Art. 22quinquies al. 1
Antrag der Kommission
.... der Heilanstalt je Patient für die ....
Proposition de la commission
.... hospitalier par patient dans ....

Hänsenberger, Berichterstatter: Ich darf hier etwas ergänzen, weil wir eine kleine, allerdings nicht bedeutungslose Aenderung vorgenommen haben. Nach Fassung unserer Kommission soll die Pauschale je Patient berechnet werden statt je Pflegetag und Patient. Diese Berechnung entspricht einem Vorschlag der Arbeitsgruppe 1 der Sparkonferenz und würde die Rechnungstellung anhand diagnosebezogener Fallpauschalen ermöglichen. Auch das soll ein Anreiz sein, keine unnötigen Mehrpflegetage zu verrechnen, um eine Verbesserung der Spitalrechnung zu erreichen. Wir schaffen mit der Streichung der Worte «je Pflegetag und» diese neuartige Berechnung nach Diagnosegruppen, und wenn sie sich bewährt, kann sie beibehalten werden, ohne dass der Gesetzestext geändert werden muss. Die Erfahrungen, die Medicare seit 1983 in den USA macht, sollen positiv sein. Im «disease-related grouping» bestehen 467 Diagnosegruppen (z. B. Blinddarm = x Dollars), unabhängig von Aufenthaltsdauer und Aufwand. Damit kann ein Anreiz zu Mehraufwand beseitigt werden.
Ich ersuche den Rat, der Fassung der Kommission zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

Art. 22quinquies Abs. 1bis – Art. 22quinquies al. 1bis
Antrag der Kommission
Streichen
Proposition de la commission
Biffer

Angenommen – Adopté

Art. 22quinquies Abs. 2
Antrag der Kommission
.... Behandlungspauschale in einem Vertrag fest. ....
.... die Behandlungspauschale fest. Artikel 22bis Absatz 7 gilt sinngemäss.

Art. 22quinquies al. 2
Proposition de la commission
.... le forfait pour frais de traitement. Cette convention ....
.... les membres des caisses conformément à la présente loi. L'article 22 bis al. 7, est applicable par analogie.

Angenommen – Adopté

Art. 22quinquies Abs. 3 – Art. 22quinquies al. 3
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Der dritte Satz des Absatzes 3 hat zu einer Intervention des Präsidenten der Sanitätsdirektoren-Konferenz beim Kommissionspräsidenten geführt. Im dritten Satz steht – übereinstimmend mit der Fassung von Bundesrat, Nationalrat und Kommission –, «die Kantonsregierung und die Kassen können die Rechnungen und Unterlagen einsehen». Herr Präsident Vernet wünscht, dass dieser Satz ersetzt werde durch: «Der Kanton regelt das Einsichtsrecht (les droits de regard) der Behörden, Kassen und Dritten.» Er befürchtet, dass aus unserem Text ein unbeschränktes Recht der Kassen herausgelesen werden könnte, Einsicht über das hinaus zu erhalten, was für die Tarifsetzung unumgänglich ist.
Die Kommission hat diese Frage nicht ausdrücklich behandelt, obschon der Vorschlag Vernet ausgehändigt worden ist. Persönlich bin ich der Meinung, dass unser Text nicht geändert werden muss. Es ist selbstverständlich, dass nur diejenigen Unterlagen von den Kassen eingesehen werden können, die für die Tarifberechnung von Bedeutung sind. Auch beziehen sich die Tarifabmachungen – es wurde mehrmals ausgeführt – nur auf die allgemeinen Abteilungen. Der wesentliche Beitrag der Kassen an die Kosten der Spitäler rechtfertigt die gewünschte Offenlegung der Berechnungen.
Ich bitte Sie, am Text der Kommission festzuhalten.

Angenommen – Adopté

Art. 22quinquies Abs. 4
Antrag der Kommission
.... festgesetzt werden. Diese darf unter Einschluss der Aufenthaltspauschale und einer gesonderten Rechnung für bestimmte Leistungen höchstens die vollen Betriebskosten je Patient für die allgemeine Abteilung decken.

Art. 22quinquies al. 4
Proposition de la commission
.... hospitalier. Ce forfait, qui inclut le forfait pour frais de pension, plus une facture séparée pour certaines prestations ne peuvent toutefois dépasser ensemble la totalité des frais d'exploitation par patient dans la division commune.

Angenommen – Adopté

Art. 22quinques Abs. 4bis
Antrag der Kommission
Mehrheit
Ablehnung des Antrags der Minderheit
Minderheit
(Bührer, Weber)
Bei Versicherten, die sich aus medizinischen Gründen in einer ausserkantonalen Heilanstalt aufhalten, übernimmt der Kanton, in dem der Versicherte wohnt, mindestens 40 Prozent der von der Heilanstalt in Rechnung gestellten Kosten für die allgemeine Abteilung.

Art. 22quinquies al. 4bis
Proposition de la commission
Majorité
Rejet de la proposition de la minorité
Minorité
(Bührer, Weber)
Le canton dans lequel l'assuré réside prend à sa charge au moins 40 pour cent des frais facturés par l'établissement hospitalier pour la division commune, dans le cas où ledit assuré doit être hospitalisé hors de son canton pour des raisons médicales.

Hänsenberger, Berichterstatter: Eine Kommissionsminderheit wünscht eine Beteiligung des Kantons für die Behandlungen vorzuschreiben, die aus medizinischen Gründen ausserhalb des Wohnsitzkantons vorgenommen werden müssen. Nach Ansicht der Verwaltung und der Kommissionsmehrheit sollen solche Abmachungen zwischen den Kantonen und nicht vom Bund getroffen werden. Es kommt vor, dass sich ein Kanton an den Baukosten eines Spitals im Nachbarkanton beteiligt. Die Vielfalt diesbezüglicher Abmachungen in unserem Land soll nicht durch Bundesvorschriften eingeengt werden. Die Kommissionsmehrheit hält deshalb an der Ablehnung des neuen Absatzes 4bis fest und überlässt diese Abmachung den Kantonen.
Im übrigen – Absätze 5 und 6 – schliessen wir uns dem Nationalrat an.

Frau **Bührer,** Sprecherin der Minderheit: Vorauszuschicken ist, dass tatsächlich ein Teil der Kantone bereits tut, was die Minderheit hier wünscht. Diese Kantone erbringen für Patienten, die aus medizinischen Gründen ausserkantonal behandelt werden müssen, Leistungen, wie wenn der Patient im eigenen Kanton behandelt würde. Doch verfahren längst nicht alle Kantone so, freiwillige, interkantonale Regelungen haben in dieser Frage zu keiner befriedigenden Lösung geführt. Zum Teil werden Finanzierungsverträge mit ausserkantonalen Spitälern abgeschlossen; es ist ein regelrechter Wildwuchs. Es ist interessant, dass sich die Sanitätsdirektorenkonferenz bis jetzt immer auf den Standpunkt gestellt hat, dass eine Regelung dieses Sachverhaltes nicht dringlich sei, weil die Revision des Krankenversicherungs-Gesetzes anstehe und dabei dieses Problem gelöst werde. Eine Regelung auf dem Konkordatsweg ist bis jetzt nicht zustande gekommen, es wäre am einfachsten, wenn wir das hier regeln würden.
Es muss betont werden, dass die freie Wahl des Spitals – auch des ausserkantonalen Spitals, wenn aus medizinischen Gründen eine ausserkantonale Behandlung notwendig erscheint – gewährleistet ist. Der Kanton kann also – auch wenn er mit einem bestimmten Spital einen Vertrag abgeschlossen hat – nicht verlangen, dass der Patient in dieses spezielle Spital geht. Das bedeutet nun, dass die Krankenkassen durch solche ausserkantonale Patienten sehr unterschiedlich belastet werden können. Die Frage ist einfach, wer bezahlt. Bezahlt der Kanton seinen Teil, oder werden die Krankenkassen übermässig belastet?
Man muss sehen, dass der medizinisch-technische Fortschritt in rasantem Tempo weitergeht, dass kleinere Kantone immer weniger in der Lage sind, ihren Einwohnern innerhalb des Kantons alle diese kostspieligen Einrichtungen zur Verfügung zu stellen. Es ist auch richtig, dass in diesen Belangen eine Konzentration stattfindet, das heisst, dass die Mittel haushälterisch eingesetzt werden.
Die Zahl der ausserkantonal behandelten Patienten nimmt zu und wird noch weiter zunehmen. Nun müssten vernünftigerweise auch bei der Finanzierung die Konsequenzen gezogen werden. Es ist nicht richtig, dass einzelne Kantone ihren Einwohnern die Finanzierung medizinischer Spitzentechnik voll und ganz via Krankenkassenprämien überlassen, während andere Kantone dafür wesentliche öffentliche Mittel aufwenden. In dieser unhaltbaren Situation schlägt Ihnen die Minderheit vor, dass die Wohnkantone verpflichtet werden sollen, bei medizinisch bedingten ausserkantonalen Behandlungen mindestens 40 Prozent der Kosten – gleichviel wie im Wohnkanton – zu übernehmen.
Ich bitte Sie, der Minderheit zuzustimmen.

Bundespräsident **Egli:** In den Fällen, da das Verhältnis zwischen Kantonen in Frage steht, möchten wir uns nicht in die kantonalen Regelungen einmischen. Die Gründe sind – das föderalistische Prinzip in diesem Gesetz eingeschlossen – aufgeführt worden. Wir möchten also den Kantonen die Art der Abmachungen unter sich überlassen: Es können nämlich verschiedene Formen unter den Kantonen gewählt werden, beispielsweise die Form, dass sich ein Kanton pauschal an den Spitalkosten eines anderen beteiligt. Es ist nicht notwendig, dass vom Bund aus zentral in diese kantonalen Regelungen eingegriffen wird.
Ich stimme der Mehrheit zu.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	7 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	22 Stimmen

Art. 22quinques Abs. 5 und 6
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 22quinques al. 5 et 6
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 22sexies Abs. 1
Antrag der Kommission
Mehrheit
.... ein vom Kanton festgesetzter Betrag ....
Minderheit
(Meier Josi, Bührer)
Streichen

Art. 22 sexies al. 1
Proposition de la commission
Majorité
.... fixée par le canton. Le forfait ....
Minorité
(Meier Josi, Bührer)
Biffer

Hänsenberger, Berichterstatter: Wir kommen zu einem etwas schwierigen Artikel, der leicht zu einer gewissen Verwirrung führen könnte. Bei der sogenannten Aufenthaltspauschale handelt es sich um einen fixen Betrag des Versicherten an die Hotelkosten des Spitales. Ausschlaggebend dafür war die Ueberlegung, dass bei einem Aufenthalt im Spital in der Regel die Lebenshaltungskosten, die sonst anfallen, geringer werden. Der Bundesrat schlägt vor, diese Pauschale – sie betrüge etwa 15 bis 20 Franken im Tag – für das ganze Land einheitlich festzulegen. Es handelt sich dabei ja nicht um einen Hotelbetrag, der von der Güte der Führung der Anstalt abhängig ist, sondern vielmehr um die Einsparung, die der einzelne Bürger erzielt, wenn er sich nicht zu Hause verpflegen muss.
Die Mehrheit der Kommission will die Festsetzung den Kantonen überlassen. Für die zentralisierten Kassen würden sich bei einer kantonalen Festsetzung (nach Version Kommissionsmehrheit) einige Mehrumtriebe ergeben. Die Kommissionsminderheit will die Aufenthaltspauschale überhaupt abschaffen. Die Kommission hat sich mit diesem Problem eingehend befasst und einen Zwischenbericht von der Verwaltung eingeholt. Ich gebe Ihnen kurz davon Kenntnis:
«Es entspricht einer heute weit verbreiteten Praxis, die Aufteilung der Rechnung der Heilanstalt in zwei Pauschalen zu gliedern, weil die Mindestleistungen der Kasse bei Heilanstaltsaufenthalt sehr eng umschrieben sind. Die Kassen gehen in den Tarifverträgen mit den Spitälern oft über das gesetzliche Minimum hinaus, behalten sich aber das Recht vor, einen Teil des in Rechnung gestellten Betrages dem Versicherten zu belasten, beziehungsweise diesen Teil nur im Rahmen einer Zusatzversicherung zu übernehmen. Insbesondere vertreten die Kassen heute den Standpunkt, dass die Uebernahme von Aufenthalt und Verpflegungskosten nicht in den Leistungsbereich der Grundversicherung gehöre. Nach dem Entwurf sollen künftig im Gesetz nicht mehr einzelne Leistungen erwähnt werden, die die Kassen mindestens zu übernehmen haben, sondern es wird festgehalten, dass sie die jeweils gültige Behandlungspauschale zu übernehmen haben. Da diese einen Teil der Betriebsko-

sten der Heilanstalt deckt, kann sie faktisch auch Kosten für Unterkunft und Verpflegung umfassen. Weil der Versicherte bei einem Aufenthalt in einer Heilanstalt einen Teil der üblichen Auslagen für Unterkunft und Verpflegung einspart, ist es von der Sache her gerechtfertigt, dass der Versicherte ausserhalb der Grundversicherung einen Teil der in der Heilanstalt anfallenden Aufenthaltskosten übernehmen muss. Ausgehend von dieser Ueberlegung sollen für die Bemessung der Aufenthaltspauschale aber nicht die effektiv anfallenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung, sondern die vom Versicherten eingesparten Auslagen massgebend sein. Da diese Einsparungen nicht von der Heilanstalt abhängen, in der sich der Versicherte befindet, und sie für alle Versicherten ungefähr gleich hoch sind, soll die Aufenthaltspauschale nicht durch Vereinbarungen, sondern durch den Bundesrat – analog der Unfallversicherung – geregelt werden.» Soviel aus dem Zwischenbericht!
Nach Meinung der Kommission – sie hat sich sehr knapp mit 7 zu 6 Stimmen entschieden – haben wir zwei Möglichkeiten:
1. Entweder wird innerhalb der 60-Prozent-Grenze von Artikel 22quinquies, und nicht zusätzlich, wie es der Bundesrat wollte, eine vom Kanton festzusetzende Aufenthaltspauschale in Rechnung gestellt (nach Meinung des Bundesrates etwa 15 bis 20 Franken als Hotelanteil), oder
2. wir streichen Absatz 1 von Artikel 22sexies, dann bleibt die Grundlage der 60-Prozent-Deckung erhalten. Das wäre dann aus der Grundversicherung zu decken, ohne dass für einen Teil auf den Versicherten zurückgegriffen werden könnte (Selbstbehalt und Franchise ausgenommen).
Die Grundfrage ist eigentlich einfach, tönt aber aufs erste kompliziert. Sie lautet: Deckt die Grundversicherung in der allgemeinen Abteilung alles, Behandlung und Hotelkosten, oder soll ein Betrag auf den Patienten überwälzt werden, der dafür eine Zusatzversicherung abschliessen könnte? Die Mehrheit der Kommission ist der Meinung, innerhalb der Behandlungspauschale von 60 Prozent könne eine Aufenthaltspauschale in Rechnung gestellt werden, und diese solle der Kanton festsetzen.
Ich beantrage Ihnen als Kommissionspräsident, der Mehrheit zuzustimmen.

Frau **Meier** Josi, Sprecherin der Minderheit: Kollege Hänsenberger erwähnte es bereits: Die Fahne trügt. So klein, wie man vermuten könnte, war die Minderheit nicht, sie unterlag mit nur 6 zu 7 Stimmen. Ein gewisses Verständnis wurde dem Anliegen auch vom Departement nicht verhehlt. Da, selbst wenn die Mehrheit hier obsiegen sollte, der Artikel in Diskussion bleibt, hoffe ich auf die nochmalige Ueberprüfung des Minderheitsantrages im Nationalrat.
Die Minderheit ist gegen eine gesonderte Aufenthaltspauschale zulasten des Versicherten. Mit ihrem Streichungsantrag will sie erreichen, dass die sogenannte Hotelpauschale in die Grundversicherung eingebaut wird, sie also mit keiner Zusatzversicherung mehr abgedeckt werden muss. Das hat nämlich unsoziale Folgen, die ich aufzeigen werde.
Lassen Sie mich rekapitulieren: Zu unterscheiden sind die Auswirkungen der verschiedenen Systeme auf die Kassen, auf die Heilanstalten und auf die Versicherten selbst. Für die Kassen ist es gehupft wie gesprungen, ob der Bund oder die Kantone die Pauschale festsetzen, ob die Hotelpauschale in der Behandlungspauschale inbegriffen ist oder nicht.
Das Einfügen einer kantonalen Pauschale gemäss Mehrheit hat übrigens wegen der 60-Prozent-Grenze nur eine Folge: Der Versicherte wird mehr zahlen müssen, weil die Prämie sicherheitshalber auch die teuerste kantonale Pauschale abdecken muss statt nur eine bescheidene, vom Bundesrat fixierte. Für die Kasse ist es nur wichtig, dass sie den Heilanstalten in keinem Fall mehr als 60 Prozent Betriebskosten pro Patient auszahlen muss. Diese Grenze, die von der nationalen Sparkonferenz und von den Sanitätsdirektoren als oberste Limite gesetzt wurde, hat echten Spareffekt. Wir haben sie im letzten Artikel auch wieder bestätigt.
Für die Heilanstalt wird der Einbau der Hotelpauschale entgegen der Meinung der Mehrheit kaum ein Problem darstellen. Die Hotelpauschale wird ihr auf alle Fälle bezahlt, sei es durch die Kasse oder allenfalls vom nicht versicherten Patienten.
Ihr Verhältnis zu den Kassen wird die Heilanstalt wohl weiter so regeln wie bisher. Sie wird im System des «tiers payant» gemäss abgeschlossenen Verträgen weiterhin unter Vorbehalt der 60-Prozent-Grenze beide Pauschalen der Kasse in Rechnung stellen.
Die restlichen 40 Prozent trägt wie bisher der Spitalträger selbst, meistens also die öffentliche Hand und damit der Steuerzahler. Die Kasse wird sich aber grundsätzlich beim Versicherten schadlos halten wollen. Damit komme ich zu dem, was mir asozial erscheint: Die Kasse will natürlich auch die Hotelpauschale mitversichern. Bisher hat sie beide Pauschalen, die Behandlungs- und die Hotelpauschale, entweder in die Grundversicherung eingebaut, oder sie hat den Versicherten angehalten, für die Hotelpauschale eine Zusatzversicherung abzuschliessen.
Die Revisionsvorlage verlangt nun ein ganz durchsichtiges System. Jeder Versicherte wird daher zukünftig sehen, dass nur die Behandlungspauschale Bestandteil der Grundversicherung ist. Das wird ausgerechnet die sozial Schwächeren, die heute schon unter der Prämienlast stöhnen, dazu veranlassen, auf die Zusatzversicherung für die Hotelpauschale zu verzichten. Wenn sie dann in der allgemeinen Abteilung liegen, bekommen ausgerechnet sie eine zusätzliche Rechnung für die Hotelpauschale, neben dem Selbstbehalt, der auch gestiegen ist. Das empfindet die Kommissionsminderheit als stossend. Deshalb möchte sie die Hotelpauschale in die Grundversicherung eingebaut wissen.
Der Nichteinbau bewirkt keine Kosteneindämmung. Er schafft einzig das Risiko der zukünftig ungenügenden Versicherungsdeckung bei den sozial Schwächeren. Damit nimmt die Mehrheit in Kauf, hintennach via Armenfürsorge berappen zu lassen, was der Versicherungsbedürftige nicht vorausgeleistet hat.
Die mangelnde Versicherung wird den Medizinalkonsum überhaupt nicht reduzieren. Es ist völlig lebensfremd anzunehmen, jemand gehe ins Spital und vor allem noch in die allgemeine Abteilung, um möglichst viel von seiner Kasse profitieren zu können. Solche Ueberlegungen mögen bei der ambulanten Medizin eine Rolle spielen, aber ganz sicher nicht beim Spital, in das man ja vom Arzt eingewiesen wird. Die Hotelpauschale basiert zudem auf der kaum zu beweisenden Annahme, wer im Spital sei, spare daheim Kosten. Der Spitalaufenthalt eines Familienangehörigen spart aber in der Regel nichts. Er verursacht erfahrungsgemäss vielmehr auch daheim durch die abnormale Situation Mehrkosten. Genau gleich geht es den Einzelpersonen, die während ihrer Abwesenheit eine ganze Reihe von Dienstleistungen organisieren und finanzieren müssen, die sie sonst gar nicht benötigen.
Aus diesem Grund beantrage ich Ihnen Zustimmung zur Minderheit.

Bundespräsident **Egli:** Ich schicke voraus, dass sich der Bundesrat der nationalrätlichen Lösung anschliesst. Mit Ihrer Kommissionsmehrheit sind auch wir der Auffassung, dass sich der stationäre Patient einen gewissen Abzug gefallen lassen muss für das, was er einspart, wenn er nicht zu Hause versorgt wird. Darum wenden wir uns gegen die Kommissionsminderheit.
Hingegen können wir der Kommissionsmehrheit in jenem Punkt nicht beistimmen, in dem sie die Aufenthaltspauschale kantonal festsetzen lassen möchte. Dies würde zu Rechtsungleichheiten führen. Es käme zu einer Art kantonaler Franchisen, was wir aber verhindern wollen.
Bei Annahme der Minderheitslösung, die die Aufenthaltspauschale überhaupt verschwinden lassen möchte, müssen verschiedene Bestimmungen des Gesetzes angepasst werden, diejenigen nämlich, in denen von der Aufenthaltspauschale die Rede ist, denn die Aufenthaltspauschale als abrechnungsmässige Einheit und als Begriff fiele ja fort.
Ich bitte Sie also, dem Nationalrat zuzustimmen.

Abstimmung – Vote

Eventuell – A titre préliminaire
Für den Antrag des Bundesrates/Formulierung NR 26 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit 12 Stimmen

Definitiv – Définitivement
Für den Antrag des Bundesrates/Formulierung NR 21 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit 11 Stimmen

Art. 22sexies Abs. 2 und 3
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 22sexies al. 2 et 3
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 22septies
Antrag der Kommission
Abs. 1
Der Bundesrat erlässt Grundsätze für eine betriebswirtschaftliche Berechnung und sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife in der ambulanten Behandlung. Er sorgt für die Harmonisierung der Tarifstrukturen und deren Koordination mit den Tarifordnungen anderer Sozialversicherungszweige.
Abs. 2
Mehrheit
Er setzt für bestimmte Leistungen oder Behandlungen, insbesondere für technisch-apparative Leistungen sowie für die Leistungen bei Mutterschaft Höchstsätze fest, die namentlich dem Zeitaufwand für die Leistungen sowie einer angemessenen Investition, Amortisation und Auslastung bei technisch-apparativen Einrichtungen Rechnung tragen.
Minderheit
(Bauer, Binder, Masoni)
.... bei Mutterschaft Richtsätze fest, die ....
Abs. 3
.... notwendigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten einer Heilanstalt erheblich über dem Durchschnitt liegen, oder sind die Unterlagen einer Heilanstalt ungenügend, können die Kassen eine Herabstzung der Behandlungspauschale verlangen. Kommt keine Einigung zustande, können die Kassen das Schiedsgericht (Art. 25) anrufen. Das Schiedsgericht hat auf Antrag der Kassen ohne Verzug darüber zu befinden, ob für die Dauer des Prozesses die Behandlungspauschale vorläufig herabzusetzen ist. Das Schiedsgericht kann von sich aus oder auf Antrag der Parteien eine betriebswirtschaftliche Ueberprüfung der Heilanstalt anordnen.
Abs. 4
Streichen

Antrag Reymond
Abs. 1 bis 4
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 22septies
Proposition de la commission
Al. 1
Le Conseil fédéral établit des principes visant à ce que les tarifs pour traitements ambulatoires soient calculés sur la base d'une saine gestion d'entreprise, aménagés de manière appropriée et adaptée. Il veille à l'harmonisation des structures tarifaires et à la coordination de celles-ci avec les régimes tarifaires des autres branches des assurances sociales.
Al. 2
Majorité
Il fixe des taux maximaux pour des prestations ou des traitements déterminés, notamment pour des prestations à caractère technique requérant l'usage d'appareils ainsi que pour les prestations de maternité, taux qui tiennent compte, notamment, du temps consacré à la prestation ainsi que d'un investissement, d'un amortissement et d'un taux d'utilisation adéquats des installations et appareils à caractère technique.
Minorité
(Bauer, Binder, Masoni)
Il fixe des taux indicatifs pour des prestations ....
Al. 3
.... nécessaires à cet effet. Si la comparaison des frais d'exploitation révèle que les frais d'un établissement hospitalier sont nettement au-dessus de la moyenne ou si les pièces fournies par un établissement hospitalier sont insuffisantes, les caisses peuvent exiger la réduction du forfait pour frais de traitement. Si aucun accord ne peut être conclu, les caisses peuvent en référer au tribunal arbitral (art. 25). Celui-ci doit, sur demande des caisses, décider sans délai s'il convient de réduire provisoirement le forfait pour frais de traitement, pour la durée de la procédure. Le tribunal peut, lui-même ou sur demande des parties, faire procéder à un examen des frais d'exploitation de l'établissement hospitalier.
Al. 4
Biffer

Proposition Reymond
Al. 1 à 4
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Hier hat der Bundesrat einen neuen Artikel geschaffen, der ihm die Kompetenz geben soll, Grundsätze für die wirtschaftliche Berechnung und sachgerechte Struktur der Tarife für die ambulante Behandlung aufzustellen. Der Bundesrat wird also nicht die Beträge festsetzen. Das bleibt Sache der Vertragsverhandlungen in den Kantonen. Ferner soll er für technisch-apparative Leistungen Richtsätze, für Mutterschaftleistungen Höchstsätze – weil der Bund hier alles bezahlt – aufstellen und Betriebsvergleiche anordnen. Der Nationalrat hat dem Text des Bundesrates zugestimmt und Aenderungsanträge im Plenum abgelehnt.
Dieser Artikel soll und kann zu Kosteneinsparungen führen. Es dürfte sinnvoll sein, hier den Anträgen der Sparkonferenz zu folgen, was unsere Kommission Ihnen vorschlägt. Die Kommission hat die Gedanken des Bundesrates noch etwas weitergeführt und alle drei Absätze neu formuliert.
In Absatz 2 gibt es einen Minderheitsantrag, der statt der Höchstsätze bloss Richtsätze festlegen will. Die Kommission hat den Präsidenten verpflichtet, zu der Frage der Höchst- und Richtsätze eine Erklärung abzugeben, die allerdings nicht sehr klar ausfallen wird.
Die Höchstsätze kommen aus einem Sparanliegen. Sie sollen nicht automatisch zu den überall geltenden Preisen werden. Auch neben Höchstsätzen muss es Richtsätze geben, und die Höchstsätze sind auf Ausnahmefälle anwendbar. Es gilt auch zu bedenken, dass sich diese Bestimmungen auf die Grundversicherungen beziehen. Der Bund, der jährlich fast eine Milliarde an die Krankenversicherung zahlt, soll hier für seine KMVG-Versicherten Höchstsätze vorschreiben können.
Ich schlage absatzweise Beratung vor. (Zustimmung)

Abs. 1 – Al. 1
Hänsenberger, Berichterstatter: Die gegenüber dem Bundesrat verschärfte Fassung hat zu vehementen Protesten aus Aerztekreisen geführt. Sie möchten, dass der Bundesrat nur Grundsätze für die Berechnung der Tarifelemente festsetzen kann. Unsere Formulierung stützt sich auf einen Antrag der Verwaltung und geht auf den Vorschlag der nationalen Sparkonferenz zurück. Der Bundesrat – und mit ihm unsere Kommission – betrachtet es als eine wesentliche Möglichkeit, Sparanstrengungen durchzusetzen, Berechnungsgrundsätze, Höchstsätze, Betriebsvergleiche, Sank-

tionsmöglichkeiten bei nicht ausreichend nachgewiesenen Kosten zu haben.
Wir bitten Sie, dem Antrag der Kommission zu folgen.

M. **Reymond:** J'interviens une seule fois pour l'ensemble des quatre alinéas de l'article 22septies.
Les pouvoirs que notre commission entend donner au Conseil fédéral, confondus avec ceux accordés aux caisses pour ce qui touche à l'hospitalisation, relèguent au rôle de figurants non seulement les cantons, mais aussi leurs associations de caisses maladie et leurs associations de médecins. C'est donc un changement fondamental dans le sens de la centralisation, ce qui aura de graves conséquences.
Aujourd'hui déjà, nous avons des offices fédéraux qui établissent des calculs, comme le dit le texte, sur la base d'une saine gestion d'entreprise. Leurs résultats démontrent couramment l'inadéquation entre les raisonnements des spécialistes de l'administration et la pratique auprès des patients. Les taux maximums prévus à l'alinéa 2, calculés pour des appareillages ou des prestations, ne manqueront pas de conduire à une médecine déshumanisée pour atteindre la simple rentabilité. Quant à l'inquisition auprès des hôpitaux et à la possibilité légale de les pénaliser financièrement dès le début de la procédure, elles tendent à laisser croire que les initiateurs de telles dispositions ont oublié que les hôpitaux avaient pour but premier les soins aux malades et non pas la performance statistique.
Par l'éloignement de la réalité qu'elle implique, la centralisation n'est pas propice à une amélioration du rapport qualité/coût de la médecine. Dans cette optique, je vous demande de revenir à la proposition initiale du Conseil fédéral, qui me paraissait saine, en y ajoutant l'adjonction à l'alinéa 4 du texte admis par le Conseil national.
Le Conseil fédéral nous proposait une forme potestative disant, par exemple, le Conseil fédéral «peut établir des principes», il «peut fixer des tarifs», il «peut faire procéder à des comparaisons». Notre commission a utilisé, en revanche, une forme impérative. Le Conseil fédéral «établit», il «fixe», etc.
Je fais deux remarques au sujet de l'alinéa 1er et de l'alinéa 2.
A l'alinéa 1er, je me rallie tout à fait à la nécessité d'établir un certain nombre de principes de calcul. Il s'agit là, pour l'essentiel, d'une harmonisation que j'appellerais formelle et que j'approuve. En revanche, la commission qui impose cette harmonisation va bien plus loin, puisqu'elle ajoute à ce même alinéa – je cite: «Il veille à l'harmonisation des structures tarifaires». Nous voyons dans cette adjonction une tendance à transformer cette harmonisation formelle, à laquelle nous souscrivons, en une harmonisation matérielle, à laquelle nous ne saurions souscrire sans autre.
A l'alinéa 2, la formule potestative est à notre avis infiniment préférable, d'autant que la formulation de la commission apporte toute une série de précisions qui implique un alourdissement excessif. Cet alinéa 2 recèle des tendances d'uniformisation centralisatrice qui nous semblent détestables. Les cantons doivent au premier chef être confirmés dans leur autonomie en matière de politique de la santé. Le texte du Conseil fédéral reflète tout à fait cette idée en tout cas mieux que la proposition de notre commission.
En revanche, et j'insiste sur ce point, j'admets qu'une certaine harmonisation matérielle doit intervenir sur toutes ces questions, mais je pense que l'autonomie de la politique de la santé des cantons sera mieux respectée si ces derniers sont poussés à conclure des concordats de caractère régional, et éventuellement national sur certains points.
Avec l'alinéa 4, version Conseil national, les cantons pourront ainsi se faire imposer par la Confédération un certain nombre de tarifs obligatoires ou indicatifs mais seulement dans la mesure où ils n'auront pas adhéré à un concordat à caractère régional ou national. La pression est donc là. Il y va de la subsidiarité du droit fédéral. La solution du concordat nous semble tenir davantage compte de la responsabilité cantonale qu'un transfert pur et simple des attributions en cette matière à la Confédération.
C'est pourquoi je vous recommande de soutenir la proposition du Conseil fédéral pour les trois premiers alinéas et du Conseil national pour le quatrième, étant entendu que les trois premiers alinéas ont été adoptés par le Conseil national. J'ajoute que nous éliminerions ainsi au premier débat déjà une divergence extrêmement importante qui pourrait être de nature à retarder considérablement les travaux de cette loi que l'on a appelée un «Sofortprogramm» et qui dure depuis quatre ans!

Mme **Bauer:** L'article 22septies vise à l'harmonisation et à la coordination des tarifs – ce sont les termes employés. En fait, nous devons être conscients que c'est une mesure profondément centralisatrice, comme vient de le souligner M. Reymond. Nous devons donc rejeter cet article au profit de la proposition Reymond.
L'article 22septies ne tient pas compte en effet des particularités et des disparités cantonales, qui peuvent être extrêmement importantes, ni des prérogatives des cantons. On a vraiment de quoi s'étonner qu'un principe d'uniformisation aussi étendu puisse être introduit dans le domaine de l'assurance-maladie dès lors que les tarifs demeurent cantonaux. Comment des fonctionnaires fédéraux pourraient-ils calculer les frais d'un cabinet médical, qui diffèrent grandement d'un canton à l'autre, et le rendement que le médecin doit réaliser pour couvrir ces frais? Le Conseil fédéral va-t-il ensuite aller jusqu'à établir la saine gestion des études d'avocats ou encore des entreprises agricoles qui sont subventionnées par la Confédération? N'est-il pas paradoxal que plusieurs de ceux qui, dans notre conseil, invoquent volontiers le principe du «moins d'Etat» acceptent ici même que l'Etat intervienne de manière déterminante dans la gestion d'une entreprise privée pour fixer les frais généraux autorisés et la valeur des prestations effectuées par les médecins? On peut s'étonner à bon droit que des représentants des cantons renoncent aux prérogatives qui sont les leurs.
Je me suis exprimée plusieurs fois dans ce sens au sein de la commission chargée de la révision de l'assurance-maladie, mais seuls quelques membres m'ont suivie. Je suis heureuse d'en parler ici même parce que je pense que nous commettrions une profonde erreur en allant dans le sens de cette harmonisation, de cette coordination, et en renonçant aux prérogatives des cantons.
Monsieur le Président, je m'exprimerai tout à l'heure sur l'alinéa 2, mais vous verrez qu'il va dans le même sens.

M. **Debétaz:** Vous venez d'entendre à ma gauche une solide affirmation de libérale concordance! Je partage radicalement l'avis de mes deux collègues. J'interviens aussi à l'article 1er car l'article 22septies forme un tout.
Permettez-moi quelques brèves considérations de caractère général.
Bien que notre chambre soit celle des cantons, son action législative porte maintes fois des atteintes au fédéralisme: un petit coup ici, un ou deux petits coups là, c'est la centralisation à petits pas. On trouve toujours un «gesamtschweizerisches Interesse» pour motiver un transfert de compétences à la Confédération! Le projet dont nous discutons n'échappe pas à cette tendance. C'est pourquoi je me suis montré réservé, pour le moins, lors de l'examen du projet en commission. Si je finis par voter ce projet, c'est parce qu'il exprime tout de même une volonté d'action vers la maîtrise des coûts; il me paraît utile que cette première tentative législative de freiner la montée des coûts de la santé se réalise. C'est aussi parce que ce projet contient maintenant des dispositions sur l'allocation en cas de maternité que je l'approuverai. Il est ainsi donné suite à la promesse faite lors de l'examen de l'initiative refusée en votation populaire.
J'ai présenté en commission plusieurs propositions de caractère fédéraliste: ce fut notamment le cas pour l'article 22septies. La proposition que M. Reymond vient de présenter va dans le même sens; elle est conforme à deux principes dont il n'est pas nécessaire de souligner le caractère fonda-

mental dans cette chambre: le fédéralisme, dont je viens de parler, et la subsidiarité du droit fédéral.
Il s'agit de revenir à la proposition initiale du Conseil fédéral pour les trois premiers alinéas de l'article 22septies et au quatrième alinéa voté par le Conseil national; en approuvant cet alinéa, nous encourageons l'adhésion à un concordat régional ou national. L'encouragement est utile et stimulant. Telles sont les raisons pour lesquelles je vous engage à soutenir l'ensemble de la proposition défendue par M. Reymond.

Bundespräsident **Egli:** Herr Reymond hat bereits zu allen drei bzw. vier Absätzen gesprochen. Er möchte zur ursprünglichen Version des Bundesrats zurückkehren. Ich muss Ihnen allerdings die Historie etwas skizzieren, wie sie seit dem Erlass der Botschaft des Bundesrates eingetreten ist. Inzwischen hat nämlich die sogenannte nationale Sparkonferenz getagt und hat verschiedene Vorschläge formuliert, die zur Kostendämpfung beitragen sollten. Die vier Absätze, wie sie hier in Artikel 22septies von Ihrer Kommission konzipiert worden sind, sind Kernsätze aus diesem Kostendämpfungsprogramm. Ich möchte Sie daher bitten, dieser Version von Artikel 22septies zuzustimmen, wie sie von der Mehrheit beschlossen worden ist.

Abs. 2 – Al. 2

Binder, Sprecher der Minderheit: Wir bewegen uns hier auf dem Gebiet der Tarifhoheit der Kantone. Diese war bisher gewährleistet. Persönlich stimme ich in Absatz 1 Herrn Reymond zu. Zu Absatz 2 möchte ich noch einige Bemerkungen machen.
In Absatz 2 hat der Bundesrat selber ursprünglich vorgeschlagen, der Bundesrat solle sich mit Richtsätzen oder Richtlinien begnügen. Unsere Kommission schlägt nun vor, und zwar verbindlich – es ist nicht eine Kann-Vorschrift –, dass der Bundesrat Höchstsätze festsetzt. Damit ist die Tarifhoheit der Kantone praktisch im Eimer. Ich teile die Auffassung meiner Vorrednerin und meiner Vorredner, dass das ein unnötiger, unproportionaler Eingriff in die Hoheit der Kantone ist. Wenn der Bund Höchstsätze festsetzt, hat dies praktisch zur Konsequenz, dass nachher alle Kantone diese Höchstsätze anwenden. Das kann sich auch kontraproduktiv und nicht kostendämmend, sondern kostenerhöhend auswirken. Wer heute nämlich die verschiedenen Tarife der einzelnen Kantone anschaut, stellt grosse Unterschiede fest, und zwar mit Recht, denn die Kosten für eine Arztpraxis sind zum Beispiel im Zentrum der Stadt Zürich, an der Bahnhofstrasse, wahrscheinlich ganz erheblich höher als irgendwo auf dem Lande in einer kleinen Ortschaft. Deswegen haben wir heute diese Verschiedenheit der Tarife.
Der Arztberuf ist ein freier Beruf. Wenn Sie hier bei den Aerzten die Tarife in der ganzen Schweiz vereinheitlichen und der Bund Höchstsätze festsetzt, kann der Bund vielleicht eines Tages kommen und auch bei Anwälten Höchstsätze festsetzen. Was heisst das? Er wendet dann primär die Anwaltstarife derjenigen Kantone an, die massgebend sind und die heute schon Höchstsätze haben, wie etwa Zürich, Basel usw. Als Aargauer Anwalt könnte ich an sich mit dieser Entwicklung zufrieden sein. Aber ich glaube, das ist eine sehr gefährliche und unnötige Bestimmung.
Deshalb bitte ich Sie, mindestens in Absatz 2 dem Minderheitsantrag zuzustimmen.

Schmid: Zwei Argumente werden gegen diese Fassung von Artikel 22septies vorgebracht. Das eine Argument berührt mich sehr, das andere weniger.
Als erstes das Argument des Föderalismus: Es ist zu befürchten, dass wir so in die Tarifautonomie der Kantone eingreifen und damit einen föderalistischen Sündenfall begehen. Ich bitte Sie, meiner Ueberlegung mindestens Gehör zu leihen, dass der Föderalismus schon seine Grenzen hat und man dem Bund vernünftigerweise eine Regelungsfunktion dort nicht absprechen darf, wo er selbst finanziell eingreift.
Wir haben das erste Paket der Aufgabenteilungs-Uebung hinter uns und haben uns zum Teil zu Recht darüber aufgeregt, dass in Umkehrung alter Glaubenssätze auf einmal galt: «Der Bund befiehlt, obwohl er nicht mehr zahlt.» Ich halte das für falsch, aber ich halte es auch für falsch, dem Bund dort das Befehlen zu verbieten, wo er zahlt.
Wir sind mit der Tatsache konfrontiert, dass die Bundesmittel zur Verbilligung der Krankenkassenbeiträge bald einmal die Milliardengrenze erreichen. Hier hat doch der Bund tatsächlich allen Anlass, zum Sparen, zur Mässigung und zur Kostendämpfung aufzurufen. Das unter dem Titel «Föderalismus» bestreiten zu wollen, ginge meines Erachtens eindeutig zu weit.
Nun kommt aber das andere Argument – Herr Binder hat es gebraucht. Er glaubt, namentlich Absatz 2 diene nicht nur nicht der Kostendämpfung, sondern fördere im Gegenteil die Kostenexplosion, indem er – die Tatsache voraussetzend, dass der Bund Höchstsätze aufstellen kann – stracks den Schluss zieht, in der Folge würden auch alle Kantone diese Höchstsätze anwenden. Dieses Argument ist meines Erachtens nicht schlüssig. Es ist nach meiner Beurteilung Angstmacherei. Es ist zumindest einer ordentlichen Verwaltung nicht zu unterstellen, dass sie *a priori* alles täte, was sie im Rahmen einer gesetzlichen Regelung tun darf, ohne dass sie es bräuchte.
Dieses Argument ist meines Erachtens nicht stichhaltig; es bedürfte zumindest einer weiteren Untersuchung – diese fehlt. Meine kurze Erfahrung in Verwaltungsdingen zeigt aber, dass die Verwaltung in keiner Art und Weise geneigt ist, immer das Maximum dessen auszuschöpfen, was sie dürfte.
Ich halte daher den Antrag der Mehrheit für richtig und im Sinne von Sparanstrengungen für angemessen.

Bundespräsident **Egli:** Ich möchte an das anschliessen, was Herr Schmid gesagt hat, und betonen, dass es hier unter anderem auch um die Mutterschaftsleistungen geht.
Sie wissen, dass für die Mutterschaftsleistungen der Bund zu 100 Prozent aufkommt. Da darf ihm doch wohl noch das Recht eingeräumt werden, dass er zu den Höchstsätzen etwas zu sagen hat.

Abs. 2 – Al. 2

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	13 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	21 Stimmen

Abs. 1–4 – Al. 1–4

Präsident: Wir bereinigen nun den ganzen Artikel, indem wir die beschlossene Fassung dem Antrag von Herrn Reymond gegenüberstellen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	16 Stimmen
Für den Antrag Reymond	19 Stimmen

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

Schluss der Sitzung um 10.35 Uhr
La séance est levée à 10 h 35

Vierte Sitzung – Quatrième séance

Donnerstag, 4. Dezember 1986, Vormittag
Jeudi 4 décembre 1986, matin

8.00 h

Vorsitz – Présidence: Herr Dobler

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision
Assurance-maladie. Révision partielle

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 679 hiervor – Voir page 679 ci-devant

Art. 22octies
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 23 Randtitel, Abs. 1 zweiter Satz und Abs. 2
Antrag der Kommission
Abs. 1
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Abs. 2
Dem Versicherten ist eine detaillierte Rechnung zuzustellen. Der Bundesrat umschreibt die Angaben, die in der Rechnung enthalten sein müssen.

Art. 23 titre marginal, al. 1 phrase 2 et al. 2
Proposition de la commission
Al. 1
Adhérer à la décision du Conseil national
Al. 2
L'assuré doit recevoir une facture détaillée. Le Conseil fédéral fixe les indications qui doivent figurer sur les factures.

Hänsenberger, Berichterstatter: Der bisher unter dem Marginale «Wirtschaftlichkeit der Behandlung» im Gesetz stehende Text wird bloss ergänzt.
In Absatz 1 weisen wir darauf hin, dass die Kassen ein Rückforderungsrecht haben, wenn die Beteiligten sich nicht auf die Leistungen beschränken, die im Interesse des Versicherten liegen und vom Behandlungszweck gedeckt sind. Wir stimmen dieser Formulierung zu.
In Absatz 2 hat die Kommission eine Verkürzung vorgenommen. Damit nähert sich der Text wieder dem lapidaren Satz des Bundesrates. Die Verständlichkeit einer Rechnung für den Versicherten, so dass er selber sieht, welche Kosten er verursacht, scheint der Kommission sehr wichtig zu sein. Der Versicherte soll nicht eine verschlüsselte Rechnung bekommen, sondern sehen, wieviel die einzelnen Massnahmen seiner Behandlung kosten. Davon versprechen wir uns einen Spareffekt wie auch eine Förderung des Kostenbewusstseins des Versicherten.

Angenommen – Adopté

Art. 25 Abs. 4bis, 26 Abs. 1, 3, 3bis und 4
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 25 al. 4bis, 26 al. 1, 3, 3bis et 4
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 28
Hänsenberger, Berichterstatter: Ich habe noch eine Erklärung abzugeben zu Artikel 28, der nicht auf der Fahne steht. Bundesrat und Nationalrat haben ihn nicht ändern wollen. Artikel 28 besteht aus einem Satz, der wie folgt lautet: «Die Kassen dürfen ihre Mittel nur zu Zwecken der Versicherung verwenden.» Dieser Satz gab in der Kommission Anlass zu einer Aussprache. Der Kommissionspräsident wurde beauftragt, eine Erklärung abzugeben. Nach Meinung von Herrn Bundespräsident Egli, die in der Kommission unwidersprochen geblieben ist, bedeutet das Wort «Versicherung» in diesem Artikel 28 nur die Kranken- und Unfallversicherung mit allfälligen Zusatzversicherungen nach diesem KMVG-Gesetz und nicht irgendeine x-beliebige Versicherung. Eine Ergänzung des Textes mit den Worten «nur zu Zwecken der Versicherung nach diesem Gesetz» ist deshalb überflüssig, weil selbstverständlich.

Angenommen – Adopté

Art. 30ter
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates
Proposition de la commission
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Hänsenberger, Berichterstatter: Der im geltenden Gesetz nicht mehr bestehende Artikel 32 wird vom Bundesrat für die Regelung des Rückgriffrechts auf die Haftpflicht von Dritten benützt.
Der Nationalrat hat dabei richtigerweise auf die sinngemässe Anwendung der neuesten Rückgriffsregelung abgestellt, nämlich auf diejenige des Unfallversicherungsgesetzes.

Angenommen – Adopté

Art. 32, 33 Randtitel und Abs. 1, 34 Randtitel
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 32, 33 titre marginal et al. 1, 34 titre marginal
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 35, 36, 36bis und 37
Antrag der Kommission
Art. 37 Abs. 2
.... Dabei werden Versicherte unter 25 Jahren ....
Für den Rest:
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 35, 36, 36bis et 37
Proposition de la commission
Art. 37 al. 2
...., elle tient compte des assurés de moins de 25 ans ....
Pour le reste:
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Hier beginnen unter dem Abschnitt M die Bestimmungen über die Beiträge der öffentlichen Hand an die Krankenversicherung. Bis und mit Artikel 38 wurde der Vorschlag des Bundesrates weder vom

Nationalrat noch von unserer Kommission geändert. Der Bund gewährt den Kassen nach Artikel 35 Beiträge, die sich nach der Anzahl der AHV- und IV-Rentner richten. Ferner trägt der Bund die Kosten der Mutterschaft (Art. 36).
Der Bund gewährt auch einen Kostenausgleich nach der Zahl der versicherten Frauen (Art. 36bis).
Er übernimmt einen Teil der Kinderprämien (Art. 37).
Der Bund übernimmt dazu die Hälfte der Wartegelder in Berggebieten (Art. 37bis).
Die Kassen bezeichnen diese Leistungen als Abgeltung der Sozialhypotheken. Böse Zungen reden von Subventionen nach Giesskannensystem. Doch wenn man vorurteilslos die Dinge betrachtet, sind das alles recht vernünftige Massstäbe zur Verteilung der Bundesbeiträge an die soziale Krankenversicherung, die das bis jetzt geltende System der Prämienberechnung nach Köpfen erträglicher machen. Die Kassen dienen als Zahlstellen und entlasten den Bund von grossen administrativen Umtrieben. Diese Umtriebe würden gewaltig ansteigen, wenn die Beiträge auf einzelne Versicherte durch den Bund auszurichten wären. Erst wenn ein ganz anderes Finanzierungssystem für die Krankenversicherung eingeführt wird – wir werden bei der Behandlung der nationalrätlichen Motion noch darüber sprechen –, könnte auf das oft als ineffizient verschrieene System der Ausrichtung der Subvention verzichtet werden. Bis dahin haben weder der Bundesrat noch der Nationalrat noch Ihre Kommission einen besseren Vorschlag gefunden. Ich ersuche Sie, den Artikeln 35 bis 37 zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

Art. 37bis
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national
Angenommen – Adopté

Art. 38
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Dieser Artikel verpflichtet die Kantone zu Beiträgen an die Prämien für wirtschaftlich schwächere Versicherte. Das KMVG schreibt hier den Kantonen einen Sozialausgleich vor, die im Bereich der Sozialfürsorge entlastet worden sind. Es werden den Kantonen keine näheren Vorschriften gemacht. Die bisher vom Bund gewährten «Bergzuschläge» an die Kassen pro Versicherten im Berggebiet fallen weg. Sie wurden bisher unabhängig von der wirtschaftlichen Situation an Arm und Reich ausgerichtet. Hier soll der Kanton gezielt für die wirtschaftlich Schwächeren eintreten, und der Bund kann dann gemäss Absatz 3 einen Teil der Kantonsbeiträge übernehmen. Ich bitte Sie, der Fassung des Bunderates mit der Ergänzung des Nationalrates zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

Art. 38bis
Antrag der Kommission
Abs. 1
Die Aufwendungen des Bundes nach den Artikeln 36, 37 Absatz 2 und 37bis werden in der Staatsrechnung zusammen und besonders ausgewiesen. Der Bund vergütet die Aufwendungen und Prämienausfälle, die im vorausgegangenen Kalenderjahr entstanden sind.
Abs. 2
Die Höhe der übrigen jährlichen Beiträge des Bundes und der hiefür benötigte Kredit werden durch einfachen Bundesbeschluss jeweils für drei Jahre festgesetzt. Die Kostenentwicklung in der ....
Abs. 3 und 4
Streichen

Antrag Weber
Abs. 2
.... jeweils für drei Jahre festgesetzt. Die Kostenentwicklung in der Krankenpflegeversicherung ist dabei zu berücksichtigen.

Art. 38bis
Proposition de la commission
Al. 1
Les dépenses de la Confédération en vertu des articles 36, 37 alinéas 2 et 37bis figurent ensemble dans le compte d'Etat et y font l'objet d'une mention spéciale. La Confédération rembourse les dépenses et les cotisations manquantes, qui datent de l'année civile précédente.
Al. 2
Le montant des autres subsides annuels de la Confédération et le crédit nécessaire à cet effet sont fixés par arrêté fédéral simple valable trois ans. Il est tenu compte de l'évolution des coûts dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques ainsi que de la situation financière de la Confédération.
Al. 3 et 4
Biffer

Proposition Weber
Al. 2
.... valable trois ans. Il est tenu compte de l'évolution des coûts dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques.

Hänsenberger, Berichterstatter: Das ist für das Verhalten der Kassen gegenüber der Vorlage A ein sehr wichtiger Artikel. Sie haben heute morgen dazu auch noch einen Antrag von Herrn Weber ausgeteilt erhalten.
1. Es wird hier nun auf die nachschüssige Auszahlung der Bundesbeiträge umgestellt. Die Kassen bekommen somit im laufenden Jahr diejenigen Beiträge ausbezahlt, die sich aus den Aufwendungen des Vorjahres ergeben. Für den schlanken Uebergang zum neuen System (die Kassen haben es grundsätzlich akzeptiert) soll die Uebergangsbestimmung Buchstabe e sorgen.
2. Die Höhe der Beiträge soll nach Version Ihrer Kommission durch einen einfachen, d. h. nicht referendumspflichtigen Bundesbeschluss jeweils für drei Jahre festgesetzt werden, soweit sich diese Beiträge nicht, unbeeinflussbar vom Parlament, direkt aus dem Gesetz ergeben. Hier liegt meines Erachtens ein Entgegenkommen unserer Kommission an die Wünsche der Kassen vor. Sie sehen, dass wir in Absatz 1 Aufwendungen des Bundes anführen, die der Bund voll übernimmt: die Mutterschaft, die Prämie ab drittem Kind, die Wartegelder, d. h. alles, was Artikel 36, Artikel 37 Absatz 2 und Artikel 37bis vorschreiben. Diese Beiträge sind von keinem Parlamentsbeschluss abhängig. Sie ergeben sich direkt aus den gesetzlichen Verpflichtungen und können ohne Gesetzesänderung nicht gekürzt werden. Es ist also nicht mehr so zu argumentieren, wie das bisher richtig war, dass der Bund zwar sogenannt grosszügig die Mutterschaftsleistungen übernehme, aber dafür diese von einem Gesamtplafond der Beiträge in Abzug bringe. Wenn der Rat hier der Kommission folgt, ist dies dann nicht mehr der Fall; aber es wird, davon bin ich überzeugt, den Kassen erleichtern, zur Vorlage A ja zu sagen.
Die übrigen Bundesbeiträge – es sind diejenigen nach Artikel 35, 36bis, 37 Absatz 1 und 38 Absatz 3, also der Altersausgleich, der Beitrag an die Frauenprämie, der Beitrag an die Kinderprämien und der Anteil des Bundes an die kantonalen Beiträge bei Kantonen mit geringer Finanzkraft und hohem Anteil an Berggebiet – sind jeweils für drei Jahre vom Parlament festzusetzen. Bis zum Bundesgesetz von 1977 (Ausgleich des Bundeshaushalts) richteten sich die Beiträge nach den landesdurchschnittlichen Kosten der Krankenpflege und stiegen damit proportional zur Kostensteigerung der Krankenversicherung an. 1977 wurden Höchstbeträge fixiert. Die Kassen haben verlangt, dass die Festsetzung der Bundesbeiträge in einem allgemeinverbindlichen Bundes-

beschluss festzulegen sei und damit dem Referendum unterworfen wäre.
Wir haben vorgestern über das Rüstungsreferendum gesprochen. Wir kennen beim Bund kein Finanzreferendum. Soweit sich die Bundesbeiträge nicht unmittelbar aus dem Gesetz ergeben (ich habe Ihnen vorhin aufgezeigt, welche Bestandteile dies hier sind), erfolgt die Festsetzung durch einfachen Bundesbeschluss. Unsere Kommission hat sich dieser Meinung angeschlossen und keine Referendumsmöglichkeit schaffen wollen. Wir sehen zwar schon, dass auf den Kassen die Furcht, alle drei Jahre mit Kürzungen rechnen zu müssen, die sie nicht direkt anfechten können und die sie mit höheren Prämien ausgleichen müssen, schwer lastet. Doch glaube ich nicht, dass das Parlament bereit ist, sich bei den Anstrengungen zum Ausgleich des Bundeshaushaltes von vorneherein auf diesem Gebiet die Hände binden zu lassen. Die Bundesbeiträge sind nötig, sie sind auch in unserem heutigen System gerechtfertigt, und die Prämien müssen für den Versicherten tragbar sein. Sie sind bereits jetzt für Versicherte in wirtschaftlich schwachen Verhältnissen hoch. Es muss mit Bundesbeiträgen dafür gesorgt werden, dass nicht die guten Risiken in die Privatversicherungen abwandern, die keine gesetzlichen Auflagen für die Grundversicherung haben, wie die Kassen.
3. Bei der Festsetzung der Bundesbeiträge ist nach diesem Gesetz zwei Elementen Rechnung zu tragen: einmal der Kostenentwicklung der Krankenpflegeversicherung – nicht dass in vollem Ausmass Schritt gehalten werden müsste, aber doch so, dass die Beiträge ihren Zweck erfüllen – und als zweites Element der Finanzlage des Bundes. Ein Interesse an gesunden Bundesfinanzen haben die Kassen, die Versicherten und die Parlamentarier.
Ich bitte den Rat, an der Fassung der Kommission festzuhalten, auch wenn dem Vernehmen nach der Bundesrat davon abraten wird. Wir tun damit einen auch psychologisch bedeutenden Schritt in Richtung der Wünsche der Kassen und werden ihnen die Zustimmung oder vielleicht doch das knurrende Akzeptieren der Vorlage erleichtern.
Die effektiven Kosten nach Absatz 1 von Artikel 38bis sind nach einer Anfangsschätzung dann jeweils genau berechenbar und ihre Bezahlung ist vom Gesetz verbindlich zugesagt. Darüber soll es keine Auseinandersetzung in den Räten geben dürfen. Sowohl die Anzahl der Geburten wie die Anzahl der Familien mit mehr als drei Kindern lässt sich genau festhalten. Ich bin überzeugt, dass die Kassen diese Verdeutlichung des Textes, aus der hervorgeht, dass der Bund die fest zugesagten Kostenübernahmen ohne Gesetzesänderung nicht mehr in Frage stellen wird, schätzen werden.
Ich bitte Sie, bei Artikel 38bis der Fassung Ihrer Kommission zuzustimmen.

Weber: Ich stelle fest, dass sowohl der Bundesrat wie die ständerätliche Kommission zwei Vorbehalte in Absatz 2 eingebaut haben, während der Nationalrat darauf verzichtet hat.
Das eine ist, dass auf die Kostenentwicklung in der Krankenpflegeversicherung Rücksicht zu nehmen sei. Es heisst nicht, dass die Teuerung ausgeglichen werde oder dass die Beiträge der Teuerung angepasst werden. Es gibt auch keine Indexlimite, dass bei soundsoviel Teuerung eine Erhöhung stattfinde. Ich muss aber auch festhalten, dass in vielen, vielen anderen Bereichen, wo Bundesleistungen erbracht werden, wo Bauten erstellt oder wo irgend etwas unternommen wird, es mit einer grossen Selbstverständlichkeit heisst, teuerungsbedingte Mehrkosten würden durch den Bundesrat oder durch die Bundesversammlung festgelegt und ausgeglichen. Das ist hier nicht der Fall. Man sagt lediglich: «Die Kostenentwicklung in der Krankenpflegeversicherung ist dabei zu berücksichtigen.» Wie stark, heisst es nicht. Ich finde das richtig. Ich habe bereits gesagt: Viele Bereiche bei Bundesleistungen sind indexiert. Man nimmt das mit der grössten Selbstverständlichkeit hin und praktiziert es auch so.
Nun das andere: Nirgends heisst es, dass beim Ausgleich der Teuerung auch die Finanzlage des Bundes zu berücksichtigen sei. Aber nach meiner Auffassung ist es eine Selbstverständlichkeit, dass man auch darauf Rücksicht nimmt.
Heisst es – wenn hier besonders erwähnt wird, dass auch auf die Finanzlage Rücksicht genommen werden muss –, dass dieser Gedanke in allen anderen Bereichen dahinfallen soll? Oder anders gefragt: Warum muss ausgerechnet hier in Worten ausgedrückt werden, was eine Selbstverständlichkeit ist?
Wenn schon die Beiträge alle drei Jahre in einem Bundesbeschluss – und zwar in einem ohne Referendumspflicht – festgelegt werden, ist es doch bei der Behandlung eine Selbstverständlichkeit, dass die Finanzlage des Bundes berücksichtigt wird. Ich sehe die Gefahr, dass einmal die Zeit kommen könnte, da die Kostenentwicklung in Vergessenheit gerät und nur noch die Finanzlage des Bundes miteinbezogen wird, also die Verpflichtung des Bundes gegenüber den Kassen ausser Betracht fällt.
Ich bitte Sie, der vereinfachten Formulierung, wie ich sie vorgeschlagen habe, zuzustimmen, nämlich: «Die Kostenentwicklung in der Krankenpflegeversicherung ist dabei zu berücksichtigen.» Es heisst nicht, sie sei der Teuerung anzupassen. Es heisst deutlich: «.... zu berücksichtigen.» Dass die Finanzlage des Bundes mitberücksichtigt wird, erachten wir – wie in allen anderen Bereichen – als selbstverständlich.
Ich bitte Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

Bundespräsident **Egli:** Der Bundesrat gäbe an sich der Fassung des Nationalrates den Vorzug, und zwar deshalb, weil mit dem jeweiligen Bundesbeschluss der jährliche Gesamtbetrag genannt würde. Bei der Fassung der ständerätlichen Kommission müsste dieser Betrag dagegen vorerst errechnet werden. Dieser ergäbe sich durch die Addition der direkt ausgabenabhängigen Beiträge und der betragsmässig durch das Parlament festzulegenden Beiträge.
Ich setze mich aber diesem Antrag nicht heftig zur Wehr, da eine Differenz zum Nationalrat entsteht. Dies bietet Gelegenheit, diese Frage, die im Ständerat erstmals aufgeworfen worden ist, nochmals näher zu prüfen. Aus diesem Grund opponiere ich nicht gegen diesen Antrag, betone aber, dass der Bundesrat eigentlich auf der Linie des Nationalrates stände.
Zum Antrag Weber ist zu sagen, dass an sich nicht einzusehen ist, warum er «die Finanzlage des Bundes» streichen will, wenn das für ihn eine Selbstverständlichkeit ist. In diesem Fall können Sie es auch stehen lassen! Warum soll das Parlament seine Budgethoheit einschränken, wenn das nicht unbedingt notwendig ist? Entweder spielt die Kostensicherung eine Rolle, und in diesem Fall kann sie berücksichtigt werden; oder falls sie keine Rolle spielen soll, dann müsste es ja ausdrücklich gesagt werden.
Also können Sie die Ausdrücke «Kostenentwicklung» und «Finanzlage» ebensogut im Gesetz belassen.

Hänsenberger, Berichterstatter: Ich bin sehr froh, dass sich der Bundesrat der Version des Ständerates nicht widersetzt. Ich bitte Sie, dieser Version zuzustimmen.
Noch einige Worte zum Antrag von Herrn Weber: Ich bin der gleichen Meinung wie Herr Bundespräsident Egli. Wenn es eine Selbstverständlichkeit ist, kann der Ausdruck auch stehenbleiben. Man würde mit dieser Streichung Illusionen erwecken, nachdem diese Formulierung bereits gewählt worden ist: Die Kassen könnten sich auf den Standpunkt stellen, dass – wenn die Formulierung «Berücksichtigung der Finanzlage des Bundes» herausgestrichen würde – das überhaupt nicht mehr zu berücksichtigen sei. Das ist aber nicht der Fall! Ich würde also dringend raten, diesen Ausdruck «.... Finanzlage des Bundes zu berücksichtigen ....» im Text zu belassen. Illusionen sind ja leicht verdaulich, aber sie haben wenig Nährwert. *(Heiterkeit)*

Hefti: Ich finde den Text in der Fahne etwas missverständlich. Wenn ich es richtig verstehe, bezieht sich der Antrag

unserer Kommission nicht auf den Text des Nationalrates, wie man es zu verstehen hätte, sondern auf den Text des Bundesrates. Ich möchte darüber vom Kommissionspräsidenten Aufschluss erhalten.

Hänsenberger, Berichterstatter: Absatz 2 ist hier ganz klar dargestellt. Absatz 2 würde als Ersatz heissen: «Die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung sowie die Finanzlage des Bundes sind dabei zu berücksichtigen.» Absatz 3 und Absatz 4, die wir streichen, beziehen sich hingegen – wie Herr Hefti richtig sagt – auf die Version des Nationalrates.

Weber: Ich möchte noch einmal unterstreichen, dass mich die spezielle Erwähnung einfach stört, da sonst noch nie in einem solchen Gesetzeswerk oder in einem Bundesbeschluss ausdrücklich festgehalten wurde, dass die Finanzlage des Bundes auch zu berücksichtigen sei. Warum soll das ausgerechnet in einem Sozial-Gesetz festgehalten werden? Das stört mich. Es könnte wirklich so ausgelegt werden, dass die Finanzlage des Bundes in anderen Bereichen überhaupt keine Rolle spielt.
Zum zweiten: Es geht ja hier nicht darum, dass die Teuerung ausgeglichen wird, sondern nur, dass die Teuerungsentwicklung berücksichtigt wird. Ich kann mir vorstellen, dass schon in dieser Fassung eine Bremse eingebaut ist. Es stört mich, und es wird von den Kassen nicht verstanden.

Bundespräsident **Egli:** Ich glaube, Herr Hefti hat die gewünschte Antwort nicht richtig erhalten.
Es ist richtig – ich teile Ihre Auffassung –, dass die Fahne bei Absatz 2 nicht ganz systematisch ist. Ueblicherweise bezieht sich der neue Text auf den Beschluss des Erstrates, aber hier muss auf den Beschluss des Bundesrates Bezug genommen werden, weil der Text ja in anderer Weise gar keinen Sinn erhielte.
Zu Herrn Weber: Die Finanzlage des Bundes wird hier speziell erwähnt, weil vorher auch die Kostenentwicklung erwähnt wird. Man kann sich ebensogut darauf berufen, dass in keinem Bundesgesetz die Kostenentwicklung als Massstab für die Erhöhung der Beiträge genommen wird. Wenn das erwähnt wird, muss natürlich auch die Finanzlage berücksichtigt werden.

Weber: Indexiert wird es. Aber das ist hier nicht der Fall.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Weber	11 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	31 Stimmen

Art. 38ter
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Hier wird nun verfügt, dass die Kantone die Hälfte der Aufwendungen des Bundes nach Artikel 38bis zu tragen haben. Die Aufteilung auf die einzelnen Kantone erfolgt nach dem Schlüssel, wie er in Absatz 2 enthalten ist. Dieser Artikel wird jedoch erst in Kraft treten – das ist in Buchstabe f der Uebergangsbestimmungen auf Seite 19 der Fahne geordnet –, wenn die erste Stufe der Neuverteilung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen eine angemessene Entlastung der Kantone in anderen Bereichen bringt. Hauptkompensationspunkt ist der Kantonsbeitrag an die AHV, der sukzessive abnehmen soll.

Angenommen – Adopté

Art. 39
Antrag der Kommission
Randtitel
Statistik
Abs. 1
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Abs. 2
Bund und Kantone können in gegenseitiger Abstimmung und in Zusammenarbeit mit den interessierten Organisationen im Bereich der Krankenversicherung statistische Erhebungen durchführen, insbesondere bei Kassen, Aerzten und Heilanstalten.

Art. 39
Proposition de la commission
Titre marginal
N. Statistique
Al. 1
Adhérer à la décision du Conseil national
Al. 2
La Confédération et les cantons peuvent procéder, de façon coordonnée, avec le concours des organisations intéressées, à des enquêtes statistiques ....

Hänsenberger, Berichterstatter: Die Mitwirkung der Kantone bei den statistischen Erhebungen wurde von der Kommission noch verdeutlicht, nachdem ein entsprechender Antrag im Nationalrat nur knapp unterlegen ist. Die Kommission hat gewünscht, dass ich hierzu eine Erklärung abgebe. Auch wenn das Berufsgeheimnis hier nicht ausdrücklich erwähnt ist, bleibt es selbstverständlich vorbehalten. Die Angaben zu statistischen Zwecken werden bloss allgemeiner Natur sein (Alter, Geschlecht usw.), aber keine Informationen persönlicher Natur enthalten, wie Name oder Adresse.

Angenommen – Adopté

Präsident: Bevor wir zum letzten Abschnitt, der Aenderung der Bundesgesetze übergehen, nehmen wir gemäss Tagesordnung die Schlussabstimmungen vor.

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

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision

Assurance-maladie. Révision partielle

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 697 hiervor – Voir page 697 ci-devant

Ziff. Ibis Titel, Ziff. 1 Ingress
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Ch. Ibis titre, ch. 1 préambule
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 336e Abs. 1 Bst. c und Abs. 2
Antrag der Kommission
Abs. 1
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Abs. 2
Mehrheit
.... der Sperrfrist fortgesetzt. (Rest streichen)
Minderheit
(Masoni)
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 336e al. 1 let. c et al. 2
Proposition de la commission
Al. 1
Adhérer à la décision du Conseil national
Al. 2
Majorité
.... la fin de la période. (Biffer le reste)
Minorité
(Masoni)
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Wir haben diese von uns akzeptierte Gesetzesänderung in die Vorlage A aufgenommen. Sie sehen den Vorschlag des Bundesrates auf Seite 26 der Fahne in der Vorlage B. Die Kommission hat sich der Fassung des Nationalrates fast vollständig angeschlossen. Absatz 2 dieses Artikels 336e wurde vom Nationalrat geändert. Die Kommissionsmehrheit stimmt dem zu, will jedoch den letzten Satz streichen. Der Nationalrat hat diesen Satz im Plenum aufgenommen, ohne eine Diskussion darüber zu führen, aber mit dem Hinweis, der Zweitrat solle das dann noch prüfen. Das haben wir in der Kommission getan und schlagen Streichung dieses letzten Satzes vor. Der beigefügte Satz mit der sehr kurzen Frist von 14 Tagen wurde in der Kommission bekämpft, unter anderem mit dem Argument, dass auch beim Militärdienst keine Anzeigepflicht bestehe und nicht einzusehen sei, warum die Schwangerschaft anders behandelt werden müsse. Mit acht zu einer Stimme wurde deshalb Streichung dieses letzten Satzes beschlossen und damit Rückkehr zur Fassung des Bundesrates.
Die übrigen Obligationenrechtsänderungen sind diskussionslos in der Fassung von Bundesrat und Nationalrat durchgegangen. Von mir aus könnte man den Abschnitt Obligationenrecht *in globo* behandeln.

Masoni: Wir haben zugleich eine andere Kommission, die an dieser Bestimmung arbeitet, die Kommission «Kündigungsschutz».
Die herkömmliche Bestimmung ist noch nicht sehr alt. Jetzt wird hier eine Aenderung vorgeschlagen, die dann nochmals in der Kommission «Kündigungsschutz» geprüft werden wird. Mir scheint, unser Recht sollte eine gewisse Beständigkeit haben. Man soll nicht immer wieder ändern. Man sollte diese Bestimmung, die in die Kündigungsschutzreform einbezogen wird, hier nicht wiederum diskutieren. Das war der Grund meiner Opposition. Es ist nun eine Opposition *pro forma*, nachdem die Mehrheit der Kommission anderer Auffassung ist. Es scheint mir jedoch unangemessen, über eine solche Bestimmung im Rahmen des Sofortprogramms beim Krankenversicherungswesen zu befinden – anstatt in der *sedes materiae*, also beim Kündigungsschutz, wo die Bestimmung hingehört – mit dem Risiko, in einigen Monaten zu einem anderen Beschluss kommen zu müssen. Deswegen habe ich die Streichung empfohlen, obschon ich weiss, dass diese prinzipielle Stellungnahme keine Erfolgschancen hat.

Hänsenberger, Berichterstatter: Wenn ich Herrn Masoni richtig verstehe, ist sein Antrag auf der Fahne nicht vollständig aufgeführt. Er möchte das Obligationenrecht in diese Revision überhaupt nicht einbeziehen. Das bedeutet nach Version Masoni Streichung, Nichtbehandlung im Sofortprogramm.
Unsere Kommission hat sehr deutlich anders beschlossen. Hingegen möchten wir den letzten Satz weglassen.
Ich bitte Sie, der Formulierung der Mehrheit zuzustimmen.

Heftl: Warum möchte die Kommission den letzten Satz weglassen?

Schmid: Der Grund ist recht einfach: deswegen, weil Artikel 336e Absatz 1 Buchstabe c die einzige Aenderung ist hinsichtlich des bestehenden Artikels 336e. Bei allen übrigen Tatbeständen der sogenannten Sperrfrist ist man auch ohne Zusatz, der nun dem Absatz 2 angehängt werden soll, ausgekommen. Es ist nicht einzusehen, weswegen dieser Zusatz gerade bei der Schwangerschaft gelten soll. In allen anderen Fällen hätte man auch ähnliche Gründe gehabt, um eine Anzeigepflicht zu statuieren; man hat es unterlassen. Ich glaube, die Diskriminierung der Schwangeren ist in dieser Hinsicht unnötig.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	2 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	28 Stimmen

Art. 361 Abs. 1, Art. 362 Abs. 1
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 361 al. 1, art. 362 al. 1
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Ziff. 2 Ingress
Antrag der Kommission
2. Das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung wird wie folgt geändert:

Ch. 2 préambule
Proposition de la commission
2. La loi sur l'assurance-invalidité est modifiée comme il suit:

Angenommen – Adopté

Art. 12
Antrag der Kommission
Aufgehoben
Antrag Knüsel
Beibehalten

Art. 12
Proposition de la commission
Abrogé
Proposition Knüsel
Maintenir

Hänsenberger, Berichterstatter: Die Darstellung auf der Fahne ist für diesen Teil «Aenderung anderer Bundesgesetze» etwas verwirrlich. Es besteht aber hier keine Differenz zwischen dem Nationalrat und der Ständeratskommission. Auf Seite 17 ist diese vom Bundesrat vorgeschlagene Aenderung des IV-Gesetzes wie eine Neukreation unserer Kommission aufgeführt. Das ist falsch. Es handelt sich um den unveränderten Text des Bundesratsvorschlages. Dieser Bundesratsvorschlag wird auf Seite 27 der Fahne wiedergegeben. Fälschlicherweise steht dort als Beschluss des Nationalrates: «Streichen». Dieser Artikel soll aber nach Meinung des Nationalrates nicht gestrichen werden, sondern nur keine Aufnahme im Sofortprogramm finden und somit unverändert in der heutigen Fassung des Invalidenversicherungsgesetzes weiterbestehen.
Es ist also ähnlich wie vorhin, wo Herr Masoni mit einem gewissen Recht darauf hingewiesen hat, man solle möglichst wenig Aenderungen anderer Bundesgesetze als Anhang dieses Bundesgesetzes behandeln. Hier sind wir nun derselben Meinung wie Herr Masoni; wir wollen das IVG mit dieser Vorlage nicht ändern. Materiell besteht hier Einigkeit zwischen Nationalrat und Kommission des Ständerates. Auch unsere Kommission schlägt vor, das Sofortprogramm von dieser Aenderung des IVG zu entlasten. Auf Seite 17 der Fahne muss es somit beim Beschluss der Kommission zusätzlich heissen: «Streichen, nicht ins Sofortprogramm».

Knüsel: Ich danke Herrn Hänsenberger als Kommissionspräsident für die Einführung. Wenn ich aber richtig lese, finde ich auf der Fahne, Seite 17, dass vorgeschlagen wird, beim Bundesgesetz über die Invalidenversicherung Artikel 12 aufzuheben. Ich habe Ihnen den Antrag unterbreitet, diesen Artikel 12 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung nicht zu streichen. Ich bitte Sie um Beibehaltung. Es geht hier um eine sehr grosse Summe, um einen Transfer in der Grössenordnung von 150 Millionen Franken von der Invalidenversicherung in Richtung Krankenkassen.
Nun hat mich Frau Huber als wachsame und aufmerksame Sekretärin unseres Rates in liebenswürdiger Weise darauf hingewiesen, dass dieser Artikel 12 des Invalidenversicherungsgesetzes eben doch nicht aufgehoben wird.
Im Nachgang zur Fahne erhielten wir ein Blatt mit der Ueberschrift: «Berichtigte Anträge der Kommission». Unter dem Titel «Aenderung anderer Bundesgesetze» heisst es beim Invalidenversicherungsgesetz: «Artikel 12 streichen». Auf der Fahne heisst es «aufgehoben», und auf dem zusätzlichen Blatt, das wir erhalten haben, «streichen». Für mich stellt sich die Frage: Welcher Unterschied besteht zwischen «aufheben» und «streichen»? Wenn ich lese, wie ich es in der Schule gelernt habe, werde ich den Verdacht nicht ganz los, dass man beim Lieferanteneingang versucht, diesen Artikel 12 beim Invalidenversicherungsgesetz herauszumanövrieren. Deshalb habe ich Bedenken; nur wenn mich unser Kommissionspräsident davon überzeugen kann, dass dieser Artikel 12 des Invalidenversicherungsgesetzes bleibt, so wie er ist, also nicht aufgehoben wird, ziehe ich meinen Antrag selbstverständlich zurück.

Hänsenberger, Berichterstatter: Ich kann Herrn Knüsel vollständig beruhigen. In der Fahne müsste stehen: «Streichen, nicht ins Sofortprogramm». Der ganze Absatz wird nicht mehr aufgenommen, und damit ist natürlich die Aufhebung von Artikel 12 obsolet. Artikel 12 IVG bleibt unverändert in Kraft.

Knüsel: Ich ziehe meinen Antrag zurück.

Angenommen gemäss Antrag der Kommission
Adopté selon la proposition de la commission

Art. 31 Abs. 1 erster Satz
Antrag der Kommission
Entzieht oder widersetzt sich ein Versicherter einer angeordneten zumutbaren Eingliederungsmassnahme oder einer zumutbaren medizinischen Behandlung, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erwarten lässt, oder trägt er nicht aus eigenem Antrieb das ihm Zumutbare zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit bei, so fordert ihn die Versicherung zur Mitwirkung bei der Eingliederung auf, unter Ansetzung einer angemessenen Frist und Androhung der Säumnisfolgen. ....

Art. 31 al. 1 phrase 1
Proposition de la commission
Al. 1
Si l'assuré se soustrait ou s'oppose à une mesure de réadaptation ordonnée ou à un traitement médical auxquels on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette et dont on peut attendre une amélioratioin notable de sa capacité de gain ou s'il ne tente pas d'améliorer celle-ci de sa propre initiative alors qu'il le pourrait normalement, l'assurance lui enjoindra de participer à sa réadaptation en lui impartissant un délai convenable et en l'avertissant des conséquences qu'aurait sa passivité ....

Angenommen – Adopté

Art. 44bis
Antrag der Kommission
Abs. 1
Kommt für eine medizinische Behandlung keine andere Versicherung auf, übernimmt die Invalidenversicherung die Kosten, wenn die Behandlung nicht auf das Leiden an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren.
Abs. 2
Der Bundesrat ordnet die Einzelheiten der Kostenvergütung.

Art. 44bis
Proposition de la commission
Al. 1
Si aucune autre assurance ne prend en charge le traitement médical, celui-ci incombe à l'assurance-invalidité lorsqu'il ne porte pas sur l'affectation comme telle, mais est directement nécessaire à la réadaptation professionnelle et de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserve d'une diminution notable.

Al. 2
Le Conseil fédéral règle en détail le remboursement des frais.

Angenommen – Adopté

Ziff. 3 Ingress, Titel und Ingress
Antrag der Kommission
Ingress
Das Bundesgesetz über die Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige (EOG) wird wie folgt geändert:
Titel
Bundesgesetz über die Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige sowie bei Mutterschaft (EOG)
Ingress
In Ausführung der Artikel 22bis Absatz 6, 34ter Absatz 1 Buchstabe d, 34quinques Absätze 4 und 5, 64 und 64bis der Bundesverfassung,

Antrag Schönenberger
Streichen

Ch. 3 préambule, titre et préambule
Proposition de la commission
Préambule
La loi fédérale sur le régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes astreintes au service militaire ou à la protection civile (LAPG) est modifiée comme il suit:
Titre
Loi fédérale sur le régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes astreintes au service militaire ou à la protection civile ainsi qu'en cas de maternité (LAPG).
Préambule
Vu les articles 22bis, 6e alinéa, 34ter, 1er alinéa, lettre d, 34quinques, 4e et 5e alinéas, 64 et 64bis de la constitution fédérale.

Proposition Schönenberger
Biffer

Hänsenberger, Berichterstatter: Lassen Sie mich hier mit einem Zitat beginnen, das die Meinung unserer Kommission stützt, enthalten in einer Stellungnahme des Zentralvorstandes der FMH-Aerzteorganisation, die übrigens von Frau Bauer zitiert worden ist. «Die FMH begrüsst die von der Kommission vorgeschlagene obligatorische Versicherung eines Taggeldes bei Mutterschaft einmal, weil sie jeder Frau eine existentiell unbedrohte Mutterschaft sichert, was medizinisch erwünscht ist, aber auch, weil dadurch ein Versprechen eingelöst wird, das gemacht wurde, als seinerzeit die Mutterschaftsversicherungsinitiative bekämpft wurde.»
Die Kommission schlägt Ihnen vor, dass in unserem Land jede Frau ein Mutterschaftstaggeld erhält: Es soll während einer einheitlichen Dauer von 16 Wochen ausgerichtet werden, von denen mindestens 8 Wochen nach der Niederkunft liegen müssen, und es soll mindestens soviel betragen wie die Haushaltentschädigung, die der Wehrmann erhält. Wir schlagen vor, dass das Mutterschaftstaggeld durch Abzüge auf dem Erwerbseinkommen finanziert wird.
Der Ihnen vorgelegte Vorschlag, von der Kommission ohne Gegenstimme angenommen, tritt an die Stelle des in der Vorlage B vorgesehenen obligatorischen Taggeldes bei Mutterschaft (Art. 40i der Vorlage B auf Seite 23 der Fahne). Die Unterschiede zur Lösung des Nationalrates in der Vorlage B sind:
1. Unsere Lösung möchte Taggelder für alle Frauen, erwerbstätige und nicht erwerbstätige. Gerade bei den Frauen wirkt sich ja immer noch aus, dass die Arbeit im Haushalt nicht als Erwerbsarbeit angesehen wird und doch unentbehrlich ist. Mit einer Geburt in der Familie wird immer eine Arbeitskraft ausfallen.
2. Unsere Lösung diskriminiert keine Frau auf dem Arbeitsmarkt.
3. Unsere Lösung stützt sich auf dieselbe Solidarität wie die Erwerbsersatzordnung seit Jahrzehnten, eine Solidarität, die von den nicht Militärdienst leistenden Frauen immer akzeptiert worden ist. Es dürfte schwierig sein zu beweisen, dass das Kinderkriegen nicht ebenso sehr im Interesse des ganzen Volkes liegt wie der Militärdienst.
4. Die Durchführung nach unserem Vorschlag ist administrativ einfach, weil keine neuen Einrichtungen geschaffen werden müssen.
Nachdem ich bereits beim Eintreten ausführlich dazu gesprochen habe, möchte ich noch einige Ueberlegungen zu den Kosten anstellen: Die Lösung des Nationalrates und diejenige der Kommission des Ständerates sind ungefähr gleich teuer, wenn nur die erwerbstätigen Frauen einbezogen werden; die Kosten belaufen sich auf ungefähr 240 Millionen Franken pro Jahr; so hat es die Verwaltung ausgerechnet. Wenn unsere Lösung auf alle Frauen ausgedehnt wird, kommen rund 160 Millionen Franken dazu, was einen Totalbetrag von 400 Millionen Franken im Jahr ausmacht.
Es wurde ausgerechnet, dass das Modell der Kommission des Ständerates etwa 0,3 Lohnprozente brauchen würde. Sie haben auch einen Antrag von Herrn Hefti vor sich, der bereits im Gesetzestext statt der vorgesehenen maximal 0,4 nur 0,3 Prozent einfügen möchte. Wir haben dies in der Kommission nicht behandelt. Ich würde mich dem nicht widersetzen. Diese Abgabe ist hälftig von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu bestreiten. Nach der Lösung des Ständerates resp. Ihrer Kommission würde ein selbständiger Fonds gebildet. Die übrigen Ausführungsbestimmungen der Erwerbsersatzordnungen wären analog anwendbar oder vom Bundesrat neu zu umschreiben.
Es gibt einige Kollegen, die die Ehre haben, vom Delegierten des Zentralverbandes Schweizerischer Arbeitgeberorganisationen noch als bürgerlich betrachtet zu werden, und die über seine Meinung zur Mutterschaft orientiert worden sind. Ich habe nun dieses Schreiben auch erhalten. Nach dessen Berechnungen würden 0,4 Prozent 550 Millionen Franken ergeben, was er als viel zuviel betrachtet. Wir könnten also auch nach seiner Berechnung auf 0,3 Prozent zurückkehren.
Das Hauptargument der Gegner dieses Mutterschaftstaggeldes ist nach dieser Meinung folgendes:
«Vergleichen wir die Kosten einer Mutterschaftsversicherung im Sinne des EOG und der obligatorischen Taggeldversicherung nach Teil B der KVG-Revision, an deren Stelle die Mutterschaftsversicherung treten soll, so stellen wir fest, dass die Mutterschaftsversicherung etwa ein Lohnprozent oder 1,39 Milliarden Franken günstiger zu stehen kommt. Das Ergebnis dieses Vergleiches zur primären Entscheidungsgrundlage zu machen, hiesse, das Entwicklungspotential einer solchen Mutterschaftsversicherung fundamental zu verkennen. Nach unserem Dafürhalten gibt die Mutterschaftsversicherung als neues Element der Sozialversicherung jenes Fundament ab, das nicht nur zur Anhebung der Leistungen geradezu herausfordert, sondern auch dazu benützt werden wird, diesem neuen Zweig der Sozialversicherung neue Leistungskomponenten hinzuzufügen. Zu denken ist etwa an einen Eltern- oder Jugendurlaub, aber auch an den Einbau eines Pflegeleistungspaketes, sofern Teil A scheitern sollte.» Soweit das Zitat aus dem Brief des Sekretariats des Schweizerischen Arbeitgeberverbandes.
Wenn mit solchen Scheinargumenten gegen die Schaffung einer einfachen und klaren Lösung der Mutterschaftsversicherung gefochten wird, hätte man sich vor vierzig Jahren, als die AHV mit sehr kleinen monatlichen Renten geschaffen wurde, ebenfalls gegen diesen Durchbruch wehren müssen, der nun von Generationen von Politikern ständig verbessert wurde; heute sind wir ja bereits an der 10. AHV-Revision. Ich akzeptiere solche Argumente gegen eine Lösung, die meines Erachtens auch für das Gewerbe und für die Industrie sehr gut und tragbar ist, nicht.
Ich bitte Sie – die Kommission schlägt es ohne Gegenstimme vor –, dieses Mutterschaftstaggeld in das Bundesgesetz über die Erwerbsersatzordnung aufzunehmen und dem Antrag der Kommission zuzustimmen.

Es liegt auch ein Antrag auf Streichung vor; Herr Schönenberger wird ihn begründen.

Schönenberger: Ich habe Ihnen bereits in der Eintretensdebatte angekündigt, dass ich Ihnen den Antrag stellen werde, das Kapitel IIIbis, «Taggeld bei Mutterschaft», zu streichen. Dies nicht etwa deshalb, weil ich gegen eine Mutterschaftsversicherung Stellung nehmen möchte, sondern aus dem einzigen Grund, weil ich mich gegen eine weitere Belastung der Erwerbseinkommen mit Lohnprozenten wehre.
Die Lohnabzüge betragen heute für die AHV 8,4 Prozent, für die IV 1 Prozent und für die EO 0,6 Prozent. Dazu werden in Kürze 0,2 Prozent Erhöhung für die IV kommen, infolge der im Herbst 1986 verabschiedeten zweiten IV-Gesetzesrevision. In Rechnung zu stellen sind aber überdies auch die Lohnabgaben für die Arbeitslosenversicherung, die Unfallversicherung und die berufliche Vorsorge. Die Belastung der Erwerbseinkommen durch Lohnabgaben hat bereits eine obere Grenze erreicht, ohne dass wir für die Mutterschaftsversicherung noch zusätzliche 0,4 Prozent oder, wie es jetzt scheint, 0,3 Prozent beschliessen müssten.
Ich habe Ihnen die grundsätzlichen Erwägungen bereits in der Eintretensdebatte kurz dargelegt. Ich will mich nicht wiederholen, verweise aber nochmals darauf, dass hier durch ein Hintertürchen ein ganz wesentlicher Zweig der Sozialversicherung eingeführt werden soll, ohne dass man ein Vernehmlassungsverfahren durchgeführt hätte. Wenn man sich schon darauf beruft, es bestehe seit 1945 ein Verfassungsauftrag, den man bis heute nicht eingelöst hat, dann hat man auch noch ein oder zwei Jahre Zeit, um ein solches Werk auf dem üblichen gesetzgeberischen Weg vorzubereiten.
Ich beantrage Ihnen daher für heute Ablehnung dieses Kapitels IIIbis.

Schmid: Es ist zu Recht gesagt worden, dass ein Verfassungsauftrag besteht, Artikel 34quinquies Absatz 4 BV. Wenn nun Herr Schönenberger sagt, man habe seit Jahrzehnten auf die Erfüllung dieses Verfassungsauftrages gewartet, es möge nun auch angehen, zwei, drei weitere Jahre zu warten, hat er selbstverständlich grundsätzlich recht. Aber ich möchte Sie doch auch daran erinnern, dass es immer irgend einen Zeitpunkt gibt, in dem es heisst: *Hic Rhodos, hic salta!* Irgendwann ist der Punkt erreicht, an dem man sich entscheiden muss; ich glaube, heute ist es soweit.
Es ist ja nicht so, Herr Schönenberger, dass die ständerätliche Kommission quasi aus dem Nichts heraus eine neue Versicherung geschaffen hätte. Der Bundesrat und der Nationalrat haben im System B ebenfalls eine Mutterschaftsversicherung vorgesehen gehabt. Der Grundgedanke der Einrichtung einer Mutterschaftsversicherung ist also grundsätzlich bereits anerkannt. Die Frage ist nun, welches System wir wollen. Soweit ich es überblicken kann, sind bis zum heutigen Tag drei Systeme vorgeschlagen worden, von denen ich das System EO für das beste halte.
Ich darf Ihnen das erläutern. Zunächst: Wenn Sie auf das System zurückgehen, das im Erstrat vorlag, kommen Sie zum Schluss, dass es all jene Betriebe unverhältnismässig belastet hätte, die eine grosse Anzahl von weiblichen Arbeitnehmern beschäftigen. Herr Schönenberger, gerade Sie als Exponent der Textilindustrie sollten sich darüber ein klares Bild machen können.
Sodann: Zum Antrag von Herrn Nationalrat Allenspach, der auf eine Lohnfortzahlung seitens des Arbeitgebers hinausläuft. Auch hier ist der gleiche Einwand zu machen. Es wäre für die betreffenden Arbeitgeber, die stark auf die weiblichen Arbeitskräfte ausgerichtet sind – solche Branchen gibt es nun einmal –, enorm schwierig, diese Lasten zu tragen. Ich kann nicht verstehen, dass diesem Antrag von der Gewerbeseite her das Wort geredet wird. Das hätte für einzelne Sparten des Gewerbes verheerende Konsequenzen.
Diesem Nachteil versucht das System EO die Spitze zu brechen. Es ist bei weitem das am breitesten abgestützte System, was meines Erachtens richtig ist.
Wenn Herr Schönenberger sagt, wir hätten eine Schallgrenze von zehn Prozent Beiträgen errreicht, fällt es mir schwer, etwas dagegen zu sagen. Aber man sollte eines nicht vergessen: Es gibt so magische Zahlen, aber ihre Magie verschwindet, wenn man sie näher betrachtet. Diese zehn Prozent sind nicht mehr als eine gerade Zahl, Herr Schönenberger! Sie haben bei dieser ganzen Auf- und Abrechnerei vergessen, dass im Rahmen der EO vermutlich auch etwas drin liegt. Ich will nicht grosse Versprechungen machen. Aber wenn Sie sagen, dass bei der IV noch 0,2 Prozent dazu geschlagen werden, dann will ich Ihnen doch entgegenhalten, dass im Rahmen der 5. EO-Revision der Beitrag um mindestens 0,1 Prozent gesenkt wird. Ich gebe zu, wir liegen bei über zehn Prozent, aber ich halte das für weniger schlimm, als ein Versprechen nicht einzuhalten, das mindestens von meinen Partei- und Fraktionsfreunden abgegeben wurde, nämlich mit der Einrichtung einer Mutterschaftsversicherung nun endgültig ernstzumachen..
Ich halte diese EO-Lösung, wie der Präsident bereits erwähnt hat, für administrativ einfach und für gerecht; damit können wir ein Versprechen einlösen, das wir gegeben haben.
Ich bitte darum, der Mehrheit zu folgen.

Frau **Meier** Josi: Es gibt Momente, wo man sprechen muss! Ich habe mich für das Anliegen Mutterschaftsversicherung von jeher eingesetzt und werde es weiterhin bei jeder Gelegenheit tun. Ich bitte Sie inständig, nicht Prozente gegen Mütter auszuspielen.
Meine Parteifreunde möchte ich noch einmal aufrufen, sich daran zu erinnern, was wir versprochen haben! Man kann nicht gegen den Schwangerschaftsabbruch sein, ohne gleichzeitig dafür zu sorgen, dass jede Mutter ihre Kinder frei von Angst zur Welt bringen kann. Ich empfinde es – und ich brauche dieses Wort hier im Rat zum ersten Mal – als einen Skandal, dass wir noch Jahr für Jahr Geld zusammenbetteln müssen für Frauen, die wegen ihrer Schwangerschaft in materieller Not sind. Ich möchte dieses Problem lösen, und ich werde nicht aufhören, dazu zu sprechen, bis es gelöst ist. Ich lade Sie ein, durch Zustimmung zur Versicherung dafür zu sorgen, dass ich nicht mehr darüber sprechen muss.

Weber: Es gibt drei Gründe, hier dem Antrag der Kommission zuzustimmen. Ich fasse mich kurz.
1. Ich finde die Lösung gut und richtig, und ich bin jenen dankbar, die auf diese Idee gekommen sind und das auch formuliert haben.
2. Bei der Abstimmung über die Mutterschaftsversicherungs-Initiative sind dem Volk klare Versprechen abgegeben worden, und zwar klar in dem Sinn, dass es hiess, man werde dieses Anliegen bei der Revision des Krankenversicherungsgesetzes berücksichtigen. Der Bundesrat wollte das im KMG wahrmachen.
Herr Schönenberger, wenn Sie jetzt sagen, es komme nicht auf zwei, drei Jahre an: Wir wissen aus Erfahrung, dass aus den jetzt genannten drei Jahren in Wirklichkeit 13, wenn nicht gar 30 Jahre werden. Ich möchte nicht bei jenen sein, die wortbrüchig sind.
3. Wenn man die Parteiprogramme durchsieht, figuriert doch die Mutterschaftsversicherung dort schon seit Jahrzehnten, insbesondere auch in demjenigen der Partei von Herrn Schönenberger ist das klar ausgedrückt.
Ich bitte Sie deshalb ebenfalls, dem Antrag der Kommission zuzustimmen.

Bundespräsident **Egli:** Darf ich zum ganzen Fragenkomplex noch etwas beifügen? Ich habe schon bei der Eintretensdebatte ausgeführt, dass der Bundesrat grundsätzlich dem System, das hier von der ständerätlichen Kommission gewählt worden ist, zustimmt, womit auch der Verzicht auf die Vorlage B ausgesprochen ist.
Ich möchte nur noch einige Worte an Herrn Schönenberger richten. Herr Schönenberger, Sie erklären, dass Sie nichts gegen eine Mutterschaftsversicherung einzuwenden hätten.

Dann sagen Sie uns aber auch: Auf welchem Wege wollen Sie sie einführen? Seit 1945 hat der Gesetzgeber den Auftrag, sie einzuführen, aber er hat bis heute nichts getan. Welchen Ersatz wollen Sie uns bringen, wenn Sie die Artikel streichen wollen, die Sie in Ihrem Antrag vorgesehen haben?
Die OR-Lösung: Herr Schmid hat einlässlich zur OR-Lösung gesprochen und ihre Nachteile hervorgehoben. Es kommt aber noch ein fundamentaler Nachteil der OR-Lösung hinzu: Diese Lösung ist überhaupt keine Versicherung, sondern es hängt vom Arbeitgeber ab, ob er solvent ist und diese Leistungen erbringen kann oder nicht, während die Mutter bei der Versicherung den Schutz hat. Mit der OR-Lösung wäre also der Verfassungsauftrag nicht erfüllt.
Sie haben beim Eintreten darüber gesprochen, Herr Schönenberger, dass es sich hier um eine sogenannte Giesskannensubvention handeln würde. Sie übersehen, dass hier überhaupt keine Subventionen geleistet werden, sondern die Mutterschaftsversicherung finanziert sich aus sich selbst, aus Beiträgen der Versicherten und der übrigen Arbeitnehmer. Wenn Sie hier von einem Giesskannenprinzip sprechen, müssten Sie diesen Begriff ebenso für die AHV und für die IV gebrauchen. Dort wäre es noch eher am Platz, denn dort werden öffentliche Beiträge geleistet: an die AHV 20 Prozent und an die IV sogar 50 Prozent.
Sie bemängeln noch, dass wir beziehungsweise die Kommission diese neue Lösung nicht in die Vernehmlassung geschickt haben. Ich glaube, das war nicht notwendig. Das gesamte Gesetz war mit dem Beschluss B bereits in der Vernehmlassung, und der Beschluss B sah Taggeld nicht nur für Mütter, sondern für alle Arbeitnehmer vor. Warum soll nun ein Gesetz in die Vernehmlassung gehen, das an sich weniger will als das ursprüngliche? Ich möchte sagen *in maiore minus*; also war es nicht notwendig, dieses Gesetz auch noch in die Vernehmlassung zu schicken, nachdem schon das übergreifende Gesetz, das mehr bringt, in der Vernehmlassung war.
Der Bundesrat stimmt also der Lösung des Ständerates zu und empfiehlt Ihnen, den Artikeln zuzustimmen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Schönenberger	3 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	35 Stimmen

Ziff. IIIbis
Titel
Antrag der Kommission
Taggeld bei Mutterschaft

Ch. IIIbis
Titre
Proposition de la commission
Allocation en cas de maternité

Angenommen – Adopté

Art. 16b
Antrag der Kommission
Titel
Entschädigungsanspruch
Abs. 1
Frauen, die bei ihrer Niederkunft seit mindestens 9 Monaten Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben und in diesem Zeitpunkt in der AHV/IV versichert sind, erhalten die Haushaltungsentschädigung nach den Artikeln 9 Absätze 1 und 3, und 16a. Die Entschädigung wird während eines Mutterschaftsurlaubs von 16 Wochen ausgerichtet, von denen mindestens acht Wochen nach der Niederkunft liegen müssen.
Abs. 2
Bei erwerbstätigen Frauen richtet sich die Entschädigung nach dem letzten Erwerbseinkommen. Nichterwerbstätige Frauen erhalten den Mindestbetrag der Entschädigung.
Abs. 3
Der Bundesrat kann den Leistungsanspruch auf Frauen ausdehnen, die von Gesetzes wegen keinen Anspruch hätten.

Art. 16b
Proposition de la commission
Titre
Droit à l'allocation
Al. 1
Les femmes, qui lors de leur accouchement sont domiciliées et ont leur résidence habituelle en Suisse depuis 9 mois au moins et sont assurées pour l'AVS/AI, reçoivent l'allocation de ménage au sens des articles 9, 1er et 3e alinéas, et 16a. L'allocation est versée pendant le congé de maternité de seize semaines, dont huit au moins après l'accouchement.
Al. 2
L'allocation des femmes qui exercent une activité lucrative se détermine en fonction du dernier revenu lucratif. Les femmes n'exerçant pas d'activité lucrative reçoivent le montant minimal de l'allocation.
Al. 3
Le Conseil fédéral peut accorder le droit aux prestations à des femmes qui ne l'auraient pas en vertu de la loi.

Hänsenberger, Berichterstatter: Ich habe lediglich zwei Bemerkungen anzubringen, und dann ist noch der Antrag von Herrn Hefti zu begründen.
Zu Absatz 2 möchte ich zu Protokoll geben, dass hier unter Umständen auch auf frühere Erwerbsperioden einer Frau zurückgegriffen werden könnte, mindestens im gleichen Verhältnis wie bei der Erwerbsausfallentschädigung der Wehrmänner, eventuell ergänzt durch Gründe, die für die Mütter besonders zutreffen: Erwerbsaufgabe infolge von Familienpflichten. Dies näher zu umschreiben ist Sache des Bundesrates.
Zu Absatz 3 habe ich zu erklären, dass die Ausdehnung des Leistungsanspruches auf die unbestimmten Fallgruppen erfolgt. Sie sehen, dass der Bundesrat den Leistungsanspruch auf Frauen ausdehnen kann, die von Gesetzes wegen keinen Anspruch hätten. Das erfolgt für Gruppen, die sonst zwischen Stuhl und Bank fallen könnten. In der Kommission hat die Verwaltung namentlich Grenzgängerinnen erwähnt. Eine Aufzählung im Gesetzestext, auch wenn nur beispielshalber, könnte zu Missverständnissen führen.

Angenommen – Adopté

Art. 28a
Antrag der Kommission
Titel
Finanzierung der Entschädigung bei Mutterschaft
Abs. 1
Die Finanzierung der Leistungen bei Mutterschaft erfolgt unter entsprechender Anwendung von Artikel 26 bis 28 getrennt von den übrigen Leistungen dieses Gesetzes. Unter der Bezeichnung «Ausgleichsfonds der Erwerbsersatzordnung bei Mutterschaft» wird ein selbständiger Fonds gebildet.
Abs. 2
Die Beiträge vom Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit dürfen 0,4 Prozent nicht übersteigen. Der minimale Beitrag für Nichterwerbstätige darf 12 Franken, der maximale 400 Franken im Jahr nicht übersteigen. Artikel 9bis AHVG über die Anpassung an die Lohn- und Preisentwicklung gilt sinngemäss.

Antrag Hefti
Abs. 2
.... dürfen 0,3 Prozent nicht übersteigen. Der ....

Art. 28a
Proposition de la commission
Titre
Financement de l'allocation en cas de maternité

Al. 1
Le financement des prestations en cas de maternité a lieu sur la base des articles 26 à 28 indépendamment des autres prestations versées en vertu de la présente loi. Il est créé sous la dénomination «Fonds de compensation du régime de l'allocation en cas de maternité» un fonds indépendant.
Al. 2
Les cotisations perçues sur le revenu d'une activité lucrative ne peuvent dépasser 0,4 pour cent. Le montant minimum pour les personnes n'exerçant aucune activité lucrative ne peut être supérieur à 12 francs par année, le montant maximum à 400 francs par année. L'article 9 LAVS sur l'adaptation à l'évolution des salaires et des prix est applicable par analogie.

Proposition Hefti
Al. 2
.... ne peuvent dépasser 0,3 pour cent. Le montant ....

Hefti: Hier wird ein Zuschlag von 0,4 Prozent auf die Erwerbseinkommen verlangt. Ich beantrage Ihnen, diesen Zuschlag auf 0,3 Prozent anzusetzen. Ich anerkenne die innovative Kraft unserer Kommission mit ihrem Vorschlag bezüglich Mutterschaftstaggeld, einem Problem, das im Raume steht. Auf der anderen Seite dürfen wir aber auch die Rahmenbedingungen für die Wirtschaft nicht ausser acht lassen. Wir sind bezüglich Lohnzuschlägen an einem kritischen Punkt angelangt. Es gibt auch hier Grenzen, die man auf die Dauer nicht ungestraft überschreitet, so wenig wie beim Umweltschutz.
Ich bin deshalb der Auffassung, dass wir nicht höher gehen sollten, als nötig ist. Nachdem gestern auch Herr Bundespräsident Egli gesagt hat, dass 0,3 Prozent genügen würden – auch der Herr Kommissionspräsident hat dies erklärt –, bin ich der Auffassung, dass wir auf 0,3 Prozent gehen sollten.

Bundespräsident **Egli:** Ich opponiere dem Antrag Hefti nicht. Ich gebe Ihnen aber doch zu bedenken, dass die 3 Promille, die wir jetzt als genügend erachten, auf den heutigen wirtschaftlichen Zuständen basieren. Sollten sich die Verhältnisse ändern, müssten wir das Parlament wiederum bemühen, wenn der Beitrag zu erhöhen ist. Ich weiss nicht, ob Sie das wollen, Herr Hefti.
Wenn Sie den Beitrag schon auf 0,3 Prozent senken wollen, dann müssten Sie beim Satz 2 auch die Minimalbeiträge für Nichterwerbstätige von 12 Franken bzw. 400 Franken auf 9 Franken bzw. 300 Franken senken. Das wäre das Pendant zu den 0,3 Prozent im ersten Absatz.
Ich opponiere also dem Antrag Hefti nicht, beantrage Ihnen aber für den Fall der Annahme des Antrags, im zweiten Satz die Minimalbeiträge auf 9 bzw. 300 Franken zu senken.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Hefti	14 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	18 Stimmen

Art. 29bis
Antrag der Kommission
Titel
Anwendbare Bestimmungen bei Mutterschaft
Text
Die Artikel 2, 3, 17 bis 22, 23 Absatz 1, 24, 25 und 29 gelten sinngemäss auch für das Taggeld bei Mutterschaft.

Art. 29bis
Proposition de la commission
Titre
Dispositions applicables en cas de maternité
Texte
Les articles 2, 3, 17 à 22, 23, 1er alinéa, 24, 25 et 29 sont applicables par analogie également à l'allocation en cas de maternité.

Art. 34 Abs. 4
Antrag der Kommission
Der Bundesrat kann soweit nötig für das Taggeld bei Mutterschaft besondere, von den übrigen Vollzugsvorschriften zu diesem Gesetz abweichende Bestimmungen erlassen.

Art. 34 al. 4
Proposition de la commission
Le Conseil fédéral peut si nécessaire édicter, pour le régime de l'allocation en cas de maternité, des dispositions spéciales qui dérogent aux autres dispositions d'exécution de la présente loi.

Angenommen – Adopté

Ziff. Iter Titel, Bst. a – d
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Ch. Iter titre, let. a – d
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: In den Uebergangsbestimmungen hat die Kommission die Buchstaben a bis d unverändert belassen. Meine Ausführungen beschränken sich auf Buchstabe e.
Auf Antrag der Verwaltung haben wir die sich aus den längeren Beratungen in beiden Kammer ergebenden Verschiebungen in bezug auf die Jahre berücksichtigt. Im übrigen dürfen die endgültigen Zahlen erst eingesetzt werden, wenn das Datum des Inkrafttretens bekannt ist. Bis zum Abschluss des Differenzbereinigungsverfahrens werden sich die Zahlen also noch wesentlich ändern. Die Kassen haben ein Interesse daran, dass die Uebergangsbestimmungen bald in Kraft treten, denn sie bedeuten gegenüber den heutigen, plafonierten Bundesbeiträgen eine ansehnliche Verbesserung für die Kassen. Nationalrat Zehnder hat das schöne Bild im Nationalrat gebraucht: «Lieber eine geflickte Hose als gar keine.»

Angenommen – Adopté

Ziff. Iter Bst. e
Antrag der Kommission
Abs. 1
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Abs. 2
.... Summe 930 Millionen Franken beträgt.
Abs. 3
Für das Jahr 1987 beträgt der Bundesbeitrag nach Artikel 38bis Absatz 2 687 Millionen Franken. Davon entfallen auf Beiträge nach

Artikel 35	120 Mio Franken
Artikel 36bis	457 Mio Franken
Artikel 37 Absatz 1	90 Mio Franken
Artikel 38 Absatz 3	20 Mio Franken

Abs. 4
Für das Jahr 1988 beträgt der Bundesbeitrag nach Artikel 38bis Absatz 2 714 Millionen Franken. Davon entfallen auf Beiträge nach

Artikel 35	120 Mio Franken
Artikel 36bis	484 Mio Franken
Artikel 37 Absatz 1	90 Mio Franken
Artikel 38 Absatz 3	20 Mio Franken

Anträge Weber
Abs. 1
Im Jahr des Inkrafttretens der Aenderung leistet der Bund den Krankenkassen einen nach altem Recht zustehenden und um 20 Prozent erhöhten Beitrag.
Abs. 2
Für die nachfolgenden zwei Jahre ist der Gesamtbeitrag gemäss Artikel 38bis entsprechend der Kostenentwicklung des Vorjahres zu erhöhen. Darauf ist er um die Aufwendun-

gen gemäss Artikel 36, 37 Absatz 2 und 37bis zu vermindern. Der verbleibende Beitrag teilt sich wie folgt auf:

auf Beiträge nach Artikel 35	40 Prozent
auf Beiträge nach Artikel 36bis	50 Prozent
auf Beiträge nach Artikel 37 Abs. 1	10 Prozent

Abs. 3
Zusätzlich wird den Kantonen ein Beitrag von 20 Millionen Franken gemäss Artikel 38 Absatz 3 gewährt.

Ch. Ibis let. e
Proposition de la commission
Al. 1
Adhérer à la décision du Conseil national
Al. 2
.... la somme totale atteigne 930 millions de francs.
Al. 3
Le subside fédéral alloué en vertu de l'article 38bis, 2e alinéa, s'élève à 687 millions de francs pour 1987.
De ce montant sont versés:

En vertu de:	Millions de francs
l'article 35	120
l'article 36bis	457
l'article 37, 1er alinéa	90
l'article 38, 3e alinéa	20

Al. 4
Le subside fédéral alloué en vertu de l'article 38bis, 2e alinéa, s'élève à 714 millions de francs pour 1988.
De ce montant sont versés:

En vertu de:	Millions de francs
l'article 35	120
l'article 36bis	484
l'article 37, 1er alinéa	90
l'article 38, 3e alinéa	20

Proposition Weber
Al. 1
Dans l'année où la modification entre en vigueur, la Confédération verse aux caisses le subside dû selon l'ancien droit, majoré de 20 pour cent.
Al. 2
Pour les deux années suivantes le subside global selon l'article 38bis devra être accru en fonction de l'évolution des coûts de l'année précédente; mais les dépenses selon les articles 36, 37, 2e alinéa, et 37bis en seront déduites. Le subside se répartit de la manière suivante:

subsides selon l'article 35	40 pour cent
subsides selon l'article 36bis	50 pour cent
subsides selon l'article 37, 1er al.	10 pour cent

Al. 3
En outre, un subside de 20 millions de francs sera alloué aux cantons conformément à l'article 38, 3e ainéa.

Weber: Für die Kassen liegt bei dieser Revision das grosse Fragezeichen bei der künftigen Finanzierung, und zwar ganz speziell für die Jahre des Uebergangs, das heisst: des Startjahres. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat im Dezember 1985 die Bundesbeiträge für die kommenden Jahre nach geltendem Recht geschätzt.
Die Gegenüberstellung mit den im Sofortprogramm vorgesehenen Beiträgen zeigt, dass die im Finanzplan enthaltenen und eigentlich unrechtmässig gekürzten Bundesleistungen legalisiert werden sollen. Danach wären im Sofortprogramm für 1987 930 Millionen, für 1988 965 Millionen und für 1989 1 Milliarde und 6,5 Millionen vorgesehen. Mit dem Inkrafttreten der Revision werden also die rechtmässigen Bundesbeiträge nach bisherigen Recht vorerst einmal um 50 Millionen gekürzt, im Jahre darauf beträgt der Abfall nochmals 24 Millionen. Im dritten Jahr kommen rund 7 Millionen dazu. Dabei ist aber völlig offen, wie sich dieser Betrag weiterentwickelt. Jedenfalls wird die separate Ausweisung der kostenabhängigen Bundesbeiträge die Krankenkassen nicht davor bewahren, dass der Globalbeitrag nach Artikel 38bis Absatz 2 um so tiefer angesetzt wird.
Welchen Vorschlag unterbreitet der Bundesrat für den Fall, dass das Gesetz erst auf 1988 in Kraft gesetzt werden kann? Bleibt für 1989 dann der Betrag von 1 Milliarde und 6,5 Millionen?
Auch mit einer stolzen Milliarde verharrt der Bundesbeitrag auf den 1976 eingefrorenen Beitragsansätzen. Der zwischen 1976 und Inkrafttreten der Revision eingetretenen Kostensteigerung wird überhaupt nicht Rechnung getragen. Die Erhöhungen ergeben sich lediglich aus dem immer noch etwas ansteigenden Versichertenbestand und dessen Veränderungen in der Mitgliederstruktur (z. B. Ueberalterung).
Zur Frage des Kostenausgleichs: Es ist doch eine eiserne Tatsache, dass man praktisch überall eine verankerte oder aus der Praxis abgeleitete Indexierung von Kosten und Ausgaben praktiziert. Ob ein Gotthard-Strassentunnel oder ein Furkaloch gebaut wird, ob Panzer oder Flugzeuge beschafft oder komplizierte militärische Bauten erstellt werden, ob es sich um Bundesleistungen im Sektor Landwirtschaft handelt – davon gibt es sehr viele –, überall wird mit Recht die Auffassung vertreten, die ausgewiesene Teuerung müsse ausgeglichen werden. Meine Frage: Warum sträubt man sich ausgerechnet bei diesen Beiträgen, die für Kassen lebenswichtig sind, dagegen?
Die Bundesbeiträge zum Ausgleich der gesetzlichen Sozialauflagen sind – wie bereits gesagt – auf dem Stand von 1976 eingefroren. Die in der Uebergangsregelung vorgesehenen Beträge sehen keine Erhöhung des Gesamtbetrages vor. Die höheren Beträge entsprechen lediglich den Subventionserhöhungen, die sich nach geltendem Gesetz aus der Zunahme des Versichertenbestandes bzw. den strukturellen Verschiebungen – Eintreten von geburtenstarken Jahrgängen ins Erwachsenenalter, was bei weiblichen Versicherten zu höheren Bundesbeiträgen führt – ergeben. Das zeigt, dass an eine Anpassung aufgrund der Kostenentwicklung überhaupt nicht gedacht wird, und zwar mit der Begründung, der Bundesfinanzhaushalt liesse dies nicht zu.
Die Krankenkassen erhalten mit der Revision per Saldo gleichviel, wie sie mit dem geltenden Gesetz und der Einfrierung der Bundesbeiträge auf dem Stand von 1976 auch erhielten. Damit können die Probleme der Krankenversicherung aber nicht gelöst werden. Eines der wichtigsten ist dasjenige der Krankenpflegekosten der Rentner. Bereits heute entfallen rund 60 bis 70 Prozent der Ausgaben in der Krankenpflegeversicherung auf Kosten, die bei AHV-Rentnerinnen und -Rentnern entstehen. Im Jahre 1999 werden die Ausgaben der Krankenpflegeversicherung für die Rentner etwa gleich gross sein wie heute für die gesamte Bevölkerung, nämlich ungefähr 7 Milliarden Franken.
Mein Antrag nennt mit einer Ausnahme keine Beträge. Weil wir den Zeitpunkt des Inkrafttretens nicht kennen, sind feste Zahlen ein Risiko. Die Gesamtsumme wird aus der Erfahrung – aus dem Vorjahr – abgeleitet und soll zur Deckung der neuen Leistungen mit einem Aufschlag von 20 Prozenten den Verhältnissen angepasst werden. Im zweiten Jahr soll die Gesamtsumme der Kostenentwicklung angepasst werden. Die in den Artikeln 36, 37 und 37bis festgelegten Leistungen kommen in Abzug, und der Rest soll nach einem Prozentschlüssel für den Lastenausgleich, für den Kostenausgleich für Frauen- und Kinderprämien aufgeteilt werden. Der Beitrag an die Kantone ist mit 20 Prozent genannt. Das entspricht dem Antrag der Kommission. Nach Ablauf der drei Jahre würden die Beiträge durch Bundesbeschluss festgelegt werden.
Ich bitte Sie, meinem Antrag zuzustimmen. Sie werden damit bei den Kassen eine gewisse Beruhigung schaffen; die Kassen sorgen sich wirklich um die Finanzierung in den drei Startjahren!

Bundespräsident **Egli**: Die Anträge, die Herr Weber stellt, sind zugegebenermassen sozialer und besser, schöner. Sie wären erstrebenswert. Vorerst muss ich sagen, dass die in Buchstabe e aufgeführten Zahlen ohnehin nur provisorisch sind. Sie setzen voraus, dass das Gesetz am 1. Januar 1987 hätte in Kraft treten können, aber offensichtlich ist das nicht der Fall. So wie ich es sehe, ist ein Inkrafttreten bei der heutigen Situation wahrscheinlich auf den 1. Januar 1989 möglich.

Wenn wir die 5prozentige Subventionskürzung, die in diesem Jahr wegfällt, ausser Betracht ziehen, gelangen wir zu einem Betrag von 975 Mio. Franken. Nach den Anträgen von Herrn Weber hätten wir im Jahre 1987 Beiträge von etwa 1,17 Mrd. Franken zu entrichten. Das ergibt 240 Mio. Franken mehr gegenüber den Anrägen der Kommission. Im Jahre 1988 ergeben sich Beiträge von 1,252 Mrd. Franken, das sind 287 Mio. Franken mehr; im Jahre 1989 ergeben sich 1,34 Mrd. bzw. 334 Mio. Franken mehr. Die Frage ist, ob Sie sich diesen Zuwachs leisten wollen oder nicht. Sie müssen wählen. Der Bundesrat hat in seinem Vorschlag Ansätze angenommen, die er bei der gegenwärtigen Finanzlage des Bundes verantworten konnte.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Weber	10 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	21 Stimmen

Ziff. Iter Bst. f
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Ch. Iter let. f
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Ziff. Iquater
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Ch. I quater
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Gesetzentwurfs	30 Stimmen (Einstimmigkeit)

B
Bundesgesetz über die Krankengeldversicherung inklusive Taggeld bei Mutterschaft
Loi fédérale sur l'assurance d'une indemnité journalière, y compris l'indemnité journalière en cas de maternité

Antrag der Kommission
Nichteintreten

Antrag Weber
Eintreten

Proposition de la commission
Ne pas entrer en matière

Proposition Weber
Entrer en matière

Hänsenberger, Berichterstatter: Die Kommission beschloss Nichteintreten auf die Vorlage B, nachdem sie die Vorlage A mit einem Artikel über Mutterschaftstaggeld angereichert hat, also zu einer Vorlage A «plus» machte. Der Nationalrat hat es in einer Abstimmung unter Namensaufruf mit 117 zu 49 Stimmen bei 15 Enthaltungen abgelehnt, anstelle der Vorlage B eine Aenderung des Obligationenrechts vorzusehen. Die Vorlage B selber wurde im Nationalrat mit 91 zu 46 Stimmen angenommen. Sollte der Ständerat entgegen dem Beschluss ihrer Kommission auf die Vorlage B eintreten, würde ich Rückweisung dieser Vorlage an die Kommission beantragen, weil wir keine Detailberatung vorgenommen haben, nachdem unsere Kommission den Nichteintretensentscheid gefällt hat.
Herr Weber stellt den Antrag auf Eintreten.

Weber: Ich möchte, dass der Rat hier über diesen Antrag abstimmt. Ich will meinen Ausführungen eine kleine Bilanz über die bisherigen Verhandlungen voranstellen.
Herr Bundespräsident, Sie haben vor zwei Tagen mit Recht gesagt, es sei wenig verständlich, dass so gut wie alle möglichen Risiken in unserer Eidgenossenschaft taggeldversichert sind und ausgerechnet nur die grösstmögliche Wahrscheinlichkeit bei Krankheit in dieser Versicherung fehlen soll. Wir können das tatsächlich nicht verstehen und bedauern ausserordentlich, wenn man auf Teil B nicht eintreten will.
Das Krankenversicherungsgesetz figuriert unter dem Begriff Sozialversicherung. Von dieser sozialen Zielrichtung habe ich nicht immer und überall etwas bemerkt, oder zum mindestens festgestellt, man bremse, wo man bremsen kann. Sparen ist Trumpf, und soweit – glaube ich – auch richtig; aber es fragt sich manchmal auf wessen Kosten das geht. Viele Kreise sind direkt oder indirekt an diesem Gesetz interessiert. Einmal sind es die Krankenkassen, die Versicherten – darunter speziell die Patienten –, die Aerzte und Spitäler, die öffentliche Hand und die Gemeinden und Kantone. Darunter gibt es solche, die sich selber sehr gut wehren können. Am wenigsten werden die Interessen der Versicherten vertreten. Sie können sich auch nicht wehren. Ich meine jene Menschen, die besonders im Krankheitsfall 100prozentig auf die Krankenkassenleistungen angewiesen sind und sich nicht auf eigene finanzielle Rücklagen stützen können.
Die Zeit der vergangenen Jahre war nicht sehr fruchtbringend. Lange baute man auf die Idee einer grundsätzlichen Revision. Nach Jahren beschränkte man sich mit einer Minimalausgabe auf ein Sofortprogramm. Nun soll das Huhn nochmals gerupft und Teil B vergessen werden. Ich gestehe, diese schmerzliche Prozedur wurde durch die EO-Lösung für die Mutterschaftversicherung nicht nur geschickt bewerkstelligt, sondern auch glücklich etwas schmerzloser gemacht. Einmal aber wird man aus der Narkose erwachen und merken, dass das Uebel nicht beseitigt ist, sondern dass eben Lücken bestehen bleiben.
Ich habe von den interessierten Kreisen gesprochen. Wem bringt die Gesetzesrevision etwas? Die Krankenkassen bekommen mehr Engpässe und finanzielle Sorgen, der versicherte Bürger wohl keine neuen Kassenleistungen, aber wesentlich höhere Kosten bei Beteiligungen und höhere Prämien, unbekümmert um die Einkommensverhältnisse. Aerzte und Krankenheime können wohl gleich laut jammern wie die erstgenannten Kreise. Ihnen passiert aber gar nichts. Sie können sich in jeder Situation wehren, und ihnen wird auch geholfen. Die öffentliche Hand schreit nach Sparmassnahmen, und der Bund «klemmt» ausgerechnet in diesem wichtigen Versicherungssektor. Wir haben es gehört. Die Gefahr eines Referendums gegen die Revision der Krankenpflegeversicherung liegt nach wie vor in der Luft. Aber da besteht keine Chance mehr, nachdem eben die Mutterschaftsversicherung dort untergebracht ist.
Wirklich positiv ist die Mutterschaftsversicherung über den Weg der Erwerbsersatzordnung. Die Taggeldlösung bei Mutterschaft bringt den Frauen etwas. Was nützt aber einer Familie das EO-Taggeld bei einer Mutterschaft, wenn ihr Einkommen im Falle von Krankheit des Ernährers nicht gesichert ist? Wenn ein Familienvater erkrankt und sich dabei mit der gesetzlichen Lohnzahlungspflicht begnügen muss, ist das Familieneinkommen eines Tages einfach nicht mehr gesichert. In vielen Fällen wird dann doch die Sozialfürsorge bzw. anderswie die öffentliche Hand einspringen müssen.
Ein Obligatorium der Krankengeldversicherung ist überfällig. Ich beantrage Ihnen, auf Vorlage B einzutreten. Auch hier droht man zwar von anderer Seite mit einem Referendum. Ich bin aber überzeugt, dass, auch wenn es zustan-

dekäme, das Volk der Vorlage B mit grosser Mehrheit zustimmen würde.

Schmid: Ich bitte Herrn Weber, sich an den «Geist» des Zimmers 87 zu erinnern. Wir haben in diesem Zimmer häufig getagt und uns zusammenzuraufen versucht, und schliesslich ist es uns auch gelungen, eine von breitem Konsens getragene Vorlage auszuarbeiten. Wenn ich daran denke, dass wir dieses EO-System miteinander gefunden haben, dann muss ich Ihnen sagen: das war eine ausserordentlich eindrückliche Demonstration unserer Einigkeit in der Kommission.
Ich bitte Sie, Ihren Antrag zurückzuziehen; denn damit überladen Sie das «Fuder» eindeutig. Es hätte zur Konsequenz, dass Leistungsforderungen in enormer Grösse auf die Krankenversicherungen zukämen.
Ich erinnere Sie daran, dass wir im Rahmen der Beratung des Teiles A bereits bei Artikel 2 die Streichung, d. h. «nicht ins Sofortprogramm», beschlossen haben, so dass bei der Möglichkeit der Kantone, Obligatorien zu erklären, alles beim alten geblieben ist. Mit anderen Worten, Herr Weber: Die Kantone sind nach wie vor frei, für ihre Kantonseinwohner Obligatorien einzurichten. Ist es notwendig, dass wir das vom Bund aus gesamthaft tun? Ich meine nein. Wer will, soll sich in diesem Punkt versichern können, wer nicht will, soll sich nicht versichern müssen, es sei denn, die Kantone hätten eine andere Auffassung.
Vor allem aber glaube ich, dass mit dieser Vorlage B die gesamte Vorlage gefährdet wird. Man kann sehr viel wollen, aber man kann auch zu viel wollen.
Ich bitte Sie, auf diesen Antrag zu verzichten.

Weber: Ich wäre Herrn Bundespräsident Egli dankbar – nachdem er das Bedauern ausgedrückt hat, bei Vorlage B nicht zum Zuge kommen zu können –, wenn er in ein paar Sätzen ausführte, was der Bundesrat bezüglich Taggeldversicherung zu tun gedenkt. Ist da noch etwas vorgesehen, oder will man das einfach *ad acta* legen? Wenn er mir sagen kann, dass es nicht vergessen bleiben wird, dann werde ich nicht zuletzt Herrn Carlo Schmid gegenüber eine Geste tun und sagen: ihm zuliebe werde ich den Antrag zurückziehen. *(Heiterkeit)* Es ist aber wirklich so gemeint, weil Herr Carlo Schmid zum guten Gelingen, zu einem positiven Resultat sehr viel beigetragen hat.

Präsident: Sie ziehen also Ihren Antrag zurück?

Weber: Ja, aber ich bitte um eine Stellungnahme des Bundespräsidenten.

Bundespräsident **Egli:** Es wäre ja leicht, auf dem Totenbett Versprechungen abzugeben, von denen man weiss, dass man sie nicht mehr einhalten muss. *(Heiterkeit)*
Aber ich kann Ihnen die Haltung des Bundesrates doch erklären. Wir haben dieser Ziffer 3 unter dem Titel «Aenderung anderer Bundesgesetze» darum zugestimmt, um endlich einmal wenigstens etwas in der Hand zu haben, statt noch jahrelang auf eine perfektionistische Lösung zu warten. Wenn Sie auf Beschluss B eintreten, müssen Sie in Ihrer Kommission den Beschluss B nochmals behandeln. Ich sehe, dass das nochmals ein Jahr gehen wird mit der Differenzbereinigung im Nationalrat. Ausserdem müssen Sie auf Ziffer 3 unter dem Titel «Aenderung anderer Bundesgesetze» nochmals zurückkommen, d. h. die Bestimmungen wieder aufheben, die Sie soeben in bezug auf Aenderung des EO-Gesetzes beschlossen haben.
Nun fragen Sie, was gedenkt der Bundesrat in bezug auf die obligatorische Krankengeldversicherung zu tun? Der Nationalrat hat einer Motion zugestimmt, wonach der Bundesrat ein neues Modell der Krankenversicherung generell vorlegen muss. Dieses könnte auch die Taggeldversicherung betreffen. Es wird schon Sache des dannzumaligen politischen Klimas sein, ob der Bundesrat sich daran heranwagen darf, Ihnen einen Entwurf zu unterbreiten, der auch die obligatorische Taggeldversicherung für alle Erwerbstätigen vorsieht. Aber versprechen kann ich Ihnen das nicht.

Weber: Vorausbemerkt: Ich hätte mir natürlich vorgestellt, dass Teil A als separate Vorlage weiter behandelt und auch dem Referendum unterstellt würde, dass Teil B an die Kommission zurückgewiesen würde und das, was dort noch übrigbleibt, dann behandelt würde.
Nun sehe ich ein, dass ich wahrscheinlich mit meinem Antrag keine Chancen habe, dass umgekehrt auch der Bundesrat nicht einfach sagt, dass die Sache *ad acta* gelegt wird und dass allenfalls eine Lösung gesucht wird, besonders auch durch den Auftrag der nationalrätlichen Motion. Ich verzichte nun auf den Antrag, nicht aber auf das Anliegen. Ich ziehe den Antrag zurück.

Angenommen gemäss Antrag der Kommission
Adopté selon la proposition de la commission

Abschreibung – Classement

Präsident: Der Bundesrat beantragt gemäss Seite 1 der Botschaft die einschlägigen Vorstösse abzuschreiben.

Zustimmung – Adhésion

An den Nationalrat – Au Conseil national

Ad 81.044

Motion des Nationalrates (Kommission) Krankenversicherung. Finanzierung

Motion du Conseil national (commission) Assurance-maladie. Financement

---

Wortlaut der Motion vom 13. Dezember 1984
Der Bundesrat wird eingeladen, dem Parlament eine Vorlage über die Finanzierung der Krankenversicherung (Krankenpflege) zu unterbreiten, mit dem Ziel, die Bundesbeiträge nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten auszurichten.

Texte de la motion du 13 décembre 1984
Le Conseil fédéral est invité à présenter au Parlement un projet sur le financement de l'assurance-maladie (soins médicaux et pharmaceutiques) prévoyant que les subventions fédérales seront réparties en fonction de la situation économique des assurés.

Hänsenberger, Berichterstatter: Diese Motion, die im Nationalrat angenommen wurde, will ein anderes Finanzierungssystem. Vorgeschwebt hat dem Nationalrat eine Finanzierung der Krankenversicherung nach den wirtschaftlichen Verhältnissen des Versicherten, etwa so, wie es das zuerst von Dr. Pierre Gygi vorgeschlagene und von der Privatversicherung dann übernommene Modell vorsieht. Der weitgefasste Motionstext lässt jedoch dem Bundesrat freie Hand, eigene Modelle zu entwickeln.
Man wird beiden Kammern des Parlamentes mit einer gewissen Berechtigung vorwerfen können, dass wir trotz der langen Dauer der Beratungen diesen wichtigsten Punkt des KMVG, die Finanzierung, keiner neuen Regelungen zugeführt haben, dass wir ausgewichen sind und, wenig tapfer, in dieser Beziehung keine grundsätzlichen Aenderungen beraten haben. Der Kommission des Ständerates schien es aber wichtig, diese nun schon lange dauernden Beratungen einmal abzuschliessen. Der Umbau auf ein völlig neues

Finanzierungssystem hätte mit Sicherheit nicht mehr in dieser Legislatur bewältigt werden können.
Nach Aeusserungen von Bundespräsident Egli soll – sozusagen nahtlos – die nächste KMVG-Revision nach dieser Vorlage an die Hand genommen werden. Dann sind vor allem neue, wirtschaftlich schwächere Versicherte entlastende Finanzierungsmodelle vorzulegen. Das will diese Motion.
Ich bitte den Rat um Zustimmung. Die Kommission hat die Motion mit 11 zu 0 Stimmen genehmigt.

Ueberwiesen – Transmis

An den Bundesrat – Au Conseil fédéral

81.202

Initiative des Kantons Genf Schutz der Mutterschaft

Initiative du canton de Genève Protection de la maternité

Beschluss des Nationalrates vom 13. Dezember 1984
Décision du Conseil national du 13 décembre 1984

Wortlaut der Initiative vom 1. Juli 1981
Der Kanton Genf beantragt, die gesetzlichen Bestimmungen für einen wirksamen Mutterschaftsschutz zu verbessern.

Texte de l'initiative du 1er juillet 1981
Le canton de Genève propose d'améliorer les dispositions légales visant à protéger efficacement la maternité.

Herr **Hänsenberger** unterbreitet im Namen der Kommission den folgenden schriftlichen Bericht:

1. Am 1. Juli 1981 reichte der Regierungsrat des Kantons Genf eine Standesinitiative für die Verbesserung der gesetzlichen Bestimmungen für einen wirksamen Mutterschaftsschutz ein.
2. Das Büro überwies die Standesinitiative der Kommission, welche die Botschaft und den Gesetzentwurf vom 19. August 1981 über die Teilrevision der Krankenversicherung vorzuberaten hatte.
3. Die Kommission hat das in der Wintersession 1984 vom Nationalrat verabschiedete «Sofortprogramm» beraten und dem Rat ihre Anträge gestellt. Die Bestimmungen für den Mutterschutz unterbreitet die Kommission in der Form einer Revision des Bundesgesetzes über die Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige. Mit den Beschlüssen des Rats zu diesem Geschäft wird materiell auch zur Standesinitiative des Kantons Genf Stellung genommen. Die Kommission verweist daher auf die entsprechende Debatte im Rat.

Antrag der Kommission
Die Kommission beantragt, die Standesinitiative abzuschreiben.

Proposition de la commission
La commission propose de classer l'initiative.

Hänsenberger, Berichterstatter: Noch selten hatte eine Standesinitiative einen solch durchschlagenden Erfolg zu verbuchen wie die Standesinitiative des Kantons Genf «Schutz der Mutterschaft». Wir haben heute mit der Annahme dieser EO-Lösung wahrscheinlich alles erfüllt, was in Genf erhofft worden ist.
Die Kommission beantragt, die Standesinitiative abzuschreiben. Sie ist mit diesem Gesetz materiell erfüllt worden.

Angenommen – Adopté

An den Bundesrat – Au Conseil fédéral

84.258

Petition Mouvement populaire des familles. Nein zur Erhöhung der Krankenkassenprämien.
Pétition Mouvement populaire des familles. Non à la hausse des cotisations de l'assurance-maladie

---

M. **Hänsenberger** présente au nom de la commission le rapport écrit suivant:

1. Le 12 avril 1984, le Mouvement populaire des familles a déposé une pétition portant 4214 signatures. Les pétitionnaires demandent que des mesures soient prises concernant l'amélioration du subventionnement des caisses de maladie, la diminution de la surconsommation médicale et des coûts hospitaliers, le développement des soins à domicile et leur couverture par les caisses ainsi que la surveillance des prix des médicaments et des soins.
Les membres du Mouvement populaire des familles relèvent que l'augmentation annoncée des cotisations de l'assurance-maladie frappera durement de nombreuses familles et va poser des problèmes qui deviendront insolubles pour beaucoup de ménages. Ils demandent donc avec force que tout soit mis en oeuvre pour trouver des solutions aux problèmes du financement et des coûts de la santé.
2. Conformément à l'article 40, 1er alinéa, du règlement du Conseil national et à l'article 38, alinéa 1 du règlement du Conseil des Etats, les Bureaux ont transmis la pétition aux Commissions pour la révision partielle de l'assurance-maladie, afin qu'elles l'examinent.
Le Conseil national a classé la pétition le 13 décembre 1984, compte tenu de la révision partielle en cours.
3. La commission du Conseil des Etats a examiné la pétition du Mouvement populaire des familles le 11 septembre 1986. Elle a que constaté les demandes des pétitionnaires ont été discutées lors des délibérations des conseils sur le message concernant une révision partielle de l'assurance-maladie. Elle renvoie donc aux sur débats cet objet.
Les propositions adoptées par le Conseil national et la commission satisfont une partie des demandes présentées par les pétitionnaires.

Antrag der Kommission
Die Petition ist abzuschreiben

Proposition de la commission
Classer la pétition

Hänsenberger, Berichterstatter: Die Petition des «Mouvement populaire des familles» wurde von der Kommission behandelt. Wir haben die Eingabe geprüft, und die Anliegen sind, soweit erfüllbar, in die Beratungen der Kommission und der Räte eingeflossen.
Wir beantragen, die Petition abzuschreiben.

Abgeschrieben – Classé

Nationalrat
Conseil national

Differenzen
Divergences

Sitzung vom
Séance du 3./4.3.1987

Zweite Sitzung – Deuxième séance

Dienstag, 3. März 1987, Vormittag
Mardi 3 mars 1987, matin

8.00 h

Vorsitz – Présidence: M. Cevey

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision
Assurance-maladie. Révision partielle

Siehe Jahrgang 1984, Seite 1337 – Voir année 1984, page 1337
Beschluss des Ständerates vom 4. Dezember 1986
Décision du Conseil des Etats du 4 décembre 1986

Differenzen – Divergences

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Wie Ihnen bekannt ist, hat der Nationalrat in der Herbst- resp. Wintersession 1984 die Teilrevision des Kranken- und Mutterschaftsgesetzes resp. das sogenannte Sofortprogramm behandelt. Dabei beschloss der Nationalrat, das Gesetz in einen Beschluss A, nämlich das Krankenversicherungsgesetz, und in einen Beschluss B über die obligatorische Taggeldversicherung aufzuteilen.
Der Ständerat behandelte die Gesetzesvorlage in der Wintersession 1986. Dabei entstanden im Beschluss A verschiedene Differenzen. Ihre Kommission behandelte diese Differenzen in drei Sitzungen. Dabei ging sie vom Bestreben aus, ohne Not keine neuen Differenzen zum Ständerat zu schaffen, um wenn möglich noch diese Session die Beratungen zu Ende zu führen.
Trotzdem sind neue Differenzen festzustellen. Zum Teil sind es bessere Formulierungen, aber zum Teil sind es auch neue materielle Beschlüsse. Um Zeit zu sparen, werde ich erst in der Detailberatung auf die einzelnen Beschlüsse eintreten. Insgesamt waren 29 Differenzen zu behandeln. Bei 16 Differenzen hat Ihre Kommission zugestimmt, bei 2 Differenzen hat sie beschlossen, an den Beschlüssen des Nationalrates festzuhalten, und bei 11 Differenzen hat Ihre Kommission Aenderungen beschlossen, zum Teil lediglich andere Formulierungen.
Dazu kommen noch einzelne Minderheitsanträge.
Zum Teil B, also der obligatorischen Taggeldversicherung, hat der Ständerat Nichteintreten beschlossen. Bekanntlich beinhaltet dieser Teil B das Mutterschaftstaggeld. Dafür hat er im Teil A einen neuen Titel 3bis (Taggeld bei Mutterschaft) eingeführt. Dabei geht es um eine Lösung der Mutterschaftsversicherung über die Erwerbsersatzordnung. Da zu dieser Regelung keine Botschaft des Bundesrates vorliegt, werden wir, bevor wir auf die artikelweise Beratung eintreten, eine allgemeine Aussprache führen. Dies dürfte für uns, aber auch für die Gesetzesmaterialien wertvoll sein. Vor der Differenzenbereinigung bitte ich Sie, den Anträgen Ihrer Kommission zuzustimmen. Nur so können wir verhindern, dass aus dem sogenannten Sofortprogramm ein Langzeitprogramm wird.

M. **Dupont**, rapporteur: Les diverses séances consacrées au problème de la révision partielle de l'assurance-maladie ont démontré qu'il y a peu de divergences entre la commission du Conseil national et le Conseil des Etats. Je vais donc m'en tenir aux questions qui ont entraîné un débat important et aux innovations apportées par le Conseil des Etats ou par votre commission.
Tout d'abord, permettez-moi de vous rappeler brièvement les objectifs fondamentaux de la révision qui sont les suivants: lutter contre l'explosion des coûts de manière directe ou indirecte et aménager la participation aux frais des assurés, ce qui contribuera également à diminuer l'évolution des coûts, trouver une affectation plus appropriée des subventions des pouvoirs publics, introduire les quelques modifications urgentes dans le domaine des prestations de soins afin de soulager les assurés, et enfin améliorer les prestations de maternité comme promis par le Conseil fédéral et par le Parlement, ce qui aboutirait à un contre-projet matériel à l'initiative populaire pour une protection efficace de la maternité.
Votre commission, tout en travaillant de manière approfondie, a accéléré ses travaux pour que cette révision soit traitée le plus rapidement possible par notre Conseil et que les éventuelles divergences subsistant après ce débat puissent être encore et si possible traitées durant cette session par le Conseil des Etats. Il faut en effet rappeler que cette révision est à l'examen depuis 1982, que M. Cotti est le troisième conseiller fédéral à s'y atteler depuis cette date, mais surtout que la population suisse attend avec impatience qu'une première solution soit apportée à ce pilier important de notre sécurité sociale.
La commission reconnaît avec le Conseil des Etats qu'au risque de prolonger encore indéfiniment controverse et discussion il vaut mieux se contenter d'un projet réduit traitant des points prioritaires de la révision de l'assurance-maladie et de les mettre le plus rapidement possible en application. Le plus rapidement possible signifie en fait que cette révision, pour autant qu'elle soit acceptée durant cette session, n'entrera en vigueur qu'au 1er janvier 1989. La crédibilité du gouvernement et du Parlement est vraiment en jeu dans cette affaire.
Comme promis, je n'aborderai pas pour le moment des questions de détail pour me concentrer sur quatre points qui me semblent importants, soit la question du bonus-malus, l'assurance-maternité, la renonciation au projet B et les subsides.
La question du bonus-malus, qui a été discutée et rejetée au Conseil des Etats, a fait l'objet d'un large débat au sein de notre commission. La proposition consistait à modifier l'article 14bis, 3e alinéa, en autorisant des assurances avec cotisations réduites dans lesquelles l'assuré prend lui-même à sa charge les frais de traitement durant une certaine période. Bien qu'il s'agisse là d'un procédé susceptible d'être appliqué en matière d'assurance, son introduction dans une loi de solidarité comme l'assurance-maladie n'a pas résisté à l'examen de votre commission. On ne peut en effet comparer la maladie à un accident de voiture. Dans l'assurance responsabilité civile pour les automobiles, le conducteur peut influer très largement sur les accidents qu'il cause et il est donc normal que l'on crée un système de bonus-malus. En revanche, il n'est souvent pas possible à l'être humain d'influer sur son état de santé. Il n'est donc pas concevable de récompenser par une diminution des cotisations ceux qui ont la chance d'être en bonne santé et de faire payer des primes supplémentaires aux gens qui ont déjà le malheur d'être malades. De plus, ce système ne sera généralement accessible qu'aux personnes à revenus élevés. La commission, à une très large majorité – 17 contre 9 – a rejeté cette proposition qui faisait une entorse absolument inacceptable au principe de la solidarité.
En ce qui concerne l'innovation introduite par le Conseil des Etats dans le domaine de l'assurance-maternité, il a été proposé d'intégrer un système d'allocation en cas de maternité à la loi fédérale sur le régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes astreintes au service militaire ou à la protection civile. L'essentiel des propositions du Conseil des Etats, acceptées par le Conseil fédéral, consiste en un versement d'une allocation de ménage au sens de la LAPG durant le congé de maternité, indépendamment du

fait que la femme exerce ou non une activité lucrative, l'augmentation du congé de maternité à seize semaines, dont huit au moins après l'accouchement, le versement de l'allocation minimale de 35 francs par jour aux femmes sans activité lucrative. Pour avoir droit aux allocations de maternité lors de l'accouchement, il est nécessaire, d'une part, d'avoir domicile et résidence habituelle en Suisse depuis neuf mois au moins et, d'autre part, d'être assuré à l'AVS/AI. Le financement de ces allocations se fait au moyen d'un supplément à la cotisation AVS/AI par le truchement d'un fonds de compensation. Il s'agit là d'un système englobé avec les cotisations AVS/AI mais qui a une structure financière séparée. Le montant des cotisations s'élève à 0,4 pour cent au plus du dernier revenu lucratif. Pour les femmes sans activité lucrative, la cotisation est fixée en fonction de leur condition sociale.
Le projet de loi A, complété par l'allocation de maternité selon la LAPG, outre les nombreux avantages qu'il comporte, permettrait de renoncer au projet de loi B, un projet dont l'issue semblait d'ailleurs incertaine. Ce projet B contenait, je vous le rappelle, surtout l'obligation d'une assurance d'indemnité journalière pour tous les travailleurs occupés en Suisse. Son abandon peut apparaître comme regrettable pour les malades qui continuent à être défavorisés par rapport aux personnes victimes d'un accident. Toutefois, dans la situation actuelle, avec le nouveau projet proposé pour l'assurance-maternité, il serait dommage de perdre un temps considérable à éliminer cette divergence avec le Conseil des Etats. Le maintien de notre première décision retarderait considérablement cette révision et votre commission a estimé cet argument suffisamment fort pour renoncer pour le moment à l'introduction de cette assurance d'une indemnité journalière obligatoire.
Quant à l'article 38bis concernant les subsides, le Conseil national proposait de fixer tous les trois ans le montant global des subsides annuels aux caisses-maladie et d'en déduire le montant des subsides fixés directement d'après les dépenses, ainsi que le montant des subsides fixes. Le montant des subsides aurait été fixé à l'avance dans le cadre d'un crédit général, des subventions permettant de compenser les frais plus élevés occasionnés par les femmes et de ne point dépasser ce crédit. Or, le Conseil des Etats propose d'intégrer au compte d'Etat annuel les subsides qui sont fixés directement d'après les dépenses et de déterminer le montant des autres subsides par un arrêté fédéral simple, valable trois ans, en tenant compte de l'évolution des coûts dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, ainsi – c'est la version du Conseil des Etats – que de la situation financière de la Confédération.
Votre commission s'est ralliée à cette version du Conseil des Etats en supprimant toutefois, et cela est très important, la fin de l'alinéa qui demande de tenir compte de la situation financière de la Confédération. Les autres points de détail seront traités au fur et à mesure des débats. Je vous invite dès lors à suivre les propositions formulées par la majorité de votre commission.

A. Bundesgesetz über die Krankenpflegeversicherung und die Leistungen bei Mutterschaft
Loi fédérale sur l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et des prestations en cas de maternité

Titel – Titre
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 1 Abs. 4 und 4bis
Antrag der Kommission
Abs. 4
Mehrheit
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
Minderheit
(Günter)
Die Krankenpflegeversicherung ist obligatorisch.
Abs. 4bis
Mehrheit
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
Minderheit
(Günter)
Der Bund fördert im besonderen Versuche mit neuen Versicherungsmodellen, welche eine Dämpfung der Krankheitskosten auf einer sozialen Basis erwarten lassen.

Art. 1 al. 4 et 4bis
Proposition de la commission
Al. 4
Majorité
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
Minorité
(Günter)
L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques est obligatoire.
Al. 4bis
Majorité
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
Minorité
La Confédération encourage en particulier des expériences avec de nouveaux modèles d'assurance, qui peuvent permettre de réduire les coûts de maladie sur une base sociale.

Le président: J'ai le plaisir de saluer pour la première fois au banc du Conseil fédéral, M. le conseiller fédéral Cotti.

Abs. 4 – Al. 4

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Wir behandeln die erste Differenz. Im Artikel 1 Absatz 4, auf Seite 2 der Fahne, hat der Ständerat den Satz gestrichen: «Die Krankengeldversicherung ist für den in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmer obligatorisch.»
Die Mehrheit der Kommission schlägt Ihnen im Sinne des Ständerates vor, die Vorlage B abzulehnen. Somit ist hier in Absatz 4 der letzte Satz zu streichen. Wir werden allerdings später aufgrund eines Minderheitsantrags grundsätzlich über das Schicksal von Teil B verhandeln müssen. Nötigenfalls würden wir auf diesen Artikel zurückkommen.
Unter diesem Vorbehalt beantragt Ihnen die Kommission Zustimmung zum Ständerat.
Zum Minderheitsantrag Günter spreche ich nachher.

Angenommen – Adopté

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Zum Minderheitsantrag Günter: zuerst zur Geschäftsordnung. Einige Kommissions- und Ratsmitglieder haben mir mitgeteilt, dass der Minderheitsantrag Günter zu Unrecht auf der Fahne sei. Artikel 16 Absatz 2 des Geschäftsverkehrsgesetzes sieht vor, dass die weitere Beratung sich ausschliesslich auf Fragen zu beschränken hat, über welche eine Einigung nicht zustande gekommen ist. In der Praxis wurde diese Bestimmung bisher ziemlich weit ausgelegt.
In der Kommission wurden indessen verschiedene Minderheitsanträge, gestützt auf Artikel 16, nicht zugelassen. Aus diesem Grund beantrage ich Ihnen im Einverständnis mit dem Präsidenten, diesen Minderheitsantrag Günter nicht zu behandeln. In der Kommission wurde er behandelt, das heisst, es wurde der Antrag gestellt, nicht darauf einzutreten. Die Kommission hat aufgrund des Geschäftsverkehrsgesetzes mit 15 zu 3 Stimmen beschlossen, auf diesen Antrag nicht einzutreten, dies auch mit der Begründung, dass der Ständerat wie auch unser Rat in der ersten Lesung einen entsprechenden Antrag auf Obligatorischerklärung der Krankenversicherung behandelt und abgelehnt hat.

M. **Dupont**, rapporteur: Quelques députés prétendent que l'on a fait figurer par erreur la proposition de minorité de

M. Günter car selon l'article 16 de la loi sur les rapports entre les conseils, la nouvelle délibération est circonscrite aux questions sur lesquelles l'accord n'a pu s'établir.
La pratique en fait admet une interprétation assez souple de cette disposition. Or, dans les travaux en séance de commission, plusieurs propositions de minorité ont été écartées en application de cet article 16. Il serait donc injuste et difficilement admissible que d'autres propositions soient faites et traitées après coup au plénum si ce n'est d'entraîner ou d'autoriser les membres de la commission qui ont dû retirer les propositions, en vertu précisément de l'application de cet article 16. Je vous invite à accepter cette proposition faite par le président, le secrétaire et les rapporteurs de votre commission.

Günter, Sprecher der Minderheit: Es ist etwas merkwürdig, was hier getan wird. Wir haben einen Absatz 4 des Artikels 1, der nicht bereinigt ist. Nach einer ständigen Praxis des Parlamentes kann man folgedessen zu diesem Absatz Anträge stellen. Grundsätzlich müsste man sich ja die Frage stellen, ob ein Artikel, der nicht bereinigt ist, insgesamt zur Diskussion stehen sollte. Wenn im Geschäftsreglement von «Fragen» die Rede ist, bezieht sich das offenbar auf die Marginalien, hier «Zweck und Gegenstand». Dieser Artikel ist in einer ganz zentralen Frage nicht bereinigt, was nämlich durch dieses Gesetz obligatorisch werden soll: die Krankenpflegeversicherung und/oder die Krankengeldversicherung. Das Parlament hat, um sich die Arbeit zu vereinfachen, die Praxis angenommen, dass, wenn ein Absatz bereinigt ist, in der Differenzbereinigung nicht mehr darauf eingetreten werden soll. Was aber hier vom Kommissionspräsidenten versucht wird, geht noch viel weiter: er möchte sogar die Absätze abschnittweise beraten. Als Nächstes würden wir dann wohl einzelne Wörter aus Sätzen als nicht mehr in der Differenz befindlich erklären! Es ist doch absolut unkonform, wenn der Präsident einen Antragsteller nicht zu Wort kommen lässt, und dann zwischenhinein einen Teil des Absatzes als bereinigt erklärt, wie das der Kommissionspräsident eben zu tun versuchte. Hier wird versucht, den Handlungsspielraum des Parlamentes einzuschränken.
Ich bin zwar auch der Meinung, dass das Differenzverfahren nicht über die Massen strapaziert werden soll; aber im Bereich der Krankenversicherung, den Artikel 1 abdeckt, ändert sich im Moment das Umfeld, und wir müssen die Möglichkeit haben, uns diesem anzupassen. Sonst können wir das Gesetz beerdigen, bevor es in Kraft tritt. Wenn ich zum Beispiel etwas über neue Versicherungmodelle in den Antrag hineingenommen habe, so hängt das eben mit dem Obligatorium zusammen. Dass der Bund diese Versicherungsmodelle sollte testen können, hängt andererseits damit zusammen, dass die Situation im Gesundheitswesen sich ständig verschlechtert, und zwar rabiat und mehr als man vorhersehen konnte, als wir vor vielen Jahren in der Kommission den Artikel 1 beraten haben.
Ich habe mir aufgeschrieben, was ich Ihnen sagen wollte; es hätte zwei Minuten gedauert. Das formaljuristische Theater aber, das wir jetzt vollführen, dauert mit Sicherheit länger. Ich frage mich, was sein Zweck sein soll. Warum soll ich hier nicht sagen dürfen, dass ich das Obligatorium bei der Krankenpflegeversicherung für richtig halte, da man heute neue Krankheiten kommen sieht? Warum soll ich nicht sagen dürfen, dass neue Versicherungsmodelle im Gebrauch getestet werden müssen und dass der Bund sich beteiligen sollte, damit diejenigen, die dabei mitmachen, dann auch wieder umsteigen können, wenn diese Modelle die Kosten nicht dämpfen und nicht sozial sein sollten? Sie sollten auch aufgegeben werden können, wenn sie die Solidarität entmischen, wenn die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden, Jungen und Alten, Reichen und Armen durch diese Modelle aufgebrochen wird. Das muss man hier sagen dürfen, wo es um das Obligatorium geht. Ich möchte Sie ersuchen, dass ich meinen Antrag wenigstens richtig begründen darf, und ich protestiere gegen diese Formalismen, mit denen man versucht, wichtige Fragen von der Diskussion auszuschliessen. Wir werden sonst dieses mangelhafte Eingehen auf drängende Fragen später einmal bereuen.

M. Gautier: Je suis d'accord avec M. Günter sur un point, c'est qu'il ne faut pas que le débat sur cette question de procédure soit plus long que le débat sur le fond. Je crois cependant qu'il s'agit-là d'un problème relativement important parce qu'il est question de savoir si nous respectons les lois auxquelles le Parlement est soumis ou non, en l'espèce la loi sur les rapports entre les conseils. L'article 16, alinéa 2, est parfaitement clair, ce qui n'est pas toujours le cas pour certaines dispositions. «La nouvelle délibération est circonscrite aux questions sur lesquelles l'accord n'a pu s'établir». Or, sur la question de l'obligation d'assurance en matière de soins médico-pharmaceutiques, il n'y a aucune divergence entre les deux conseils.
Si nous cédons ici à la demande de M. Günter, nous ouvrons la porte toute grande à la possibilité de revenir sur tous les articles de cette loi, sur toutes les questions qui sont posées et que nous avons traitées pendant deux sessions en 1984, si je m'en souviens bien. Je crois qu'il est important d'y mettre un frein. La loi sur les rapports entre les conseils et son article 16 a une raison d'être. C'est d'éviter que la discussion ne dure éternellement entre le Conseil national et le Conseil des Etats. Si l'on peut, à chaque discussion des divergences, revenir sur des sujets qui ne posent pas de problème, il n'y a pas de raison que la discussion s'arrête un jour ou l'autre. Je vous propose donc de donner suite à la proposition du président de la commission et du président du Conseil et de ne pas accepter d'entrer en matière sur celle de M. Günter.

Le président: Sur ce point de procédure la parole n'étant pas demandée, je vous rappelle pour que tout soit clair que les motions d'ordre et les déclarations personnelles sont liquidées sur le champ. La discussion sur l'affaire traitée est suspendue jusqu'à ce qu'une décision soit prise en l'occurrence. Je vous rappelle la teneur de l'article 16, alinéa 2, qui fait l'objet de notre controverse: «La nouvelle délibération est circonscrite aux questions sur lesquelles l'accord n'a pu s'établir». Alinéa 3: «Une délibération ne peut avoir lieu sur d'autres questions que si elle est rendue nécessaire par les nouvelles décisions ou si les commissions des deux conseils en font la proposition d'un commun accord». Je vous propose donc maintenant de voter si la parole n'est plus demandée.

Allenspach: Wenn wir den Antrag von Herrn Günter annehmen, müssten wir das ganze Gesetz zur Neuberatung an die Kommission zurückweisen, weil wir allen Artikeln in diesem Gesetz unter dem Vorbehalt zugestimmt haben, dass die Krankenpflegeversicherung freiwillig sei. Es ist keineswegs so, dass alles, was wir schon beschlossen haben, dem Willen des Rates beim Obligatorium entsprechen würde. Wir müssten also das ganze Gesetz in der Kommission unter dem Titel «Obligatorium» neu behandeln. Ich bin davon überzeugt, dass wir dann viele Artikel aus diesem Gesetz herausstreichen würden.
Aus diesem Grunde teile ich die Auffassung, dass wir über den Antrag von Herrn Günter nicht mehr abstimmen können.

Abstimmung – Vote

Für den Ordnungsantrag Günter	17 Stimmen
Dagegen	79 Stimmen

Art. 3 Abs. 4bis
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 3 al. 4bis
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Der Ständerat schlägt hier im Gegensatz zu unseren Beschlüssen vor, den Text des Bundesrates zu übernehmen und denselben noch etwas zu verdeutlichen. Der Ständerat erwähnt hier ausdrücklich die Grundversicherung. Er versteht darunter diejenigen Pflichtleistungen der Kassen, auf welche sich dieses Gesetz bezieht, für die der Bund Vorschriften aufstellt und die öffentliche Hand Beiträge leistet. Bei den Zusatzversicherungen hingegen können die Kassen Aufnahmen, Leistungen, Prämien usw. frei regeln. Das KMVG bezieht sich nur ausnahmsweise, wenn dies im Gesetz ausdrücklich erwähnt ist, auf diese Zusatzversicherungen, die grundsätzlich der freien Konkurrenz überlassen sind und deren Finanzierung unabhängig von der Grundversicherung zu erfolgen hat.
Dem Antrag des Ständerates liegt die Idee zugrunde, die Leistungen der Grundversicherungen seien zu standardisieren, um damit den Versicherten einen sauberen Vergleich der Prämien zwischen den konkurrenzierenden Kassen zu ermöglichen.
Die Kommission beantragt Ihnen Zustimmung zu diesem Antrag des Ständerates.

M. **Dupont**, rapporteur: La commission vous propose d'adopter la version du Conseil des Etats, selon laquelle la première phrase se terminerait ainsi: «qui doivent être financées indépendamment de l'assurance de base». En effet, on admet que cette assurance devrait en principe être harmonisée pour l'ensemble des caisses ayant des assurés en Suisse. Par contre, les assurances complémentaires devraient faire l'objet d'un financement complémentaire qui pourrait comporter des différences entre les caisses selon la concurrence qui existe sur le marché suisse – si on peut appeler cela un marché.

Angenommen – Adopté

Art. 5 Abs. 1
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 5 al. 1
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Bei Artikel 5 Absatz 1 hat der Nationalrat beschlossen, den ganzen Artikel nicht ins Sofortprogramm aufzunehmen. Der Ständerat dagegen hat den Absatz 1 aufgenommen und neu gefasst. Es wird damit bestimmt, dass in allen Kassen eine Aufnahmepflicht bis zum Erreichen des Rentenalters besteht. Es geht nicht allein darum, Leuten, die einen Beitritt versäumt haben, noch eine Versicherung zu bieten, also um eine Solidarität mit dem Alter, sondern es geht auch darum, dass von den Kassen nicht spezielle Jugendversicherungen, z. B. mit einem Höchsteintrittsalter von 45 oder 50 Jahren, errichtet werden. Selbstverständlich erfolgt die Aufnahme im Alter (bei den Frauen bis 62 und bei den Männern bis 65 Jahre) nicht zu den gleichen Prämien wie für das junge Mitglied, das ein Leben lang Solidarität geübt hat. Die Prämien, die zu bezahlen sind, wenn man erst im Alter in eine Kasse eintritt, tragen der grösseren Krankheitshäufigkeit des älteren Menschen und dem Umstand Rechnung, dass er sich jahrelang um die Solidarität gedrückt hat.
Die Absätze 2 bis 4 können auch nach Meinung des Ständerats in der vorliegenden Fassung stehenbleiben, da sie das Wesentliche enthalten.
Ich bitte Sie, auch hier dem Ständerat zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

Art. 6bis Abs. 1
Antrag der Kommission
Festhalten

Art. 6bis al. 1
Proposition de la commission
Maintenir

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Diese Frage ist bereits in Artikel 3 Absatz 4 aufgenommen worden. Wir haben dort in Uebereinstimmung mit dem Ständerat beschlossen, dass die Zusatzversicherungen unabhängig von der Grundversicherung zu finanzieren sind. Dazu gehört selbstverständlich auch die notwendige Reservebildung der Zusatzversicherung, so dass hier lediglich eine Wiederholung erfolgt. Da diese überflüssig ist, beantragt Ihnen die Kommission Festhalten am Beschluss des Nationalrates.

Angenommen – Adopté

Art. 11a
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Mit Artikel 11a hat der Ständerat einen neuen Artikel eingefügt. Er bezweckt eine grössere Transparenz in der Krankenversicherung. Er will, dass der Versicherte weiss, was in seiner Prämie an gesetzlichen und freiwilligen Leistungen der Krankenkasse enthalten ist, welche Möglichkeiten bestehen und zu welchen Kosten Zusatzversicherungen abgeschlossen werden können. Dieser Artikel führt dazu, dass jedes Mitglied einer Krankenkasse sich alljährlich überlegen kann, ob es für seine Bedürfnisse zweckmässig versichert ist. Allzu grosse administrative Umtriebe für die Kassen sind nicht zu erwarten, da die Mitteilung an die Kassenmitglieder im Zusammenhang mit der Prämienrechnung erfolgen kann.
Ihre Kommission beantragt Zustimmung zum Ständerat.

Angenommen – Adopté

Art. 12 Randtitel, Abs. 1 Ziff. 2 und Abs. 5
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 12 Titre marginal, al. 1 ch. 2 et al. 5
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Randtitel – Titre marginal
Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Bei Artikel 12 ist zuerst die Marginalie zu behandeln. Es heisst einfach «D. Versicherungsleistungen. 1. Krankenpflege, Grundversicherung». Hier geht es um die Krankenpflegeversicherung. Ich möchte allerdings darauf hinweisen, dass es sich um Minimalleistungen handelt und die Krankenkassen gewisse Zusatzleistungen, wie Brillen und die subsidiäre Unfallversicherung, einschliessen können.

Angenommen – Adopté

Abs. 1 Ziff. 2 – Al. 1 ch. 2
Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Hier hat der Nationalrat eine Teilpauschale im Spital neu geschaffen. Gemeint ist damit eine teilstationäre Behandlung oder, um Beispiele zu erwähnen, eine ambulante Operation im Spital, bei der der Patient am gleichen Tag wieder nach Hause entlassen werden kann, wie Mandeloperationen oder andere kleinere Eingriffe.
Der Ständerat hat den Ausdruck «Teilzeitpauschalen» in allen Artikeln des Gesetzes gestrichen. Der Ständerat will es beim Antrag des Bundesrats belassen, wie es unser Rat in Absatz 7 des Artikels 19 formuliert hat.
Der Bundesrat hat nach Anhören der Beteiligten über Art und Höhe der Kassenleistungen zu bestimmen, die bei einem teilzeitlichen Aufenthalt in einer Heilanstalt zu erbringen sind. Dies bedeutet, dass trotz der erwähnten Streichun-

gen diese Leistungen in die Verhandlungen zwischen den Kassen und den Spitälern einbezogen werden, denn auch die ambulanten Behandlungen in den Spitälern werden vertraglich geregelt. Die Streichung des Ausdruckes «Teilzeitpauschale» bedeutet auch nicht, dass diese kostengünstige Behandlung nicht gefördert werden soll. Das Gegenteil dürfte der Fall sein. Darum auch der Verweis auf Artikel 22quinquies.
Die Kommission beantragt Ihnen auch hier Zustimmung zum Ständerat.

Angenommen – Adopté

Abs. 5 – Al. 5
Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Bei Artikel 12 Absatz 5 geht es lediglich um eine stärkere Formulierung. In der von unserem Rat genehmigten Fassung heisst es: «Der Bundesrat kann nach Anhören der von ihm bezeichneten Fachkommission die Leistungen der Krankenversicherung näher bezeichnen. Er kann neue oder bereits angewandte Untersuchungen oder Behandlungen nach Methoden, die nicht wissenschaftlich anerkannt oder unzweckmässig oder unwirtschaftlich sind, von den Leistungen ausschliessen.» Der Ständerat hat hier anstelle der Kann-Vorschrift die Muss-Vorschrift gewählt. Im Namen einer Kommissionsmehrheit beantrage ich Ihnen Zustimmung zum Beschluss des Ständerates.

Angenommen – Adopté

Art. 12bis Abs. 1
Antrag der Kommission
.... zu gewähren. Wird für den Anspruch auf Krankengeld eine Wartefrist vereinbart, während welcher der Arbeitgeber zur Lohnfortzahlung verpflichtet ist, so kann diese Frist auf die Mindestbezugsdauer des Krankengeldes angerechnet werden. Für die Mutterschaft ....

Art. 12bis al. 1
Proposition de la commission
.... de 900 jours consécutifs. Lorsque, pour la naissance du droit à l'indemnité journalière, les parties conviennent d'un délai d'attente, durant lequel l'employeur est tenu de verser le salaire, ce délai peut être imputé sur la durée minimale du versement de l'indemnité journalière. En cas de maternité ....

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Entgegen der Fassung des Nationalrates und des Bundesrates wurde vom Ständerat die heute gültige Regelung für die freiwillige Krankentaggeldversicherung übernommen, namentlich eine Leistung von 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen, dies weil auf die Vorlage B nicht eingetreten wurde. Auch hier beantrage ich Ihnen im Auftrag der Kommission Zustimmung.

Angenommen – Adopté

Art. 12ter
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 12quater Abs. 3
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 12quater al. 3
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Bei Artikel 12quater Absatz 3 kann ich Ihnen ebenfalls Zustimmung zum Ständerat beantragen. Wie Sie wissen, hatte der Bundesrat vorgeschlagen, dass die Krankenkassen obligatorisch einen Unfallzusatz in die Krankenpflege aufnehmen. Diese Zusatzversicherung wäre nur subsidiär zur Zahlung verpflichtet gewesen, wenn keine andere Versicherung bezahlt. Diese Bestimmung wurde nicht ins Sofortprogramm aufgenommen. Daher bleibt es bei der alten Regelung, das heisst, dass diejenigen Kassen, bei denen die subsidiäre Unfallversicherung in der Krankenpflegeversicherung eingeschlossen ist, diese Aufenthaltspauschale ebenfalls bezahlen, sofern keine andere Versicherung bezahlt.

Angenommen – Adopté

Art. 14bis Abs. 3
Antrag der Kommission
Mehrheit
.... Er kann Kassen für Versicherungsmodelle, bei welchen sich die Erhebung von Franchise und Selbstbehalt als nicht anwendbar erweist, ganz oder teilweise davon befreien.
Minderheit
(Allenspach, Ammann-Bern, Basler, Bonny, Früh, Pfund, Schüle, Spälti)
.... Er kann Kassen bei denen sich .... davon befreien; er kann ferner Versicherungen mit reduzierten Beiträgen zulassen, bei denen der Versicherte die Behandlungskosten während einer bestimmten Dauer ganz oder teilweise selber trägt.

Art. 14bis al. 3
Proposition de la commission
Majorité
.... les caisses, s'agissant de modèles d'assurance dans lesquels ces mesures ne se révèlent pas applicables.
Minorité
(Allenspach, Ammann-Berne, Basler, Bonny, Früh, Pfund, Schüle, Spälti)
.... trop rigoureuses. Il peut en outre autoriser des assurances avec cotisatiion réduite, dans lesquelles l'assuré prend lui-même à sa charge les frais de traitement durant une certaine période.

M. **Dupont**, rapporteur: Comme je l'ai dit dans le débat d'entrée en matière, la proposition de minorité Allenspach à l'article 14bis touche surtout une forme de bonus-malus. Elle a été rejetée par la commission car il s'agit là d'un procédé qui, sur le fond, peut parfaitement être examiné en matière d'assurance. En revanche, on ne peut comparer une assurance RC automobiles à une assurance bonus-malus dans le domaine social, comme c'est le cas pour l'assurance-maladie. On ne peut en effet pas comparer la maladie à un accident de voiture. Dans l'assurance RC, le conducteur peut, par sa manière de conduire, diminuer le nombre des accidents. Cela n'est pas toujours faisable en cas de maladie; il n'est donc pas normal de créer une telle possibilité dans le cadre de l'assurance-maladie, et il n'est pas concevable de récompenser – car il s'agirait de cela – par le biais de la diminution des cotisations, ceux qui ont la chance d'être en bonne santé.
Les intervenants affirmeront que tel n'est pas le cas. Et pourtant, ce sont finalement les assurés qui paient les cotisations normalement, ceux qui ne sont pas bien lotis sur le plan financier pour pouvoir bénéficier de la proposition Allenspach qui paieront la réintégration de ceux qui, ne pouvant plus bénéficier du bonus, entreront à nouveau dans l'assurance de base.
La commission, par 17 voix contre 9, vous invite à rejeter la proposition de minorité Allenspach.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Im Drange der Geschäfte habe ich die Notizen zu Artikel 14 übersehen. Ich möchte Sie bitten, das zu entschuldigen. Aber ich möchte jetzt nicht wiederholen, was Herr Dupont gesagt hat.

Allenspach, Sprecher der Minderheit: Mein Antrag ist nicht ein Minderheitsantrag, der dem Mehrheitsantrag gegen-

übersteht. Ich stimme der Mehrheit, d. h. der Auffassung des Ständerates und der Kommission zu. Mein «Minderheitsantrag» ist ein Zusatzantrag zum Mehrheitsantrag; das ist für die Abstimmung von Bedeutung.
Zu meinem Antrag: Oeffentlichkeit und Krankenkassen beklagen die überdimensionale Zunahme der Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens. Diese Kosten können nur dann abgebremst werden, wenn die Selbstverantwortung der Versicherten gestärkt wird, wenn der Versicherte veranlasst werden kann, sich kostenbewusster zu verhalten. Heute gibt es viele, die das Krankheitsrisiko durch vernünftiges Verhalten vermindern. Sie pflegen ihre Gesundheit bewusst und vorbeugend und ersparen damit der Krankenversicherung Millionen. Es gibt viele, die nicht wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt gehen und die Krankenversicherung beanspruchen, sondern die altbewährten Hausmittel anwenden. Sie ersparen der Krankenversicherung Tausende von Bagatellfällen, Millionen von Franken an Behandlungskosten und weitere Millionen an Verwaltungsaufwendungen. Ich bin überzeugt davon, dass weitere Bevölkerungskreise veranlasst werden könnten, sich gleich kostenbewusst zu verhalten und damit der Krankenversicherung zusätzliche Millionen an Ausgaben und Verwaltungskosten einzusparen, wenn sie dafür eine gewisse Anerkennung erhielten. Als Dank für eine jahrelange Nichtbeanspruchung der Kassen sollten ihnen gemäss meinem Antrag Rabatte auf den Krankenversicherungsprämien eingeräumt werden. Im Gegensatz zur Auffassung der Kommissionssprecher bin ich der Meinung, dass man etwas für die Gesundheit tun kann und dass dieses für die Gesundheit «etwas tun» auch entsprechend belohnt werden sollte.
Die nationale Sparkonferenz ist von solchen Ueberlegungen ausgegangen. Die nationale Sparkonferenz hat die Einführung eines Bonus- oder Prämienrabattsystems befürwortet. Sie verspricht sich davon Kosteneinsparungen, und zwar echte Einsparungen und nicht eine Belastungsumlagerung von den Gesunden zu den Kranken. Ein Bonus- oder Rabattprämiensystem soll Anreize geben, gesund zu leben und die Krankenversicherung nicht wegen jeder Bagatelle zu beanspruchen. Es vermindert die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken nicht. Direktor Brühlhart, Leiter einer der grössten schweizerischen Krankenkassen, kam in einem Zeitungsartikel kürzlich sogar zum Schluss, dass auch «die kranken Versicherten von einem solchen System direkt profitieren könnten». Jedenfalls sind Bonus- oder Prämienrabattsysteme möglich, welche die Solidaritätskomponente zwischen Gesunden und Kranken durchaus erhalten. Sie sind von den Fachleuten der Krankenversicherung durchdacht und durchgerechnet worden. Niemand kann ernsthaft behaupten, solche Systeme seien unmöglich, sie seien utopisch oder sie seien unsozial. Der Vergleich mit der Autohaftpflichtversicherung ist unstatthaft, und es ist auch unstatthaft, dass man, wie der Referent, von einem Bonus-Malus-System spricht. Beim Prämienrabattsystem wird keineswegs, wie bei der Autohaftpflichtversicherung, ein Malus eingeführt.
Die Revision des Krankenversicherungsgesetzes – ich möchte Sie an diesen Grundsatz erinnern – will Kosteneinsparungen ermöglichen. Deshalb werden wir ja auch frei wählbare Jahresfranchisen, ja sogar HMO-Kassen zulassen. Ich unterstütze alle diese Möglichkeiten. Es ist aber nicht einzusehen, weshalb andere, weit zweckmässigere Modelle, eben das Bonus- oder Prämienrabattsystem, dann verboten sein sollen, obwohl die Experten von diesen Systemen weit eher kostendämpfende Wirkungen erwarten. Oder sollen diese Bonussysteme sogar deswegen untersagt werden, weil sie der Kostenexplosion wirksamer begegnen? Ich möchte diesen Gedanken niemandem unterschieben, aber wenn ich die Hartnäckigkeit sehe, mit der gewisse Kreise gegen ein Bonussystem Sturm laufen, dann stellt sich bei mir ein solches Unbehagen ein.
Der Ständerat und die nationalrätliche Kommission haben dieses Bonussystem abgelehnt. Diesen Meinungen stelle ich die Meinung zweier anerkannter Fachleute auf dem Gebiete der sozialen Krankenversicherung gegenüber: Direktor Brühlhart von der Grütli Krankenkasse Schweiz schreibt: «Das Bonussystem hat den wesentlichen Vorteil, dass es umfassend funktioniert und nicht nur Randelemente berücksichtigt, die Einführungszeit relativ gering ist und keiner staatlichen und verwaltungstechnischen Eingriffe bedarf, die die Einsparungen bzw. die positiven Elemente gleich wieder in Frage stellen. Wenn das Parlament» – so schreibt Direktor Brühlhart weiter – «und die zuständigen Behörden tatsächlich neue Wege im Gesundheitswesen einleiten wollen, so dürfen sie einem solchen einfachen und überblickbaren Modell kaum negativ gegenüberstehen.» Das ist die Meinung eines anerkannten Fachmannes auf dem Gebiete der sozialen Krankenversicherung. Professor Peter Zweifel von der Universität Zürich hält ergänzend in einem Memorandum zu diesem Modell fest, dass die Bonusoption in der sozialen Krankenversicherung eine wünschenswerte Bereicherung des Versicherungsangebotes sei.
Ich fasse zusammen: Wir streben eine Eindämmung der Kostenexplosion an. Die nationale Sparkonferenz ist der Auffassung, das Bonussystem könnte dazu einen wesentlichen Beitrag leisten. Wir wollen Einsicht und gesundheitsbewusstes Verhalten anerkennen und ermuntern. Nach Meinung anerkannter Fachleute hat dieses Bonussystem keine Entsolidarisierung zur Folge. Es kann unter Umständen sogar sozialer sein als das System der frei wählbaren Jahresfranchise. Es ist transparent, leicht verständlich und unkompliziert.
Aus diesen Gründen befürworte ich die Einführung von Bonus- oder Prämienrabattsystemen. Weil ich aber die Skepsis vieler Ratsmitglieder gegenüber Neuerungen kenne, geht mein Antrag nicht soweit, ein solches System für die Kassen verbindlich vorzuschreiben. Ich möchte lediglich die Kompetenz des Bundesrates im Gesetze verankern, solche Systeme auf Gesuch hin und unter den vom Bundesrat umschriebenen Bedingungen zuzulassen. Der Bundesrat soll dabei die unerlässliche Solidaritätskomponente festlegen können, er soll die Rabattstufen regeln, er soll die Bedingungen über die Aufhebung des Bonusses umschreiben können usw. Er soll sogar die Möglichkeit haben, eingeführte Bonussysteme widerrufen zu können, wenn sie sich – was ich nicht annehme – nicht bewähren würden oder unsoziale Auswirkungen haben sollten.
Alle diese Kompetenzen möchte ich dem Bundesrat geben. Dem Bundesrat soll es aber nicht von Gesetzes wegen verboten sein, etwas Vernünftiges, etwas Soziales zuzulassen. Geben wir dem Bundesrat diese Bewegungsfreiheit. Er wird sie sicher nicht missbrauchen.
Aus diesen Erwägungen bitte ich Sie, meinem Zusatzantrag zuzustimmen.

Basler: Wirklich, warum soll eigentlich bei der Krankenversicherung nicht auch ein Anreiz dafür geschaffen werden, kleinere Rechnungen für Arzt und Arznei selber zu tragen und leistungsfreie Jahre durch einen Prämienbonus zu honorieren? Wer sich hierbei bis zum Maximalbonus durchgearbeitet hat, wird sogar eine grössere Rechnung auf sich nehmen, um in der Bonusstufe nicht zurückversetzt zu werden, und für den Notfall, der seine wirtschaftliche Tragkraft übersteigt, ist er ja stets voll versichert. Denn es gibt bei diesem System keinen sogenannten Malus, also keinen Zuschlag über die Grundstufe hinaus, die jene bezahlen, welche das Bonussystem nicht beanspruchen. Die Bonusversicherten müssen – das ist wesentlich, das sind nämlich die Argumente, die jetzt dann eingebracht werden – andererseits einen Restrisikobeitrag mit entrichten, damit die kranken Versicherten auch vom System profitieren, so dass, versicherungsmathematisch gesprochen, keine Entsolidarisierung entsteht.
Wir sollten unbedingt die Möglichkeit im Gesetz öffnen, dass Krankenkassen mit solchen Systemen Versuche durchführen können. Wir haben gehört, dass das natürlich zur Kostendämpfung beiträgt. Wir sollten vor allem jene anspornen, die vorbeugend etwas für ihre Gesundheit tun. Es geht z. B. um eine Aenderung von Gewohnheiten, die ungesund

sind, die häufig zu Altersgebrechen führen und dann kostspielige Therapien verursachen. Wir wollen doch kein Präventionsgesetz, das wieder mit Bundesmitteln vorbeugend die Gesundheit fördert, auch wenn es hier in diesem Saal immer wieder verlangt wird, denn vorbeugendes Verhalten kann nicht gesetzlich erzwungen, höchstens honoriert werden. Ein Bonussystem würde das eben erbringen, indem es den erzielten Erfolg belohnt.
Ein Bonussystem – wir haben es gehört – wäre eines der wenigen, wenn auch bescheidenen Marktelemente, die sich in diese Sozialversicherung einbauen liessen, denn wir befürworten mehr Eigenverantwortung, wenigstens dort, wo jemand sie zu übernehmen bereit ist. Kostenbewusstes Verhalten sollte auch wegen der Missbrauchsgefahr gefördert werden. Versicherungssysteme sollten eben nicht unnötig zum Zwang führen, weil sie dann eben auch zum Konsumieren von Forderungen einladen, welche die andern – ein anonymes Kollektiv – tragen müssen.
Anreize zu gesundheitsbewusstem Handeln entsprechen den Marktsignalen zu umweltbewusstem Verhalten. Ich ersuche Sie daher, der Minderheit zuzustimmen. Das kann zu mehr Eigenverantwortung beitragen.

Spälti: Mit den neuen Bestimmungen zur Kostenbeteiligung haben die Krankenkassen, vor allem aber auch die Versicherten, ein Stück Freiraum zurückgewonnen. Die Krankenkassen können nämlich ihr Versicherungsangebot jetzt vielfältiger und attraktiver gestalten, indem sie ihren Versicherten die Wahlmöglichkeit anbieten können, gegen eine entsprechende Prämienreduktion die Kostenverantwortung im Krankheitsfall bis zu einem bestimmten Betrag selber zu übernehmen. Diese Förderung der Selbstverantwortung des einzelnen, gepaart mit der neuen Vorschrift, dass der Arzt dem Patienten eine transparente Rechnung zu stellen hat, stellt einen Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen dar.
Wenn nun schon die Möglichkeit geschaffen wurde, die Kostenverantwortung bis zu einem bestimmten Betrag pro Kalenderjahr zu übernehmen, ist im Grunde genommen nicht einzusehen, warum anstelle desselben oder allenfalls zusätzlich dazu nicht auch die Uebernahme der Kostenverantwortung während einer frei zu wählenden Dauer ermöglicht werden soll. Mit andern Worten heisst das, dass konsequenterweise auch dann Prämienreduktionen erlaubt sein sollten, wenn der Versicherte während einer bestimmten Zeit die Leistungen seiner Krankenkasse bewusst nicht in Anspruch genommen hat. Dazu ist zunächst einmal festzuhalten, dass diese Idee mit dem allseits bekannten System des Bonus/Malus in der Autohaftpflichtversicherung nichts zu tun hat. Dort gibt es objektive Kriterien, nach welchen jemand einer Bonus- oder Malusstufe zugeteilt wird. Auf dem Gebiete der Krankenversicherung wäre die Verschuldensfrage sicher kein taugliches Kriterium für den Bonus. Das einzige, auf das man zuverlässig abstellen kann, ist der Wille des Versicherten, die Kosten eines bestimmten Krankheitsfalles selber zu tragen. Wenn er aber während einer bestimmten Dauer die Kosten ganz oder teilweise selber trägt bzw. getragen hat und damit die Krankenkasse von ihrer Leistungspflicht entsprechend entlastet wurde, soll er auch Anrecht auf einen entsprechenden Prämienrabatt oder Bonus – wenn Sie wollen – erhalten. Wer ja sagt zu höheren wählbaren Jahresfranchisen, die eigentlich nicht mehr umstritten sind, müsste konsequenterweise auch ja sagen zur eben skizzierten Möglichkeit, Versicherungen mit reduzierten Beiträgen, d. h. Bonussysteme zuzulassen.
Mit der Lösung, wie sie in Artikel 14bis Absatz 3 vorgeschlagen wird, sind verschiedene Ausgestaltungsformen denkbar. Wir schaffen den Kassen die Möglichkeit, innovativ wirken zu können. Wir billigen den einzelnen Kassen auch ein Mass an Selbstverantwortung zu. Dass die Innovationsfreude nicht überbordet und dass mögliche Ausgestaltungsformen allenfalls – und das ist sehr wichtig – nicht asozial werden und damit auch der Idee der sozialen Krankenpflegegrundversicherung entgegenlaufen, dafür ist doppelt gesorgt: Zum einen ist es die Pflicht der Aufsichtsbehörde, des Bundesamtes für Sozialversicherung, für eine geordnete Durchführung zu sorgen, zum anderen sorgt auch der Wettbewerb unter den Kassen dafür, dass Lösungen angeboten werden, die eben längerfristig Bestand haben.
Es ist auch sekundär, ob man solche Versicherungslösungen als Bonussysteme bezeichnen will oder nicht, und es ist sekundär, ob man die Versicherten vor oder nach Eintritt eines Krankheitsfalles wählen lässt, ob sie die Kosten ganz oder teilweise selber tragen wollen. Wichtig – und damit komme ich zum Schluss – ist einzig, dass die Kassen grundsätzlich die Möglichkeit haben sollen – und nur darum geht es ja in diesem Absatz 3 von Artikel 14bis –, auch auf diesem Gebiet, unter der Aufsicht des Bundesamtes für Sozialversicherung, neue Lösungen in Richtung vermehrter Selbstverantwortung anwenden zu können. Es ist doch davon auszugehen, dass die Uebernahme von Selbstverantwortung eben auch einen Beitrag zur Eindämmung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen darstellt. In diesem Sinne glaube ich, sollten wir im Artikel 14bis diesen Freiraum und die Möglichkeit, eben solche Systeme einzuführen – immer unter Aufsicht – schaffen.

M. **Darbellay:** La proposition de M. Allenspach n'est pas exprimée d'une manière très claire. Au fond, il s'agit du système bonus-malus et il n'y a pas besoin de l'expliquer longuement, on le connaît puisque, dans l'assurance-responsabilité voiture, il existe depuis belle lurette.
Je voudrais plaider contre ce système, parce qu'il fait une entorse très grande à la solidarité. L'assurance-maladie est une assurance sociale basée sur la solidarité qu'il faut à tout prix maintenir.
Le système bonus-malus concerne deux catégories de personnes: un certain nombre d'entre elles, qui ont quelques ennuis de santé et qui préfèrent, pour pouvoir disposer du bonus, prendre à leur charge les frais de maladie. On pourrait dire que, dans ce cas-là, il y a une espèce de calcul et de compensation, la solidarité pouvant s'exercer par ce biais-là, puisque la personne en question prend en charge une partie importante des frais de sa maladie.
Ce qui me gêne davantage, c'est que ce système bonus crée une nouvelle catégorie de risques: les bien-portants qui, pendant des années, ont la chance de ne pas avoir besoin du médecin, auraient encore l'avantage de payer des cotisations nettement plus basses que les autres. Selon les systèmes qui nous ont été présentés, les cotisations pourraient s'élever à 60 pour cent du prix normal, soit 40 pour cent de réduction. Il est bien évident que cette réduction ne diminue en rien les frais généraux de la maladie. Dès lors, si les bien-portants bénéficient de ces 40 pour cent, les malades devront les payer. En effet, les primes d'assurance-maladie de ces derniers deviendront inévitablement plus élevées.
Ce qui me gêne le plus dans ce système, c'est qu'une personne en bonne santé pourrait bénéficier durant des années, par exemple 40 ans, de cette réduction de 40 pour cent et, au moment de sa vieillesse, elle souffrirait peut-être d'une maladie très grave et renoncerait alors purement et simplement au bonus pour profiter pleinement de la solidarité des autres qui paieraient pour elle. Cela me paraît tout particulièrement peu social. C'est pourquoi je vous invite à refuser la proposition de M. Allenspach.

Flerz: Als Arzt möchte ich trotzdem noch eine Lanze für Herrn Allenspach und seine Minderheit brechen. Ein Problem in der Krankenversicherung ist, dass bisher der Patient überhaupt nicht spürte, wenn der Arzt sparen wollte. Wenn ein Patient mit chronischen Kopfschmerzen kommt, kann man bei ihm entweder Schädelröntgenbilder oder ein Elektroenzephalogramm und noch x andere teure Untersuchungen machen, die alle überflüssig sind – das ist erwiesen, das verursacht sehr viele Kosten –, oder man kann sich eine Stunde Zeit nehmen und ihm erklären, wie er das Leiden behandeln soll. Das eine Mal hat man Kosten von vielleicht 700 Franken, das andere Mal vielleicht solche von 100 Franken.
Im jetzigen System ist das Frustrierende für den Arzt, der

kostengünstig arbeiten will, dass ihm niemand dankt. Die Versicherungen zahlen alles unbesehen. Der Patient spürt nicht, wenn er günstig behandelt wird. Dasselbe gilt für akute Rückenschmerzen, die eigentlich nie eine Abklärung brauchen, usw. Es wäre schön, wenn man den Patienten als Partner spüren würde und er auch ein Interesse daran hätte, dass man nicht einfach das Geld zum Fenster herausschmeisst, und dass man ihm erklären kann: Hören Sie, dies und das ist unnötig, jetzt sparen wir uns das und machen es billiger. Dann kann er es selber zahlen und profitiert auch davon. In diesem Sinne scheinen mir alle Systeme, wo auch der Patient ein Interesse am Sparen hat, für den Arzt sehr motivierend zu wirken. Die Aerzte, die kostengünstig arbeiten – ich zähle mich dazu –, wären froh, wenn das beim Publikum auch irgendwie gespürt würde.
In diesem Sinne glaube ich, dass man dem Bundesrat diese Kompetenz sicher geben könnte. Ich glaube nicht, dass es zum Bonussystem von 40 Prozent kommen wird. Man wird vielleicht zu 10 oder 20 Prozent Prämienrabatt kommen, ähnlich wie im KKB-Modell von Herrn Professor Schmid, das ja eigentlich auch ein solches Bonussystem ist. Dort soll der Patient privilegiert werden, der nicht zu den allerteuersten Aerzten geht. Wir müssen beweglicher werden, um aus dieser verfahrenen Kostensituation herauszukommen.

Mme **Jaggi:** Pour expliciter tout à l'heure la proposition de M. Allenspach dont le caractère dangereux n'apparaît peut-être pas au premier abord, M. Spälti a fait un raisonnement qui ressemble fort à un sophisme.
M. Spälti nous a dit en substance: Celui qui est pour une franchise annuelle plus élevée – et, a-t-il fait remarquer à juste titre, plus personne n'en discute désormais le principe – doit se prononcer pour une participation accrue aux frais de traitement au sens de la proposition Allenspach que nous discutons maintenant. Comme s'il y avait une simple et innocente cohérence, une simple et innocente extension entre l'acceptation d'une franchise annuelle et l'approbation à une participation accrue aux frais de traitement! Or, il y a non pas un simple lien logique entre ces deux propositions, mais bel et bien une différence de nature entre elles, du fait des conséquences qu'elles entraînent. Celui qui souscrit à la franchise s'engage à s'acquitter d'un montant dont il connaît le maximum à l'avance. Avec une participation accrue, l'assuré s'engage à régler une facture dont il ne connaît pas le montant, lequel dépend bien entendu de la nature des traitements subis pendant ce laps de temps. Bref, seules des personnes très aisées pourront prendre le risque d'une participation accrue à des frais de traitement, dont la nature et donc le coût ne sont, par définition, pas connus à l'avance. Elles seules pourront s'offrir la solution Allenspach, qui fait fi, ainsi que l'a rappelé M. Darbellay tout à l'heure, de toute solidarité. C'est la raison pour laquelle je vous demande de rejeter cette proposition d'un système de bonus.

Wick: Ich glaube, dass Frau Jaggi einem Missverständnis erlegen ist. Es ist im Grunde genommen gerade umgekehrt. Wenn Sie eine Franchiseregelung haben, zum Beispiel eine erhöhte von beispielsweise 1000 Franken, müssen Sie diese Franchise auf jeden Fall und immer bezahlen, auch wenn Sie plötzlich schwer krank werden. Das ist ein Vertrag mit der Krankenkasse. Bei der Bonusregelung entfällt das. Wenn Sie plötzlich schwer krank werden, müssen Sie überhaupt nichts zahlen, so dass Sie plötzlich von den Leistungen der Krankenkasse profitieren können, wenn es wirklich nötig ist.
Jetzt möchte ich aber noch auf ein anderes Missverständnis hinweisen, das Herr Darbellay aufgeworfen hat und das meiner Ansicht nach ohne weiteres aus der Welt geräumt werden kann, nämlich den Gegensatz zwischen Bonus und Solidarität. Es ist bekannt, dass ein grosser Teil der Belastungen unseres Krankenversicherungssystems auf banalen Krankheiten beruht, wie auf Grippefällen und ähnlichen Krankheiten, die man zum grossen Teil ohne weiteres selber daheim heilen kann, vor allem nachdem jetzt auch die Arbeitszeitversäumnisse in den meisten Betrieben grosszügiger geregelt sind. Diese Fälle ergeben die grössten Summen und belasten die Krankenkassen ausserordentlich stark. Jetzt ist es nur eine Frage der Versicherungsmathematik. Wenn Sie das, was hier verbessert wird – eben wenn die Leute nicht zum Arzt gehen, weil sie ein Bonussystem haben – gegenüber dem Prämienverlust aufrechnen, dann muss es so geregelt sein, dass der Bonus respektive die Prämie weiterhin einen Solidaritätsbeitrag beinhaltet. Das kann man ohne weiteres erreichen, da die Versicherungsstatistiken ausserordentlich genau sind. Das kann man Jahr für Jahr wieder steuern und nachziehen. Auch Herr Allenspach hat deutlich gesagt, dass in seinem Modell diese Korrekturen inbegriffen sein müssen; denn nur wenn diese Korrekturen darin enthalten sind, stimmt es, dass es keinen Solidaritätsdefekt gibt, sondern dass das Bonussystem einzig der Kosteneinsparung dient. In diesem Sinne können wir ohne weiteres, auch wenn wir für Solidarität sind, für das Bonussystem eintreten.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: In unserer Kommission wurde dieser Antrag von Herrn Allenspach in Verbindung mit einem anderen Antrag abgelehnt, und zwar ganz eindeutig, weil – das ist der eine Grund – die soziale Gerechtigkeit durch ein solches Bonussystem ausgehöhlt wird. Ich werde das noch begründen. Sie werden das nicht bestreiten können, wenn Sie Herrn Dr. Fierz folgen, der sagte, als Arzt betrachte man die Patienten ganzheitlich, man sollte auch das Problem und das Gesetz ganzheitlich betrachten.
Ich möchte darauf hinweisen, dass es in unserem Land Tausende von Leuten gibt, die nichts dafür können, dass sie trotz allen Bemühungen für ihre Gesundheit dauernd in ärztlicher Behandlung sein müssen – Herr Allenspach –, und zwar seit ihrer Geburt. Alle diejenigen, die von Geburt her krank sind und ständig in ärztlicher Behandlung sein müssen, bestrafen wir mit einem Bonussystem; wir kehren die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken um. Die Kranken müssen also die Solidaritätsleistungen mehrheitlich bezahlen. Darüber muss man sich bewusst sein.
Der zweite Grund für die Ablehnung ist der folgende: Wenn ich die Begründungen für den Minderheitsantrag betrachte, stelle ich fest – darum meine ich, man müsse den Gesetzentwurf ganzheitlich betrachten, wie der Arzt die Patienten –, dass falsch argumentiert wird, wenn Herr Basler erklärt, wenn ein Patient eine kleinere Rechnung selber bezahle, entlaste er die Administration der Krankenkassen. Das ist richtig. Aber mit dem Franchise-System bezahlt er eben kleinere Rechnungen selber und entlastet damit die Krankenversicherung. Wenn er eine Franchise von 200 Franken hat und die Rechnung 180 Franken beträgt, bezahlt er sie eben selber. Das ist das Problem; mit dem Bonussystem ändert sich das überhaupt nicht; wenn er höhere Franchisen hat, ändert das ebenfalls überhaupt nichts.
Ich möchte darauf hinweisen, dass nicht jedermann das Glück hat, von Geburt an gesund zu sein, sondern es gibt Zehntausende von Leuten in unserem Land, die von Geburt an ständig den Arzt benötigen.
Nun zum Gesetzestext selber: Lesen Sie den Minderheitsantrag! Sie werden feststellen, dass der Gesetzestext völlig unmöglich ist. Am Schluss steht beispielsweise: «Er kann ferner Versicherungen mit reduzierten Beiträgen zulassen, bei denen der Versicherte die Behandlungskosten während einer bestimmten Dauer ganz oder teilweise selber trägt.» Was bedeutet das? Das bedeutet gar nichts anderes, als dass jeder, der eine Franchise hat, während einem Jahr innerhalb der Franchiseregelung teilweise oder ganz die Rechnungen selber bezahlt. Das ist der Gesetzestext. Wenn man diesen Gesetzestext liest und interpretiert, ist das eine reine Wiederholung der Franchiseregelung und gar nichts anderes.
Ich möchte ganz klar feststellen, dass das Bundesamt mit diesem Gesetztext verpflichtet wäre, alles abzulehnen, was ausserhalb der Franchiseregelung ist. Wenn Sie dem zustimmen, stimmen Sie einem Nonvaleur zu.

M. **Dupont,** rapporteur: Au commencement du débat sur cet article, j'ai dit combien la commission, dans sa majorité, s'était opposée à cette version.
MM. Fierz et Darbellay ont clairement expliqué le fonctionnement de cette franchise. En fait, il faut être riche et en bonne santé pour bénéficier de ce système. Plus est, des gens doivent payer pleinement leurs cotisations afin de constituer les réserves nécessaires à couvrir les assurés qui ont bénéficié du bonus durant un certain nombre d'années. En effet, la proposition stipule la prise en charge des frais de maladie par les assurés durant une certaine période, soit celle qui leur convient, et une nouvelle entrée dans l'assurance sans pénalisation du malus. Cette proposition est par conséquent particulièrement vicieuse dans le système global de l'assurance-maladie.
Sans hésitation donc, la commission vous invite à rejeter cette proposition.

M. **Cotti,** conseiller fédéral: A vrai dire, j'avais l'intention aujourd'hui de ne prendre la parole que sur les aspects essentiels de cette révision. Toutefois, à la suite de ce long débat sur la proposition de M. Allenspach, je me permets de formuler quelques remarques.
La proposition en question s'insère à la fin du texte de l'article 14bis qui prévoit une participation aux frais de l'assuré elle tente donc de poursuivre l'un des buts essentiels de toute la réforme qui vise à réduire, si faire se peut, les coûts de la santé.
C'est la raison pour laquelle l'article 14bis introduit une participation importanteaux frais, soit une quote-part de 20 pour cent pour l'assuré. M. Allenspach propose, au-delà de cette participation aux frais, le système du bonus dont on a tellement parlé.
Le Conseil fédéral s'oppose à la proposition de M. Allenspach pour les raisons suivantes. Je reprendrai tout d'abord la citation de M. Hänsenberger au Conseil des Etats, qui faisait la comparaison avec la responsabilité civile en matière automobile: «Der Autofahrer, der seine Haftpflichtversicherung nicht in Anspruch nimmt, um auf einer günstigen Prämienstufe zu bleiben, gefährdet nur seinen Geldbeutel. Das Mitglied, das den Arzt nicht aufsucht, um den Bonus nicht zu verlieren, gefährdet seine Gesundheit.»
Ensuite, mon prédécesseur, M. Egli, présentait la considération suivante au Conseil des Etats, considération que je trouve très importante, car elle ne fait pas tellement appel aux éléments de la solidarité mais à ceux des coûts, c'est-à-dire à l'objectif poursuivi à l'article 14bis: «All den Gründen, die angeführt worden sind, möchte ich noch folgendes Moment beifügen: Ein Bonus-Malus-System könnte sich als durchaus kontraproduktiv auswirken, nämlich kostentreibend.» Das heisst, gerade im umgekehrten Sinn der Zielsetzung, die hier angestrebt wird.
Warum kostentreibend? Alle Fälle, in denen der Kranke einen dringend notwendigen Arztbesuch aus Furcht, er könnte den Prämienbonus verlieren, unterlässt, könnten später für die Gesundheitskosten schwerwiegende Folgen haben.
La proposition est donc discutable, surtout en ce qui concerne l'objectif visé par M. Allenspach dans la modification de l'article 14bis.
M. Allenspach a justement relevé qu'en définitive il appartiendra toujours au Conseil fédéral d'établir si ce système doit être introduit ou non. Cet aspect relativise la nature même de la proposition en question. Toutefois, en soupesant avantages et aspects négatifs, j'arrive à la conclusion qu'il vaut mieux attendre et nous concentrer, sur le plan des coûts de la santé, sur la proposition importante qui est faite à l'article 14bis concernant la participation aux frais.

Allenspach, Sprecher der Minderheit: Ich habe deutlich gesagt, dass mein Antrag ein Zusatzantrag zum Antrag der Mehrheit ist – also nicht gegen den Antrag der Mehrheit gerichtet.

Le président: M. Allenspach a raison. Nous ne voterons donc que sur la proposition de minorité.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	72 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	76 Stimmen

Art. 14bis Abs. 4
Antrag der Kommission
.... Der Bundesrat legt die Beträge der wählbaren Jahresfranchise fest. Die Kassen regeln ....

Art. 14bis al. 4
Proposition de la commission
.... Le Conseil fédéral fixe les montants de la franchise ....

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Hier haben wir eine kleine Differenz zum Ständerat. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass Ihre Kommission lediglich eine Klarstellung beschlossen hat. Wir möchten verdeutlichen, dass der Bundesrat nicht nur den Höchstbetrag der Franchise festlegen kann, sondern dass er die wählbaren Franchisen festlegen kann. Im Namen der Kommission bitte ich Sie, diesem Antrag zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

Art. 19bis Abs. 1
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 19bis al. 1
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Die Ergänzung des Ständerates versucht, eine noch etwas deutlichere Abgrenzung gegenüber Heimen für Chronischkranke zu erreichen. Die Kommission beantragt Ihnen Zustimmung.

Angenommen – Adopté

Art. 19bis Abs. 3
Antrag der Kommission
Begibt sich der Versicherte in eine Heilanstalt, ohne dass die Anforderungen nach Absatz 2 erfüllt sind, übernimmt die Kasse die Behandlungspauschale ....

Art. 19bis al. 3
Proposition de la commission
Si l'assuré se rend dans un établissement hospitalier sans que les conditions posées au 2e alinéa ne soient remplies, la caisse prend en charge le forfait pour ....

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Der Ständerat hat hier das Wort «höchstens» eingeführt, denn es soll keinesfalls mehr bezahlt werden, als die Rechnung effektiv beträgt. Ihre Kommission hat diesen Absatz etwas präziser formuliert, aber dem Sinne nach dem Ständerat zugestimmt. Der Sinn dieses Absatzes ist, dass der Patient, wenn er, obwohl ein Spital in der Nähe liegt, ohne medizinische Notwendigkeit in ein weiter entferntes, teureres Spital will, von der Kasse nur so viel Geld erhält, wie das zuständige Spital kostet. Ich bitte Sie, dem Kommissionsantrag zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

Art. 19bis Abs. 5 und 6
Antrag der Kommission
Abs. 5
Die Kantone können für ihr Gebiet verbindliche Planungen festlegen:
a. zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Spitalversor-

gung unter Einbezug der spitalexternen Krankenpflege und der Pflege in Heimen und Anstalten;
b. für die Versorgung mit kostspieligen medizinisch-technischen Einrichtungen im stationären und ambulanten Bereich.
Kliniken mit privaten Trägerschaften sind angemessen in diese Planungen einzubeziehen.
Abs. 6
Die Kantone erstellen nach Anhören der Beteiligten eine nach Kategorien gegliederte Liste der Heilanstalten ihres Gebietes; nur bei Aufenthalt des Versicherten in einer Heilanstalt gemäss dieser Liste wird die Kasse leistungspflichtig.

Antrag Meyer-Bern
Abs. 5
(Text der Kommission)
.... sind angemessen in diese Planungen einzubeziehen. Die Kassen sind nur leistungspflichtig, sofern die Leistungserbringer diesen Planungen entsprechen.

Art. 19bis al. 5 und 6
Proposition de la commission
Al. 5
Les cantons peuvent fixer, sur leur territoire, des planifications obligatoires:
a. garantissant que les besoins en soins hospitaliers sont couverts; ce faisant, les cantons tiennent compte des soins prodigués hors de l'hôpital ou dans des institutions ou homes;
b. réglant l'équipement en installations médico-techniques coûteuses dans le domaine hospitalier ou ambulatoire.
Ces planifications doivent tenir compte de manière appropriée des cliniques privées.
Al. 6
Après avoir consulté les intéressés, les cantons dressent une liste des établissements hospitaliers situés sur leur territoire en les classant par catégories; les caisses ne doivent verser leurs prestations que si le séjour d'un assuré a eu lieu dans un établissement hospitalier qui figure sur cette liste.

Proposition Meyer-Berne
Al. 5
(Texte de la commission)
.... qui figure sur cette liste. Les caisses ne doivent verser leurs prestations que dans la mesure où les fournisseurs de prestations se conforment auxdites planifications.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Bei Artikel 19bis Absätze 5 und 6 geht es um zwei Punkte. Erstens: Von der Logik her kommt die Planung zuerst und die Listenaufstellung als nächstes. Daher erfolgte die Umstellung der Absätze 5 und 6. Auch die Fassung des Nationalrates war problematisch, dies, weil sowohl in Absatz 5 als auch in Absatz 6 jeweils am Ende gesagt wird, eine Leistungspflicht bestehe nur gegenüber konformen Spitälern. Was würde gelten, wenn ein Spital nur Absatz 5, nicht aber Absatz 6 entspricht, oder umgekehrt? Solche Konfliktsituationen will die Neuformulierung vermeiden, indem sie klarstellt, dass die Listenspitäler planungskonform zu sein haben. In der ständerätlichen Fassung erscheint unlogisch, dass die Frage der Leistungspflicht bei der Planung angehängt wird und nicht bei der Spitalliste. Bei der Planung für die Kantone besteht eine Kann-Vorschrift, bei der Listenaufstellung hingegen eine Muss-Vorschrift. Diese Ungereimtheiten haben wir mit unserer Neuformulierung beseitigt. Dabei muss klargestellt sein, dass die Heilanstaltsliste von den Kantonen zu erstellen ist, gleichgültig, ob der betreffende Kanton von einer Spitalplanungskompetenz Gebrauch macht oder nicht. Ich bitte Sie daher, der Formulierung Ihrer Kommission zuzustimmen.

Meyer-Bern: Die Kommission des Nationalrates hat die Absätze 5 und 6 gegenüber der früheren Fassung ausgetauscht. Ich habe dagegen nichts anzuführen. Ich bin hingegen nicht glücklich, dass beim Planungsabsatz (Abs. 5 neu) der Satz fehlt, der in den ersten Kommissionsberatungen stand – und dann auch vom Ständerat übernommen wurde –, nämlich, dass die Kassen nur leistungspflichtig seien, sofern die Leistungserbringer diesen Planungen entsprechen.
Ich bin unserem Rat und dem Ständerat dankbar, dass sie die Idee der Verbindlicherklärung der kantonalen Spital- und Gesundheitsplanungen aufgenommen haben. Sie werden ermöglichen, dass das unbegrenzte Anwachsen von Spitalbetten, insbesondere Akutbetten, aber auch das unbegrenzte Anwachsen von kostspieligen medizinisch-technischen Einrichtungen begrenzt und im Griff gehalten werden kann. Derartige Planungen haben jedoch nur einen Sinn, wenn sie, wie das der Gesetzestext sagt, verbindlich sind, und verbindlich sein heisst, Konsequenzen haben müssen. Die Durchsetzbarkeit dieser Planungen hängt somit entschieden von der Kopplung der Beschränkung der Leistungspflicht der Kassen ab, das heisst, dass die Kassen nur leisten sollen und dürfen, wenn die entsprechenden Institutionen in den kantonalen Spital- und Gesundheitsplanungen enthalten sind. Der Ausdruck «verbindliche Planung» gibt nur einen klaren und eindeutigen Sinn, wenn er mit der Leistungs- resp. Nichtleistungspflicht verbunden ist.
Offenbar ist diese Kopplung der Kommission zum Opfer gefallen. Ich bedaure das sehr; denn man hat damit insbesondere die Durchsetzbarkeit der spitalexternen, der ambulanten Pflege im Planungsgebiet, aber auch der kostspieligen medizinisch-technischen Einrichtungen verunmöglicht. Dass gerade diese Gebiete heute wichtig werden, zeigt ein Bericht des Schweizerischen Krankenhausinstituts (als Vorstudie im Rahmen der Ueberprüfung der Spitalplanung des Kantons Bern) über den Einfluss neuer Behandlungsmethoden auf die medizinische Versorgung, wo steht, dass auf medizintechnischem Gebiet in den letzten Jahren neue Methoden entwickelt und in den Dienstleistungsbetrieb eingeführt wurden wie der Scanner, der Nierensteinzertrümmerer, der Herzkatheter, der Laser und neu die Magnet-Resonanz-Tomographie und dass anzunehmen sei, dass die Industrie in Zusammenarbeit mit den Anwendern diese Technologien weiterentwickeln werde. Die Anstrengungen gelten unter anderem folgenden Zielen: Verbreiterung der Anwendungsgebiete, Standardisierung der Methoden, Miniaturisierung; insbesondere würden grosse Anstrengungen im Bereich der bildgebenden Verfahren unternommen. Sie werden – da komme ich zur Spitex – feststellen, dass dieser Bericht erklärt, dass die Zunahme der Betagten und die damit verbundene Zunahme der Alterskrankheiten zu einer Zunahme der chirurgischen Eingriffe, (Prothesen aller Art, psychogeriatrische Behandlungen) führe, dass die medizinische Dienstleistung insbesondere von der älteren Bevölkerung in überproportionalem Masse beansprucht würde, und zwar nicht nur im geriatrischen Bereich, sondern auch im Akutbereich (der berühmte Schenkelhalsbruch!).
Also auch hier werden uns grosse Herausforderungen bevorstehen. Ich meine deshalb, dass es notwendig ist, dass wir rechtzeitig diese Planungen verbindlich an die Hand nehmen können. Wenn wir in den Kantonen einfach Gesundheits- und Spitalplanungen auflegen sollen, die dann nicht irgendwie kostenwirksam sein müssen und können, also eine gewisse Verbindlichkeit, eine Vollstreckbarkeit haben, wie das in der Fassung des Ständerates und der ersten Kommission des Nationalrates vorgesehen ist, haben wir in diesem Artikel 19bis Absatz 5 einen blossen Papiertiger, der nicht beissen kann. Diese Zähne müssen Sie ihm zurückgeben. Bitte, nehmen Sie diesen Satz, wie ich ihn schriftlich beantragt habe, nämlich, dass die Kassen nur leistungspflichtig sind, sofern die Leistungserbringer diesen Planungen entsprechen, wieder in den Text auf!
Ich bitte Sie um Unterstützung meines Antrages.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Ich muss gestehen, dass dieser Passus in der Kommission aus fast unerklärlichen Gründen aus dem Text gestrichen wurde. Herr Allenspach und Herr Borel haben den Antrag gestellt. Irrtümlicherweise

hat man gar nicht darauf geachtet, dass diese Leistungspflicht bei Absatz 5 herausgefallen ist. Wir haben darüber also weder positiv noch negativ gesprochen, so dass es Ihnen überlassen bleibt zu entscheiden. Persönlich würde ich den Antrag Meyer unterstützen.

M. **Dupont,** rapporteur: Je vous invite à accepter la version proposée par la commission du Conseil national, à l'alinéa 5, ainsi que la proposition de M. Meyer même si celle-ci n'a pas été examinée en commission; cela ne me semble pas contrarier la conception générale de cet alinéa ni poser de problèmes d'application.

Allenspach: Das Problem beim Antrag Meyer-Bern liegt darin, dass bei den Heilanstalten eine doppelte Sicherung eingebaut wird. Zuerst muss eine Heilanstalt in die Planung aufgenommen sein; wenn sie diese Hürde genommen hat, muss sie noch in die Liste eingetragen werden. Es könnte sein, dass hier Differenzen zwischen Planung und Liste bestehen. Ich glaube aber, dass wir dennoch den Antrag von Herrn Meyer annehmen können, weil diese Frage bis zur Behandlung im Ständerat geklärt werden kann. Es scheint mir aber nicht zweckmässig zu sein, wenn eine doppelte Sicherung eingebaut wird.
Ich möchte aus diesen Erwägungen bitten, ihm zuzustimmen.

Meyer-Bern: Es ist nur beschränkt eine Doppelversicherung. In bezug auf die kostspieligen, hochtechnisierten Planungen und die Spitex ist es keine doppelte Sicherung. Diese stehen eben nicht auf der Liste, das sind keine Anstalten.

Präsident: Der Kommissionspräsident hat gegen die Annahme nichts einzuwenden.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Meyer-Bern 66 Stimmen
(Einstimmigkeit)

Art. 22quinquies Abs. 1
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 22quinquies al. 1
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Hier wird die Möglichkeit einer grundlegenden Aenderung der Rechnungstellung durch das Spital geschaffen. Der Ständerat hat festgelegt, dass die Betriebskosten nicht mehr nur pro Pflegetag gerechnet werden müssen, sondern auch je Patient gerechnet werden können. Aus der Begründung im Ständerat ist ersichtlich, dass diese Regelung einem Vorschlag der Arbeitsgruppe 1 der Sparkonferenz entspricht. Diese Regelung würde Fall-Pauschalen ermöglichen. Beispiel: Pro Operation kostet es soviel, gleich wie lange der Patient im Spital ist oder nicht. Diese Regelung soll ein Anreiz sein, um keine unnötigen Mehrpflegetage im Spital zu veranlassen. Mit der Streichung der Worte «je Pflegetag» kann mit dieser neuartigen Berechnung nach Diagnosegruppen – wie bereits erwähnt – ein Anreiz zur Kosteneinsparung geschaffen werden. Die Kommission beantragt Ihnen Zustimmung zum Ständerat.

Angenommen – Adopté

Art. 22quinquies Abs. 1bis und 2
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 22quinquies al. 1bis et 2
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Hier können wir eigentlich Absatz 1bis und Absatz 2 zusammennehmen. Wir müssen aus Konsequenzgründen auch hier zustimmen, nachdem Sie in Artikel 12 Ziffer 2 dem Ständerat zugestimmt haben. Es geht um die Teilzeitpauschalen, die der Ständerat anders formuliert hat.

Angenommen – Adopté

Art. 22quinquies Abs. 4
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 22quinquies al. 4
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Hier hat der Ständerat lediglich eine Klarstellung vorgenommen. Er stellt ausdrücklich fest, dass an ausserkantonalen Patienten in der allgemeinen Abteilung keine Ueberschüsse erzielt, also höchstens die vollen Betriebskosten gedeckt werden dürfen.

Angenommen – Adopté

Art. 23 Abs. 2
Antrag der Kommission
Festhalten

Art. 23 al. 2
Proposition de la commission
Maintenir

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Hier beschloss Ihre Kommission, am Beschluss des Nationalrates festzuhalten. In der Praxis kann es vorkommen, dass der Arzt dem Patienten laufend die Angaben samt den verursachten Kosten schriftlich mitteilt. In einem solchen Fall sollte, um unnötigen Papierkrieg zu vermeiden, eine pauschale Rechnungstellung möglich sein, da der Patient und die Krankenkasse aufgrund der laufenden schriftlichen Angaben in der Lage sind, die Rechnung zu kontrollieren. Ich beantrage Ihnen daher im Namen der Kommission, am Beschluss des Nationalrates festzuhalten.

Angenommen – Adopté

Art. 25 Abs. 3 erster Satz
Antrag der Kommission
Abs. 3
Das Schiedsgericht ist auch zuständig, wenn das Honorar vom Versicherten geschuldet wird, unabhängig davon, ob die Forderung ihren Rechtsgrund im öffentlichen Recht, im Privatrecht oder in einer Tarifvereinbarung hat.

Art. 25 al. 3 première phrase
Proposition de la commission
Al. 3
Le tribunal arbitral est également compétent lorsque les honoraires sont dus par l'assuré, et ce que la créance se fonde sur le droit public, le droit privé ou sur une convention tarifaire. En pareil cas ....

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Hier haben wir eigentlich eine Differenz in Artikel 30ter. Dieser Beschluss wurde in Artikel 30ter gefasst, und man hat dann festgestellt, dass der Beschluss gesetzestechnisch zu Artikel 25 gehört.
Hier besteht insofern eine Differenz, als der Nationalrat seinerzeit beschlossen hat, diesen Artikel nicht ins Sofortprogramm aufzunehmen. Der Ständerat nahm ihn jedoch auf, immer in Artikel 30ter. Unsere Kommission beantragt hier Zustimmung.
In unserer Kommission wurde dann der Antrag auf Ergänzung dieses Artikels 30ter angenommen. Es geht um folgendes: Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat kürzlich

einen Entscheid gefällt, nach dem gemäss Vertrag mit der Krankenkasse der Patient bezahlen muss und die Krankenkasse nicht klagen kann. Hier haben wir eingefügt, dass auch die Krankenkasse in Vertretung des Versicherten beim Versicherungsgericht klagen kann. Ich bitte Sie, diesem Artikel zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

Art. 30ter
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Wie bereits dargelegt, haben wir dem Artikel 30ter in der Form des Ständerates zugestimmt, aber dann den vorher erwähnten Abschnitt in Artikel 25 eingefügt.

Angenommen – Adopté

Art. 37 Abs. 2
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 37 al. 2
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Hier geht es nur um Worte, und ich bitte Sie, dem Ständerat zuzustimmen. Wir haben formuliert: «Kinder bis 25 Jahre». Der Ständerat hat festgestellt: «Als Kinder gelten Versicherte bis zum vollendeten 16. Altersjahr.» Da kann man in Absatz 2 nicht mehr von Kindern bis 25 Jahre sprechen, sondern es heisst nun einfach «Versicherte». Ich bitte Sie, dem zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

Art. 38bis Abs. 2
Antrag der Kommission
.... der hiefür benötigten Kredite werden unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der Krankenpflegeversicherung durch einfachen Bundesbeschluss für 3 Jahre festgesetzt. (Rest des Absatzes streichen)

Antrag Günter
(Fassung Ständerat/Kommission Nationalrat)
.... für drei Jahre festgesetzt. Wenn ausserordentliche Verhältnisse wie die starke Ausbreitung schwerer, übertragbarer Krankheiten es erfordern, können diese Beiträge zusätzlich erhöht werden. Der Bundesrat stellt den eidgenössischen Räten Antrag und erlässt Bestimmungen über die Geltendmachung der besonderen Beiträge.

Art. 38bis al. 2
Proposition de la commission
.... trois ans, compte tenu de l'évolution .... et pharmaceutiques. (Biffer le reste de l'alinéa)

Proposition Günter
(Version Conseil des Etats/Commission du Conseil national)
.... et pharmaceutiques. Lorsque des circonstances exceptionnelles, telles que la rapide prorogation de graves maladies transmissibles, l'exigent, ces subsides pourront encore être relevés. Le Conseil fédéral soumettra des propositions au Parlement et édictera des dispositions sur le droit aux subsides spéciaux.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Bei Artikel 38bis Absatz 2 haben wir eine Differenz gegenüber dem Ständerat. Die ist aber unwesentlich. Wir wollen einfach, dass bei diesen Summen der Bund jeweils die effektiven Kosten vergütet. Die Kommission hat dies einstimmig beschlossen. Ich bitte Sie, hier zuzustimmen. Die restlichen Kosten werden jeweils vom Parlament durch einfachen Bundesbeschluss festgelegt.

M. **Dupont**, rapporteur: Nous nous rallions à la version du Conseil des Etats sauf en ce qui concerne la fin de l'alinéa 2, qui constitue une différence d'ailleurs essentielle. En effet, si nous acceptons qu'il soit tenu compte de l'évolution des coûts dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, nous n'acceptons pas qu'il soit tenu compte de la situation financière de la Confédération. Votre commission vous propose donc de biffer la fin de l'alinéa 2 et de ne pas tenir compte de la situation financière de la Confédération.

Günter: Der Antrag, den ich Ihnen vorlege, lag in der Kommission nicht vor. Er wurde in letzter Minute geboren, aber nicht von mir allein. Auf meine Anregung hin ist der Antrag mit dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen abgesprochen und von ihm auch mitformuliert worden.
Es ist eine Ergänzung zum Absatz 1. Ich schliesse mich also dem, was der Kommissionspräsident gesagt hat, an. Dazu kommt jetzt als Ergänzung ein Antrag, der lautet: «Wenn ausserordentliche Verhältnisse, wie die starke Ausbreitung schwerer, übertragbarer Krankheiten, es erfordern, können diese Beiträge zusätzlich erhöht werden. Der Bundesrat stellt den eidgenössischen Räten Antrag und erlässt Bestimmungen über die Geltendmachung der besonderen Beiträge.»
Wir haben hier ein Gesetz, das sogenannte Sofortprogramm, das nach dem Motto abgefasst wurde, es sollte konsensfähig sein. Wir haben heute festgestellt, dass das zum grossen Teil erreicht wurde. Wir haben diesen Konsens allerdings mit einem grossen Nachteil erkauft: Das Gesetz hat jetzt keine Knautschzonen, und es hat wenig Reaktionsmöglichkeiten auf Veränderungen, die in Zukunft eintreten können.
Schon in drei bis vier Jahren – wir haben das bereits in der Dezembersession besprochen – werden die Ausgaben der Krankenkassen für Aids nach vorsichtigen Schätzungen bei 300 bis 400 Millionen Franken liegen. Wenn man die Krankengelder hinzunimmt, sind wir bei einer halben Milliarde Franken. Da sich die Zahl der Erkrankten jährlich verdoppelt, wird die Milliardengrenze rasch überschritten sein, selbst wenn ab heute niemand mehr infiziert wird, was ja leider kaum realistisch ist.
Das Epidemiengesetz bietet leider keine Möglichkeit, diese enormen, auf unser Gesundheitswesen zukommenden Kosten durch die öffentliche Hand mitzufinanzieren. Im Gegenteil, es überbindet grundsätzlich die Kosten selbst dann den Versicherungen oder den einzelnen Patienten, wenn die Kantone eine ärztliche Ueberwachung oder gar eine Absonderung oder Kasernierung – wie sie neuerdings zum Beispiel im Ausland leider zur Diskussion steht – anordnen sollten. Die Kantone können sich zwar an den Kosten beteiligen, sie müssen es aber nicht.
Nun macht ja diese Krankheit leider nicht vor den Kantonsgrenzen Halt. Die Krankenversicherung wird in allen Landesteilen stark betroffen und zusätzlich belastet werden. Wir revidieren dieses Gesetz jetzt. Wir sehen eine schwere Belastung auf die Kassen zukommen. Die Krankenkassen sind für unser Land, für die soziale Sicherheit unserer Bürger wichtig. Wir sollten deshalb nicht zögern, eine Notbremse ins Gesetz einzubauen. Diese Bremse wird – davon bin ich überzeugt – in wenigen Jahren beansprucht werden müssen.
Herr Müller, der Präsident des Konkordates, hat in einer kürzlichen Fernsehsendung gesagt, dass nach den Berechnungen des Konkordates die finanziellen Möglichkeiten der Kassen spätestens 1991 erschöpft sein werden. Das sind Kosten, die schon heute durch bereits Angesteckte auf sicher gebucht werden können. Wenn wir das Gesetz jetzt nicht anpassen, indem wir hier eine spezielle Klausel einbauen, werden wir wahrscheinlich später Notmassnahmen beschliessen müssen.
Natürlich kann man auch so vorgehen! Aber mir scheint,

wenn wir ein Gesetz revidieren, sollten wir nicht immer nur die Vergangenheit regeln, sondern vielleicht auch einmal etwas in die Zukunft schauen. Mein Vorschlag enthält eine Lösungsmöglichkeit, die nicht missbraucht werden kann, da neben dem Antrag des Bundesrates für die Auslösung zusätzlicher Kredite die Zustimmung beider Räte nötig ist. Das Schaffen der Notstandsklausel bringt zwar – das ist ein Nachteil – eine neue Differenz mit dem Ständerat. Aber unsere Kommission konnte vor vier bis sechs Jahren, als wir dieses Gesetz beraten haben, einfach nicht wissen, was da auf uns zukommt. Der Ständerat hat vermutlich auch nicht daran gedacht. Auch die Prüfung im Zusammenhang mit dem Epidemiengesetz ist unterlassen worden; man hat einfach nicht daran gedacht.
Es wäre tragisch, wenn wir nach jahrelangem Ringen um ein Gesetz einem sogenannten Sofortprogramm zum Schlusse diejenige Sicherheitsklausel vorenthalten würden, welche vermutlich nötig ist, um das ganze Versicherungssystem in vier bis fünf Jahren am Kippen zu hindern. Die Situation – da bin ich überzeugt – wird finanziell für die Kassen sehr ernst werden. Aber ich bin überzeugt, dass es vernünftig ist, eine Notbremse einzubauen, die Sie werden bedienen können, oder deren Bedienung Sie werden verhindern können, wenn Sie das Gefühl haben, es liege keine ernste Situation vor.
Ich möchte Sie ersuchen, mit dem kleinen Zusatz zu verhindern, dass wir später Notstandsverordnungen erlassen müssen, wenn wir die Möglichkeit gehabt hätten, auf dem ordentlichen Gesetzeswege unsere Pflicht zu tun, nämlich nach dem Motto «Gouverner – c'est prévoir».
Ich möchte Sie bitten, diesem Antrag, der mit den Krankenkassen abgesprochen ist und deren Zustimmung hat, auch Ihrerseits zuzustimmen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Herr Günter hat selbst erklärt, dass dieser Antrag in der Kommission nicht behandelt wurde.
Auf den ersten Blick ist sein Antrag sehr wohlmeinend, aber völlig überflüssig. Es ist nur Gesetzeskosmetik, die nichts bringt. Sie würde etwas bringen, wenn man dem Bundesrat die Ermächtigung gäbe, aber der Bundesrat hat immer die Möglichkeit, einen Antrag an das Parlament zu stellen. Das muss nicht im besonderen im Gesetz erwähnt werden. Ich weise im Zusammenhang mit diesem Gesetz auf eine Aufhebung einer anderen Bestimmung hin, die auch so geschaffen wurde. Die Sonderbestimmungen über die Tuberkulose wurden ausserhalb des KMVG geschaffen, und die heben wir jetzt mit diesem Gesetz auf. Der Bundesrat hat ständig die Möglichkeit, solche Anträge zu stellen. Der Antrag Günter gehört daher nicht in ein Gesetz. Es wird damit überhaupt nichts festgelegt, sondern es wird nur gesetzlich nochmals an der Kompetenz des Bundesrates festgehalten – die er sowieso hat –, dem Parlament einen Antrag zu stellen.
Ich möchte Ihnen empfehlen, diesen Antrag abzulehnen, da er völlig unnötig ist.

M. **Dupont,** rapporteur: La proposition de M. Günter est généreuse et louable mais elle n'apporte rien car, en fait, si des événements exceptionnels se produisaient, le Conseil fédéral pourrait, en tout temps, prendre des mesures, aider, subventionner ou en tout cas soumettre des propositions au Parlement. Il n'y a pas lieu d'inscrire cette volonté dans la loi.

M. **Cotti,** conseiller fédéral: Les dispositions de l'article 38bis représentent, au yeux du Conseil fédéral, l'une des réformes les plus importantes votées par le Parlement. Je tiens à souligner, surtout à l'attention de nos caisses-maladie, que la proposition recueillant largement leur préférence, c'est-à-dire celle du Conseil des Etats, a été approuvée. De plus, le Conseil national a apporté un complément très important prévoyant que les subventions qui leur seront versées seront proportionnelles à l'évolution des frais de santé. C'est un point supplémentaire qui touche les caisses-maladie et qui soutient leurs très importants efforts.
Permettez-moi simplement de lancer, d'autre part, un appel à nos caisses au moment où le Parlement et le Conseil fédéral leur manifestent une telle disponibilité. En effet, les mesures d'économie au niveau des coûts de la santé dépendent, dans une très large mesure, de l'attitude professionnelle et loyale de ces mêmes caisses-maladie.
En ce qui concerne la proposition de M. Günter, je partage tout à fait l'avis des représentants de la commission. M. Günter souhaite que dans des cas exceptionnels, donc en particulier si certaines maladies que nous connaissons fort bien devaient avoir un développement considérable, le Conseil fédéral puisse avoir la possibilité, et même l'obligation, de demander des crédits supplémentaires. Or, les crédits pour les subventions destinées aux caisses-maladie ne sont jamais fixés une fois pour toutes. Notre nouveau système établit qu'ils sont fixés au fur et à mesure de l'évolution et des exigences. Je ne vois pas pourquoi nous devrions ajouter une disposition spécifique à cet égard. Ce serait un pléonasme pur et simple. Monsieur Günter, nous essayons d'avoir une loi qui soit aussi simple que possible, mais, pour vous rassurer – la chose est tellement évidente que je ne devrais même pas en parler – je vous signale que si nous devions assister ces prochaines années à une évolution très importante des coûts en raison de la progression du SIDA, le Conseil fédéral serait le premier à faire cette proposition. Je prie donc le Parlement de ne pas insérer une disposition inutile dans la loi.

Günter: Angesichts des Ringens um diesen Artikel, der Wortklauberei, die wir betrieben haben, was man noch hineinnehmen darf und was nicht, lag die Auslegung, wie wir sie jetzt von Bundesrat Cotti gehört haben, nicht auf der Hand. Aber ich stelle fest, dass der Bundesrat im Prinzip zugesichert hat, dass er dafür sorgen wird, dass die Krankenkassen aufgrund dieser sich epidemieartig ausbreitenden Krankheit Aids nicht in existentielle Schwierigkeiten geraten werden, dies im Hinblick und unter Bezug auf den Zusatz über die Berücksichtigung der Krankenpflegekosten, den Frau Segmüller neu als Differenz zum Ständerat in diesen Absatz hineingebracht hat. Ich bitte aber den Ständerat, zur Kenntnis zu nehmen, was diese Ergänzung, die dort hineingebracht wurde, bedeutet, und ich bitte ihn, die Erklärung, die Bundesrat Cotti abgegeben hat, ebenfalls zur Kenntnis zu nehmen. Wenn das so sein sollte, wie uns hier zugesichert wurde, kann ich nun tatsächlich meinen Antrag zurückziehen. Aber ich möchte dringend bitten, dass dann in vier bis sechs Jahren so grosszügig gehandelt wird, wie es der Bundesrat uns hier nun zusichert.

Angenommen gemäss Antrag der Kommission
Adopté selon la proposition de la commission

Art. 39 Abs. 2
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 39 al. 2
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Hier hat der Ständerat die Bestimmung dahingehend ergänzt, dass auch die Kantone in gegenseitiger Abstimmung mit dem Bund statistische Erhebungen durchführen können und dass dies in Zusammenarbeit mit den interessierten Organen erfolgen kann. Es wurde praktisch nur «die Kantone» in den Gesetztext eingefügt.
Ich beantrage Ihnen Zustimmung.

Angenommen – Adopté

Ibis. Aenderung anderer Bundesgesetze
Modification d'autres lois

Ziff. 1, Art. 336e Abs. 2
Antrag der Kommission
Mehrheit
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
Minderheit
(Früh, Allenspach, Basler, Berger, Frey, Hari, Hösli, Schüle, Spälti)
Festhalten

Ch. 1, art. 336e al. 2
Proposition de la commission
Majorité
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
Minorité
(Früh, Allenspach, Basler, Berger, Frey, Hari, Hösli, Schüle, Spälti)
Maintenir

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Die Kommission hat dem ständerätlichen Beschluss zugestimmt, den letzten Satz zu streichen. Dies scheint mir auch persönlich vernünftig zu sein. Es ist nicht einzusehen, weshalb man ausgerechnet bei der Schwangerschaft eine zudem noch sehr kurze Frist für die Geltendmachung der Nichtigkeit der Kündigung beziehungsweise des Ruhens der Kündigungsfrist einführen will. In den anderen in Artikel 336e Absatz 1 geregelten Fällen – Militärdienst, Krankheit – hätte man die gleichen Gründe für die Einführung einer Karenzfrist anführen können. Dies hat man jedoch unterlassen, und ich bitte Sie deshalb im Namen der Kommissionsmehrheit, dies auch hier zu tun, um von einer Diskriminierung der Schwangeren abzusehen.

Früh, Sprecher der Minderheit: Der Nationalrat hat anlässlich der Verhandlungen im Dezember 1984, damals ohne Gegenstimme, die Bestimmung eingeführt, dass die Arbeitnehmerin innert vierzehn Tagen nach Erhalt der Kündigung deren Nichtigkeit oder Ruhen geltend zu machen habe, um zu vermeiden, dass der Arbeitgeber im guten Glauben Dispositionen trifft, zum Beispiel Neueinstellungen vornimmt, und dann Monate später mit der Nichtigkeit der Kündigung konfrontiert ist. Im Gegensatz zum Kündigungsschutz beim Militärdienst hat der Arbeitgeber keine Möglichkeit, die Nichtigkeit einer Kündigung innert zumutbarer Frist selbst zu erkennen. Ich zitiere in diesem Zusammenhang unseren Kollegen Theo Fischer-Sursee, der damals diesen Antrag in unseren Rat eingebracht hat: «Die Schwangere hat nicht innert vierzehn Tagen den Nachweis zu erbringen, dass sie tatsächlich schwanger ist. Sie hat innert dieser Frist lediglich zu erklären, sie sei schwanger und mache deshalb die Nichtigkeit der Kündigung geltend. Mit dieser einfachen, formlosen Erklärung hat sie die Frist gewahrt, die Tat geschlossen.» Der Ständerat hat diese Bestimmung ohne grosse Begründung gestrichen. Der Ständerat verweist auf die Regelung bei der Armee. Das dürfte doch etwas schwierig sein. Der Wehrmann hat immerhin im Herbst für das kommende Jahr ein Schul- und Kurstableau zur Verfügung. Seine Dienstleistung ist also lange zum voraus bekannt. Ein Vergleich mit der Schwangerschaft scheint doch etwas weit hergeholt. Die nationalrätliche Kommission ist ihm gefolgt und hat mit 11 zu 10 Stimmen, mit Stichentscheid des Präsidenten, dem Ständerat zugestimmt. Wir erachten den ursprünglichen Beschluss des Nationalrats aber für richtig. Beim einstimmigen Abstimmungsergebnis in diesem Rat erachtet die Minderheit diesen damaligen Ratsbeschluss als richtig. Ich meine, dass wir an diesem Entschluss festhalten sollten. Der Ständerat hätte dann Gelegenheit, noch etwas gründlicher und eingehender zu verhandeln und sich umstimmen zu lassen.
Ich bitte Sie um Zustimmung zur Minderheit.

Fischer-Sursee: Wie sie gehört haben, hatte ich seinerzeit den Vorschlag eingebracht. Er wurde von der Kommission damals nicht bekämpft und auch vom Bundesrat entgegengenommen und gutgeheissen. Unsere Kommission hatte bei der ersten Beratung eine Frist von zwei Monaten zur Erklärung vorgeschlagen. Diese Frist erwies sich als unpraktikabel. Vor allem beim unter jährigen Arbeitsverhältnis, bei dem bloss eine Kündigungsfrist von einen Monat besteht, würde eine grosse Rechtsunsicherheit entstehen, da bereits das Arbeitsverhältnis beendet sein und nachher die Schwangerschaft geltend gemacht werden könnte. Aber auch bei mehrjährigen Arbeitsverhältnissen haben wir genau das gleiche Problem.
Der Ständerat geht jetzt sogar noch weiter und sieht überhaupt von jeder Befristung der Erklärung ab. Wir müssen aber eine Befristung einbauen, sonst entsteht eine grosse Rechtsunsicherheit. Der Ständerat verkennt den rechtlichen Charakter der Nichtigkeit. Nichtigkeit heisst, dass eine Kündigung in sich unwirksam ist und überhaupt keine Rechtswirkung zu erzeugen vermag. Die Geltendmachung der Nichtigkeit ist im allgemeinen Recht an keine Frist gebunden und muss sogar von Amtes wegen berücksichtigt werden. Die Nichtigkeit einer Kündigung wegen Schwangerschaft könnte daher nach Monaten, ja sogar nach Jahr und Tag noch geltend gemacht werden, wenn die ordentliche Kündigungsfrist längst abgelaufen ist und daher der Arbeitgeber vielleicht bereits ein neues Arbeitsverhältnis eingegangen ist. Der Arbeitgeber muss aber innert nützlicher Frist wissen, ob ein Nichtigkeitsgrund besteht oder nicht. Aus diesen Gründen haben wir im Nationalrat diese Erklärungsfrist eingebaut. Der Hinweis auf den Militärdienst und auf Krankheit ist nicht zutreffend. Wie bereits Herr Früh gesagt hat, Militärdienst ist eine bekannte Tatsache für jedermann, man kann es aus dem Militäraufgebotstableau ersehen, Krankheit ist äusserlich erkennbar, man weiss, wenn ein Arbeitnehmer nicht im Geschäft ist. Hingegen betrifft die Schwangerschaft den höchstpersönlich inneren Bereich und ist nicht ohne weiteres erkennbar. Ich weise auf das von Herrn Früh schon Gesagte hin: Die Schwangere muss im Zeitpunkt, wo die Kündigung ausgesprochen wird, nicht beweisen, dass sie schwanger ist. Es geht um eine reine Erklärung. Sie muss nur erklären, sie sei schwanger. Den Nachweis kann sie später erbringen. Ich weise – wie schon früher – darauf hin: Wir stehen damit nicht allein da. Wie Sie aus der Botschaft ersehen, kennen auch andere europäische Staaten die Befristung der Geltendmachung, so zum Beispiel die Bundesrepublik Deutschland, wo ebenfalls – wie jetzt hier vorgeschlagen – eine Frist von vierzehn Tagen besteht. Es kann also innert dieser Frist die Nichtigkeit geltend gemacht werden.
Ich bitte Sie daher aus rechtlichen, aber auch aus praktischen Ueberlegungen – damit wir eine klare Rechtssicherheit haben –, dem Antrag der Minderheit, das heisst unserem seinerzeitigen Beschluss hier im Nationalrat, wiederum zuzustimmen.

M. **Borel:** La proposition de M. Früh est d'une rare mesquinerie. Il faudrait traiter les femmes enceintes de manière différente que toute autre personne qui subit un accident, qui s'engage au service militaire, qui tombe malade. Pourquoi pas le même délai pour tout le monde? Evidemment, M. Früh et M. Fischer l'ont dit: être malade se voit; être enceinte ne se voit pas tout de suite. Les délais ou l'absence d'obligation de délais est en fait un droit du salarié ou de la salariée à obtenir des renseignements sur la manière de défendre ses droits. Quinze jours après avoir perdu son emploi, devoir déjà tout connaître, pour toute travailleuse éventuellement enceinte, sur ses droits, ses possibilités de défendre ses intérêts, c'est une exigence qui me paraît excessive, alors que, dans de nombreux autres cas justement, on autorise les travailleurs à se renseigner, ne serait-ce qu'auprès de leurs organisations syndicales. Et il faut admettre qu'entre le moment d'un licenciement et celui où l'on fait valoir ses droits, il peut parfois se passer un peu plus que quinze jours.
Mais ce qui me paraît le plus scandaleux, c'est la chose suivante: tel et tel a une jambe cassée, c'est évident, alors on

lui accorde ses droits, mais telle et telle est enceinte, elle risquerait de ne pas le dire, elle n'a pas ses droits! Cette méfiance, par principe, pour quelques cas extrêmes de femmes enceintes qui pourraient abuser de la situation me paraît se généraliser à l'égard de toutes les travailleuses dont on espère aussi qu'elles soient parfois des mères. C'est la raison pour laquelle je considère la proposition de M. Früh comme particulièrement mesquine et je vous invite à la rejeter.

Frau **Fetz:** Der Kündigungsschutz während der ganzen Dauer der Schwangerschaft und den 16 Wochen Mutterschaftsurlaub gehört zu den wichtigsten und fundamentalsten Forderungen für einen besseren Mutterschutz. Wenn nun die Arbeitgeberseite mit vordergründig juristischen Argumenten dies verhindern will, finde ich das schlicht eine Frechheit. Wir haben uns lange mit Versprechungen abspeisen lassen müssen, was dieses Thema betrifft. Wenn Sie jetzt kommen und sagen, dass wir eine Frist einführen, wo die Schwangeren sich für ihren Kündigungsschutz wehren müssen, heisst das doch nichts anderes, als dass Sie mit dem Nichtinformiertsein der schwangeren Frauen rechnen, um damit den Kündigungsschutz wieder zu umgehen.
Deshalb bitte ich Sie, diesem Minderheitsantrag nicht zuzustimmen.

M. **Darbellay:** Je voudrais simplement insister sur un point. Vous remarquez que l'on donne ici un délai de quinze jours qui n'est fixé nulle part ailleurs. Ce délai me paraît avoir deux inconvénients très graves. D'abord, après quinze jours, une grossesse n'est pas forcément connue, si bien que beaucoup de femmes enceintes n'auraient pas la possibilité de faire valoir leur droit parce qu'elles ne connaîtraient pas leur état de grossesse. Ensuite, j'aimerais faire remarquer que tout le monde ne connaît pas la loi sur le bout du pouce. Alors imaginez la personne qui un mois et demi ou deux mois après avoir été enceinte est mise à la porte sans savoir quels sont ses droits. Elle attend peut-être deux ou trois semaines puis elle s'adresse à son syndicat et à ce moment-là elle est rendue attentive aux dispositions de la loi, mais c'est trop tard pour qu'elle puisse faire valoir ses droits.
Il semble qu'ici ce délai de quinze jours est absolument abusif. Je vous invite instamment à le refuser et par conséquent à rejeter la proposition Früh.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Es wurde zwar bereits erwähnt: Im heute gültigen Gesetz hat der Wehrmann keine Frist, um dem Arbeitgeber zu sagen, wann er in den Militärdienst einrücken muss. Der Wehrmann weiss zwar im Herbst 1986 beispielsweise, dass er im Herbst 1987 in den Militärdienst gehen muss. Der Arbeitgeber weiss das aber nicht. Der Wehrmann muss dem Arbeitgeber überhaupt nicht sagen, er gehe dann in einem Jahr oder in neun Monaten in den Militärdienst, sondern er kann das vier Wochen vorher, wenn er das Aufgebot erhält, mitteilen. Dann kann ihm der Arbeitgeber während dieser Zeit nicht mehr kündigen. Auch bei Krankheit, die von heute auf morgen erfolgt, darf nach Ablauf der Probezeit nicht gekündigt werden.
Nun verlangen Sie ausgerechnet bei der schwangeren Frau eine Einsprachefrist von 14 Tagen, die sonst nirgends vermerkt ist. Es gibt Mediziner hier im Saal, die wissen, dass Schwangerschaften unter Umständen erst nach Monaten festgestellt werden. Wenn Sie hier Missbrauch befürchten, so möchte ich Ihnen empfehlen, diese Bestimmung zu streichen und dem Ständerat zuzustimmen. Wenn die Bestimmung im Gesetz bleibt, gibt es ganz sicher Leute, die zuerst einmal jeder Frau erklären: Im Falle, dass Du eine Kündigung erhältst, geh zum Arbeitgeber und sage ihm, Du seiest schwanger. Der hat sowieso schon jemand angestellt, Herr Fischer, bevor er einer Arbeitnehmerin gekündigt hat. Dann kann sie immer noch nach anderthalb oder zwei Monaten sagen, es sei – nach Ihren Ausführungen – nicht sicher. Sie haben das selbst erklärt. Mit dieser Bestimmung, die die Minderheit vertritt, öffnen Sie dem Missbrauch Tür und Tor. Ich würde es mir selber zumuten, dass ich jeder Frau, die in einer Rezessionszeit eine Kündigung erhält, erklären würde, sie solle dem Arbeitgeber sagen, sie sei schwanger, dann könne sie noch bleiben, dann sei die Kündigung nichtig. Wollen wir in unserem Rat zu solchen Missbrauchsmöglichkeiten Hand bieten? Das dürfen wir nicht. Wenn wir das nicht wollen, müssen wir dem Ständerat zustimmen.

M. **Dupont,** rapporteur: Je crois que ce qui est le plus gênant dans la proposition de M. Früh, c'est la discrimination qui est faite entre les malades, les accidentés et la femme enceinte. Tout est là et, en vertu de cette discrimination particulièrement choquante, je vous invite à rejeter la proposition Früh.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	75 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	64 Stimmen

Präsident: Damit sind die Aenderungen im Obligationenrecht bereinigt. Wir kommen zu den Aenderungen im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung.

Ziff. 2 – Ch. 2

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Hier besteht keine Differenz. Das ist nur irrtümlich aufgenommen worden. Wir haben festgestellt, dass wir im Nationalrat und im Ständerat Artikel 12 nicht ins Sofortprogramm aufgenommen haben. Damit müssen die Artikel 31 bis 34 nicht angepasst werden, sondern die alten Artikel gelten weiterhin. Sie können also das Ganze streichen.

Ziff. 3
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Früh
Streichen

Ch. 3
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition Früh
Biffer

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Wie ich Ihnen bereits einleitend dargelegt habe, hat der Ständerat beschlossen, auf die Vorlage B nicht einzutreten. Dagegen hat er in der Vorlage A ein neues Kapitel IIIbis angefügt. Nach diesem soll die Mutterschaftsversicherung über die Erwerbsersatzordnung geregelt werden. Dabei ging der Ständerat von folgenden Ueberlegungen aus:
Die Bundesverfassung enthält seit 1945 in Artikel 34quinquies den Absatz 4, der wie folgt lautet: «Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Mutterschatsversicherung einrichten. Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären, und es dürfen auch Personen, die nicht in den Genuss von Versicherungsleistungen kommen können, zu Beiträgen verpflichtet werden. Die finanziellen Leistungen des Bundes können von angemessenen Leistungen der Kantone abhängig gemacht werden.»
Sie erinnern sich an die Beratungen in unserem Rat. In der Krankenpflegeversicherung wurde die Mutterschaft der Krankheit gleichgestellt. Die Leistungen gelten auch für Mütter, die nicht in den Krankenkassen versichert sind. Die Leistungen bei Mutterschaft werden den Krankenkassen vom Bund voll vergütet. Der Nationalrat wie der Ständerat haben dieser Regelung zugestimmt.
Weiter hat der Bundesrat in seinem Gesetzesentwurf eine obligatorische Taggeldversicherung vorgeschlagen. Der Entwurf des Bundesrates sah vor, dass bei Mutterschaft das gleiche Taggeld an erwerbstätige Frauen ausgerichtet wird

wie bei Krankheit. Dieses obligatorische Taggeld war in unserem Rat umstritten. Darum wurde es aus dem Gesetz herausgelöst und als eigener Gesetzesentwurf, als Teil B, gestaltet. Dieser Teil B war umstritten, und es wurde mehrmals mit dem Referendum gedroht. Auch wurde in unserem Rat eine Regelung über das Obligationenrecht abgelehnt. Es wurde ja vorgeschlagen, dass im Obligationenrecht eine Bestimmung aufgenommen werde, dass der Arbeitgeber vier Fünftel des Lohnes während 16 Wochen der Mutterschaft zu entrichten hat. Da befürchtet werden muss, dass das obligatorische Krankengeld, also die Vorlage B, abgelehnt wird, suchte die ständerätliche Kommission aus folgenden Gründen eine neue Lösung:

1. Sie legte Wert darauf, dass der seit über vierzig Jahren bestehende Verfassungsauftrag mit dieser Gesetzesrevision befriedigend erfüllt wird.

2. Bei der Behandlung der Mutterschaftsinitiative in beiden Räten und im Abstimmungskampf wurde immer wieder davon gesprochen, dass alles Nötige zur Erfüllung des Verfassungsauftrages über die Revision des Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetzes gemacht werde.

Wir haben also einerseits schon seit über 40 Jahren einen Verfassungsauftrag, andererseits haben wir im Abstimmungskampf über die Mutterschaftsinitiative immer wieder Zusicherungen abgegeben, dass über die Revision des Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetzes eine Lösung gesucht werde.

Der Ständerat hat nun diese Lösung durch Einfügung in die bestehende Erwerbsersatzordnung für die Mutterschaftstaggelder gefunden. Es wurde dabei ausdrücklich festgestellt, dass zu einer Mutterschaftsversicherung auch Taggeld und nicht nur Pflegeleistungen gehören. Das Taggeld soll nach Meinung des Ständerates nicht nur der erwerbstätigen Mutter, sondern jeder Mutter zukommen, auch derjenigen Frau, die den Erwerb aufgab, um sich nach der Geburt der Familie zu widmen, im besonderen aber auch der jungen, vielleicht noch nicht im Erwerbsleben stehenden Mutter.

Beim Eherecht haben wir eingesehen, dass die Arbeit im Haushalt ebenso wichtig ist wie die ausserhäusliche Arbeit. Wenn wir diese Linie anerkennen, so dürfen wir die Hausfrauenarbeit nicht diskriminieren, d. h., dass die Arbeitskraft auch da ausfällt, wo die Mutter nicht erwerbstätig ist, d. h. keiner ausserhäuslichen Arbeit nachgeht. Die Hausfrau ist also in der gleichen Situation wie die Arbeitnehmerin in Industrie und Gewerbe, auf einem Büro oder in einem Laden. Das gleiche gilt für den Bäcker und Metzger, bei dem die Hausfrau und Mutter im Laden mithilft, oder gar beim Landwirt. Jede Unterscheidung erwerbstätig oder nichterwerbstätig bei Mutterschaft würde zu grossen Ungerechtigkeiten führen.

Die Lösung des Ständerates, die Mutterschaftstaggelder über die Erwerbsersatzordnung zu regeln, hat einige Vorteile. Sie sehen aus der Fahne, dass unter dem Abschnitt Ibis Aenderungen anderer Bundesgesetze nach der Aenderung des Obligationenrechtes und des Invalidenversicherungsgesetzes eine Aenderung des Bundesgesetzes über die Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivildienstpflichtige vorgesehen ist. Diese Aenderung betrifft vier Artikel des Gesetzes. Dabei ist folgendes festzustellen:

1. Die Lösung ist administrativ einfach. Jeder Furier im Militärdienst und jeder Rechnungsführer im Zivilschutz ist in der Lage, eine Bescheinigung über die geleisteten Diensttage auszustellen. So dürfte es auch den Aerzten und den Einwohnerkontrollen möglich sein, eine Schwangerschaft oder Geburt zu bescheinigen. Die Auszahlung der Entschädigung bei Erwerbstätigen könnte analog der Erwerbsersatzordnung über den Arbeitgeber erfolgen, wenn dieser den Lohn weiter bezahlt, bei nichterwerbstätigen Müttern über die kantonalen Ausgleichskassen, gleich wie bei nichterwerbstätigen Männern.

Auch nach der bisherigen Regelung der Erwerbsersatzordnung kommen Nichterwerbstätige in den Genuss von Leistungen, die mit Lohnabzügen zu finanzieren sind. Auch nichterwerbstätige Männer (der Student, der Lehrling), die keine Beiträge bezahlen, kommen bei der EO in den Genuss von Leistungen. Jeder nichtmilitärdienstfähige Mann zahlt Beiträge, aber auch jede erwerbstätige Frau, die beide nie von der Erwerbsersatzordnung etwas erhalten. Hier spielt eine Solidarität, die das ganze Leben anhält.

Der Präsident der ständerätlichen Kommission stellte fest, dass diese Solidarität vom Schweizervolk offenbar akzeptiert wird und es eigenartig wäre, wenn für die Mutterschaft nicht eine gleiche Solidarität Platz finden würde. Die vorgeschlagene Lösung stützt sich auf ein bewährtes Solidaritätssystem zwischen Jungen und Alten, Mann und Frau, Erwerbstätigen und Nichterwerbstätigen. Wenn wir das Mutterschaftstaggeld gleich regeln wie die Entschädigung, welche Männer für ihre Diensttage erhalten, so haben wir auch die Gewissheit, dass die Mutterschaft nicht kleinlicher geregelt wird. Wir dürfen doch hier die gleiche relative Grosszügigkeit erwarten, die die Männer und Frauen den Ansprüchen der Soldaten gegenüber stets zeigen. Dazu kommt, wie bereits erwähnt, dass die vorgeschlagene Lösung administrativ sehr einfach durchzuführen ist, stützt sie sich doch auf einen eingespielten Apparat.

Besonders sympathisch an einer solchen Lösung ist, dass die jungen Frauen auf dem Arbeitsmarkt in keiner Weise diskriminiert sind. Besonders bei Betrieben, die in der Mehrzahl Frauen beschäftigen, könnten doch Lösungen über das Obligationenrecht dazu führen, dass besonders in Rezessionszeiten jüngere Frauen gar nicht mehr eingestellt würden. Das gleiche gilt bei den Taggeldversicherungen, bei denen in solchen Betrieben oder Branchen höhere Prämien bezahlt werden müssen. Wenn aber der Arbeitgeber weiss, dass die Mutterschaftsleistungen nicht aus dem eigenen Sack, sondern aus dem schweizerischen Fonds bezahlt werden, der Prämien von allen Löhnen bezieht, fällt die Gefahr einer Diskriminierung jüngerer Frauen dahin.

Die Lösung des Ständerates umfasst im besonderen folgende Punkte:

a) Einziges Kriterium für den Anspruch auf Taggeld ist die Mutterschaft. Anspruch haben erwerbstätige wie nichterwerbstätige, verheiratete wie unverheiratete Frauen.

b) Das Gesetz sieht eine Dauer des Mutterschaftstaggeldes von sechzehn Wochen vor, von denen mindestens acht Wochen nach der Niederkunft liegen müssen.

c) Es werden die gleichen Entschädigungen wie bei der Erwerbsersatzordnung für Männer, die Militärdienst oder Zivildienst leisten, gewährt. Diese beträgt gegenwärtig mindestens 35 Franken pro Tag, es sind allerdings keine Betriebszulagen, keine Kinderzulagen, wie diese für den Militärdienst gelten, vorgesehen.

d) Der Gesetzentwurf sieht dieselbe Einkommensabhängigkeit vor, wie bei der Erwerbsersatzordnung, von 35 Franken im Minimum bis 105 Franken im Maximum, abhängig vom Lohneinkommen der Frau. Das Maximum würde bei einem Einkommen von etwa 4800 Franken pro Monat erreicht. Bei den immer noch durchschnittlich tiefen Löhnen der jungen Frauen wird sich der Grossteil der Taggelder an der unteren Grenze bewegen.

e) Alle näheren Bestimmungen, wie lange die Frau erwerbstätig sein müsste, um nicht nur das Minimum zu erhalten, werden der Verordnung des Bundesrates überlassen. Es ist zu hoffen, dass die Analogie der Erwerbsersatzordnung verhindern wird, dass für die Frauen kleinlichere Lösungen ins Auge gefasst werden. Der Bundesrat wird die Verordnung ähnlich wie bei der Erwerbsersatzordnung treffen, eventuell ergänzt mit Gründen, die nur für die Frau allein zutreffen.

Zur Vorlage selbst führte der Präsident der ständerätlichen Kommission im Ständerat noch folgendes aus, und es scheint mir von Bedeutung, dass ich es wörtlich wiederhole: «Niemand wird der vorgeschlagenen Lösung eine gewisse überraschende Eleganz absprechen können. Es gibt aber natürlich auch Einwände gegen diese Lösung, und die werden nachher kommen. Es wird ausgeführt, es sei direkt unmoralisch, die Geburt in die Nähe des Militärdienstes zu stellen. Das tut die Vorlage aber auch nicht. Sie benützt nur ein bestehendes Entschädigungssystem, das auf der Soli-

darität des ganzen Volkes beruht. Von einer Gleichstellung von Schwangerschaft und Militärdienst kann keine Rede sein. Dann wird bestimmt auch der 'Giesskannen-Vorwurf' erhoben werden. Warum bekommt die Direktorsfrau, die nie einen Beitrag geleistet hat und es nicht nötig hat, ein Taggeld? Der Verfassungsauftrag fordert eine Mutterschaftsversicherung. Nach Meinung der Kommission kämen wir diesem Auftrag nicht nach, wenn wir nicht jede Mutterschaft berücksichtigen, was bei den Pflegeleistungen überhaupt unbestritten war. Wir gehen dort sogar so weit, dass Nichtversicherte Pflichtleistungen erhalten. Zur Mutterschaftsversicherung gehört ein Taggeld. Wir möchten einen Anreiz schaffen, das Kleinkind selber zu pflegen und in dieser Zeit auf den Erwerb zu verzichten und verzichten zu können. Das war ein Anliegen, das in der Abstimmung über die Mutterschaftsinitiative unbestritten war.
Nicht nur die erwähnte und meines Erachtens nicht existierende Direktorenfrau, die angeblich nichts tut, sich von Angestellten bedienen lässt und sich ihren Hobbies widmet, wird, wie bereits beim Eherecht, wieder in der Diskussion auftauchen, sondern auch alle anderen Schreckgespenster werden kommen: die Frau, die nur schwanger wird, damit sie die Entschädigung erhält, die Frau, die nur Arbeit annimmt, um nicht das Minimum der Entschädigung zu erhalten oder der Schlaumeier-Arbeitgeber, der eine fiktive Lohnerhöhung kurz vor der Schwangerschaft vornimmt. Das männliche Gegenstück dieser Missbrauchsvisionen hat unser grosszügiges und auf der Solidarität des ganzen Volkes aufgebautes Werk offenbar unbeschadet überstanden. Alle diese Missbrauchsvisionen bringen mich nicht davon ab, zu glauben, dass die Lösung der Mutterschaftstaggelder nach unserem System möglich sein müsste und dem Volk gut anstehen würde. Sicher bedeutet Kinderhaben auch, für sie sorgen zu wollen, das hängt vom Wunsch der Eltern ab. Das ist richtig und soll so bleiben. Aber ganz uninteressiert ist der Staat als Ganzes auch nicht am Nachwuchs. Es gibt gute Gründe, den Artikel über die Mutterschaftsversicherung in unsere Verfassung aufzunehmen. Es gibt auch jetzt gute Gründe, ihn zu einem Zeitpunkt zu erfüllen, wo wir nicht gerade mit geburtenstarken Jahrgängen gesegnet sind. Es gibt gute Gründe, von einem Interesse des Staates an den Kindern zu sprechen.»
Ich schliesse mich diesen Ausführungen des Präsidenten der ständerätlichen Kommission voll an und bitte Sie, den Vorschlag ebenfalls zu akzeptieren.

M. **Dupont**, rapporteur: Le Conseil des Etats, à l'unanimité, et votre commission vous proposent d'intégrer à la LAPG la réglementation relative aux prestations en cas de maternité. Par analogie de principe, la LAPG serait ainsi réalisée de la manière la plus simple bien que par ailleurs il y ait aussi des motifs plaidant en faveur d'une réglementation en matière spéciale. Le système de prestations de la LAPG n'est toutefois pas repris dans sa totalité. En effet, quant au financement, il devra se faire séparément (article 28a). L'article 34quinquies, alinéas 4 et 5 de la constitution fédérale, représente la base qui permet sur la plan constitutionnel l'allocation de prestations d'assurance en cas de maternité. C'est la raison pour laquelle cette disposition doit, par conséquent, être énumérée dans le préambule de la LAPG.
L'article 16b est l'article principal de cette disposition qui définit les conditions posées pour avoir droit à l'allocation de même que la nature et la durée des prestations. La femme a droit aux prestations si lors de son accouchement elle est domiciliée en Suisse depuis neuf mois au moins et se trouve assurée auprès de l'AVS-AI. L'accumulation de ces deux conditions, domicile et assurance AVS-AI, est importante en raison de l'article premier, alinéa 2, de la loi sur l'assurance-vieillesse. La disposition légale précitée libère en effet certaines personnes bien que domiciliées en Suisse de l'obligation de l'assurance AVS, ce sont les diplomates, les travailleurs frontaliers, les travailleurs détachés. Alors que l'obligation est en principe liée à l'existence d'un domicile en Suisse.
Etant donné que ces personnes ne versent pas de cotisations à l'AVS ni par là même à la LAPG, elles ne doivent pas non plus avoir droit à des prestations de manière générale. Les conditions posées par l'article 16b quant à l'existence d'un domicile en Suisse pendant neuf mois au moins lors de l'accouchement découle du principe même de l'assurance, l'accumulation de ces deux conditions domicile et assurance-AVS pouvant toutefois s'avérer trop sévère et avoir des conséquences considérées comme choquantes et injustes. Le troisième alinéa de l'article 16 prévoit que le droit aux prestations peut être accordé par le Conseil fédéral à des femmes qui ne pourraient y avoir droit en vertu de la loi.
On vous propose de reprendre le système de prestations de la LAPG sous une forme quelque peu simplifiée soit de ne reprendre que l'allocation de ménage. Celle-ci constitue cependant la partie la plus importante des allocations prévues dans le système de la LAPG. Le fait que l'on ne renvoie pas en l'espèce à l'article 9, alinéa 2, de la LAPG, permet de prévoir que les femmes seules reçoivent aussi et dans tous les cas l'allocation de ménage.
La disposition relative à la durée du congé de maternité correspond à la proposition faite pour la durée du droit aux indemnités dans l'assurance d'une indemnité journalière; il faut vous reporter à l'article 40i, alinéa 3, du projet B sur lequel nous reviendrons bien entendu tout à l'heure.
Le deuxième alinéa de l'article 16b fixe le revenu déterminant pour l'allocation à verser. Il ne définit toutefois pas quelles sont les femmes considérées comme exerçant une activité lucrative et lorsque l'activité lucrative a, le cas échéant, cessé longtemps avant l'accouchement ou lorsque ledit exercice n'a débuté que peu avant l'accouchement. Cette question étant réglée au niveau de l'ordonnance, dans le cadre de la LAPG elle le sera également, sur ce plan là s'agissant des prestations en cas de maternité.
Les femmes n'exerçant pas d'activité lucrative recevront l'allocation minimale (35 francs par jour) que j'ai citée tout à l'heure dans le préambule qui correspond au principe prévu par l'article 10, alinéa premier, de la LAPG.
Comme je l'ai déjà relevé, le troisième alinéa de l'article 16b permet de remédier aux difficultés qui peuvent résulter de l'accumulation des conditions posées par le premier alinéa pour le droit à l'allocation domicile-assurance. On peut penser en particulier à la femme qui est domiciliée en Suisse mais qui, sur la base d'une convention passée par la Suisse avec un autre Etat n'est pas assurée AVS vu sa qualité de frontalière ou encore à la ressortissante suisse, domiciliée à l'étranger, qui est assurée AVS à titre obligatoire ou facultatif et qui transfère son domicile en Suisse peu avant l'accouchement, le Conseil fédéral doit dans un tel cas avoir la compétence d'accorder le droit aux prestations en dérogation du premier alinéa. Il est bien entendu qu'une femme qui accoucherait pendant un voyage à l'étranger bénéficierait pleinement des droits puisqu'elle serait considérée comme étant domiciliée en Suisse en réalité.
L'article 28a, le financement doit se faire d'après les principes figurant aux articles 26 et 28 LAPG, soit par le truchement d'un supplément à la cotisation AVS. Un compte séparé avec un fonds de compensation indépendant est toutefois prévu pour les prestations en cas de maternité. Nous y reviendrons tout à l'heure lors du débat sur cet article.
L'article 29bis, dans la LAPG, comporte des dispositions qui ne sont pas applicables aux prestations en cas de maternité. Dès lors, il convient de préciser expressément quels sont les points de cet article 29bis qui sont applicables aux prestations en cas de maternité.
Enfin à l'article 34, alinéa 4, une grande partie des dispositions de la LAPG sont aussi applicables par analogie aux prestations en cas de maternité. Les réglementations au niveau des ordonnances devraient donc être identiques dans toute la mesure possible. Une réglementation dérogeant aux autres dispositions d'exécution sera toutefois nécessaire dans les domaines particuliers. Il faut que le Conseil fédéral veille à ne pas édicter des dispositions d'exécution qui ne soient pas expressément nécessaires.

La commission, je le répète, dans sa plus large majorité, vous recommande de suivre le Conseil des Etats avec les légères modifications que nous vous proposons et d'approuver cette nouvelle disposition.

Früh: Ich betone ausdrücklich, dass ich nicht im Namen der FDP-Fraktion spreche, das tut dann Herr Allenspach. Es ist wahrscheinlich unschwer zu erkennen, dass meine Opposition aus dem Kreis des Gewerbes, der Klein- und Mittelbetriebe stammt. Daneben gibt es noch einen anderen Grund. Mit meinem Streichungsantrag wird überhaupt erst eine Diskussion über eine völlig neue Konzeption ermöglicht, über eine Konzeption ohne bundesrätliche Botschaft und ohne Vernehmlassung der interessierten Kreise und der Kantone. Ich bemühe mich jetzt, Ungerechtigkeiten darzulegen: Von den Missbrauchsvisionen des Herrn Präsidenten nehme ich selbstverständlich Kenntnis.
Die vom Ständerat beschlossene und von der Nationalratskommission beantragte Ergänzung der KMVG-Revision, mit welcher Taggelder der Erwerbsersatzordnung bei Mutterschaft ausbezahlt werden sollen, ist abzulehnen. Die Massnahme ist erstens unnötig und unsozial und zweitens auch unlogisch; drittens bläht sie den Sozialversicherungsapparat auf. Zudem veranlassen uns weder Artikel 34quinquies Absatz 4 der Bundesverfassung noch angebliche Versprechungen, die im Zusammenhang mit der abgelehnten Mutterschaftsinitiative aus dem Jahre 1980 abgegeben worden sein sollen, dieser Denaturierung der Krankenversicherungsrevision zuzustimmen.
Zu diesen drei Punkten:
1. Niemand kann im Ernst behaupten, dass die Ausrichtung von EO-Entschädigung bei Mutterschaft einem dringenden und echten sozialen Bedürfnis entspreche. Immer wieder wird gefordert, dass heute Sozialpolitik nicht mehr nach dem Giesskannenprinzip betrieben werden soll, sondern sich verstärkt auf den effektiv ausgewiesenen sozialen Bedarf auszurichten habe.
Was hier zur Diskussion steht, ist ein Beispiel von Sozialpolitik mit der Giesskanne par excellence. Sie nimmt keinerlei Rücksicht darauf, ob die Empfänger die Leistungen tatsächlich benötigen oder nicht. Nichterwerbstätige Frauen erhalten pro Mutterschaft nach heutigen Ansätzen gegen 4000 Franken, unabhängig davon, ob die Mutter Millionärsgattin ist oder in bescheideneren Verhältnissen lebt. Gut verdienende erwerbstätige Mütter, die vielleicht in vielen Fällen auch ohne wirtschaftlichen Zwang die Betreuung der Kinder andern überlassen, erhalten gegen 12 000 Franken, ohne dass man sich um die Frage kümmert, ob die wirtschaftlichen Verhältnisse der Mutter und ihrer Familie diese hohen Leistungen überhaupt notwendig machen. Es ist auch nicht besonders sozial, wenn werktätige Frauen in bescheidenen Verhältnissen mit ihren Lohnabzügen ein reichliches Mutterschaftsgeld für wohlhabende, nichterwerbstätige Frauen finanzieren. Den meisten Familien kann heute zugemutet werden, die wirtschaftlichen Folgen einer Geburt selbst zu verkraften. Es besteht zudem die Möglichkeit, freiwillig auch für die Mutterschaft eine Taggeldversicherung abzuschliessen, die überdies durch die vorliegende Krankenversicherungsrevision begünstigt wird.
Wenn in den Regionen der Schweiz unterschiedliche familienpolitische Auffassungen bestehen, können die Kantone Geburtsgelder in ihren Familienzulageordnungen einbauen. Generell ist aber zu sagen, dass ein Mutterschaftsgeld im vorgesehenen Giesskannenprinzip auch familienpolitisch nicht zu begründen ist und sogar kontraproduktiv wirkt. Die Familie wird nicht gestärkt werden, wenn in steigendem Masse das Kollektiv die wirtschaftliche Verantwortung für den Familiennachwuchs übernimmt. Der Vorschlag ist deshalb sowohl unnötig als auch unsozial und schwächt letztlich die Familie.
2. Der Vorschlag von Ständerat und Nationalratskommission ist aber auch unlogisch, und zwar gleich in zweierlei Hinsicht. Ein Mutterschaftsgeld hat nichts, aber auch gar nichts mit der Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige zu tun. Immer wieder wird gesagt, dass erwerbstätige Frauen EO-Beiträge zahlen, aber in den meisten Fällen nie in den Genuss von Leistungen der Erwerbsersatzordnung kommen. Es sei deshalb nur gerecht, dass sie über das Mutterschaftsgeld an den Leistungen der EO partizipieren könnten. Dieses Argument ist völlig falsch. Die Landesverteidigung stellt die klassische kollektive Aufgabe dar. Deshalb sollen zur Erwerbsersatzordnung alle beitragen, und zwar nach Massgabe ihrer wirtschaftlichen Möglichkeiten. Es liegt nahe, dazu an das Erwerbseinkommen anzuknüpfen, und zwar an dasjenige sämtlicher Erwerbstätiger, ob Frauen oder Männer. Die Verantwortung für die Familie, die selbstverständlich für den Staat von grösster Bedeutung ist, liegt aber demgegenüber im privaten Bereich.
Zudem wissen wir alle, dass die Ergänzung der Erwerbsersatzordnung durch ein Mutterschaftsgeld nicht aus sachlichen, sondern ausschliesslich aus taktischen Gründen in die Krankenversicherungsrevision eingebaut ist. Wenn man schon diese Erweiterung der Erwerbsersatzordnung diskutieren will, müsste es im Rahmen eines separaten Beschlusses geschehen. Mit der vorliegenden Krankenversicherungsrevision ist in der Tat kein Staat zu machen, vor allem nicht nach der heutigen Debatte. Nach langjährigen Beratungen müssen wir davon ausgehen, dass die Massnahmen zur Kosteneindämmung wenig bringen werden. In der zentralen Frage der Kostenexplosion im Gesundheitswesen, die Ausgangspunkt der Revision war, leistet sie wohl nicht einen entscheidenden Beitrag. Das Finanzierungsproblem bleibt ungelöst und wird durch verschiedene Bestimmungen sogar noch verschärft. Der Verdacht liegt deshalb nahe, dass eine unbefriedigende Vorlage doch noch etwas attraktiver gemacht werden soll, indem man ein zweifelhaftes Geschenk einbaut.
3. Der Bürger ist sich aber in stärkerem Masse bewusst, dass keine Sozialversicherungsleistungen irgend welche Geschenke darstellen, sie vielmehr erarbeitet und finanziert werden müssen, sei es durch Lohnabzüge und/oder durch Steuergelder. Die Umverteilungsmaschinerie des Sozialversicherungswesens hat inzwischen ein gigantisches Ausmass erreicht. Das Pumpwerk setzt Mittel um, welche die Grössenordnung eines Fünftels des Sozialproduktes und eines Drittels der gesamten Lohnsumme ausmachen. Allein die lohnprozentualen Abgaben von Arbeitgebern und Arbeitnehmern für die durch das Bundesrecht obligatorisch erklärten Sozialversicherungswerke betrugen 1970 noch weniger als 8 Prozent, 1980 etwa 12 Prozent und werden demnächst deutlich mehr als 20 Prozent der Erwerbseinkommen ausmachen. Nicht zuletzt auch die Arbeitnehmer, und wir denken vor allem an die jüngeren Generationen, haben genug von zusätzlichen Lohnabzügen. Der Nationalrat hat in der ersten Runde der Beratung der Krankenversicherungsrevision den Beschluss B in eine spezielle Vorlage gefasst, damit die Frage der Einführung eines neuen Versicherungsobligatoriums und zusätzlicher lohnprozentualer Abgaben gesondert beurteilt werden kann. Wir dürfen jetzt nicht wieder einen neuen obligatorischen und lohnprozentual finanzierten Sozialversicherungszweig in die Revision der Krankenpflegeversicherung einbauen.
Zum Schluss: Es trifft nicht zu, dass Artikel 34quinquies Absatz 4 der Bundesverfassung die Einführung einer obligatorischen Mutterschaftsgeldversicherung erfordert. Aus dem Bundesblatt 1944 Seite 1085 ergibt sich, dass eine wirtschaftliche Entlastung bei der Geburt angestrebt wurde, die zudem auch Mütter begünstigen können solle, die nicht einer Krankenversicherung angeschlossen sind. Beide Bedingungen sind, nicht zuletzt durch die vorliegende Revision der Krankenpflegeversicherung, erfüllt. Beim Erlass der Verfassungsbestimmung war nicht die Rede davon, dass die Mutterschaftsversicherung im Rahmen eines Obligatoriums oder durch Taggeldleistungen realisiert werden müsse. Ueberdies ist darauf hinzuweisen, dass die vorliegende Revision bei Mutterschaft massgebende Verbesserungen der Pflegeleistungen und des freiwilligen Taggeldes bringt, was insbesondere jenen in Erinnerung zu rufen ist, die damit argumentieren, es seien im Zusammenhang mit der Volksin-

itiative für einen wirksamen Schutz der Mutterschaft Versprechungen abgegeben worden. Jene Initiative wurde am 2. Dezember 1984 mit 84 Prozent aller Stimmen und durch sämtliche Stände verworfen. Der Vorschlag des Ständerates und der Nationalratskommission ist nach meinen Ausführungen unsozial, unnötig und unlogisch und muss deshalb abgelehnt werden.
Sie werden ja wohl kaum zur Umkehr zu bewegen sein. Vor den Wahlen 1987 werden viele von uns vor unseren Wählern vor einem Weiterausbau der Sozialversicherungen nach Lohnprozenten warnen. Wir werden die Giesskannen-Sozialleistungen verurteilen, und wir werden die Sozialleistungen, die sogar recht unsozial sein können, verurteilen. Wir werden wegen der vermeintlichen Wählergunst aber dieser EO-Lösung sehr wahrscheinlich zustimmen.

Frau **Fetz:** Grundsätzlich stimmt die Fraktion der POCH/PSA/PdA der vorgeschlagenen Lösung zur Ausrichtung eines Mutterschaftstaggeldes zu. Die Lösung im Rahmen der Erwerbsersatzordnung scheint uns rasch und einfach realisierbar, und damit sehen wir sie als einen ersten Schritt in die richtige Richtung an. Wir streben aber weiterhin – und das möchte ich hier nicht verhehlen – eine Mutterschaftsversicherung an, die auch die Frage des Elternurlaubs regelt. Schliesslich ist die sehr arbeits- und zeitaufwendige Betreuung eines Kleinkindes acht Wochen nach der Geburt nicht einfach abgeschlossen. Es müssten die finanziellen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass endlich auch Männer real in die Betreuung von Kleinkindern miteinsteigen können. Nicht nur würden so die Bedingungen für die Frauen auf dem ausserhäuslichen Arbeitsmarkt verbessert und ein Beitrag zur Aufhebung der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung geleistet, sondern es wäre auch für die psychische Entwicklung der Kinder und der Männer ganz enorm wichtig, wenn beide endlich einmal mehr zusammen sein könnten. Für unsere Fraktion bleibt demnach die Forderung nach einem bezahlten Elternurlaub, der an den Mutterschaftsurlaub anschliesst und von der Mutter, dem Vater oder beiden bezogen werden kann, nach wie vor aktuell.
Wir sind nicht damit einverstanden, wenn die vorgeschlagene Regelung des Mutterschaftstaggeldes als Alibi dazu dienen soll, die obligatorische Taggeldversicherung für Krankheitsfälle für alle zu bodigen. Genau das ist aber der Fall, und das wissen wir natürlich alle. Wir beantragen Ihnen deshalb mit der Kommissionsminderheit, auf die Vorlage B trotz der Regelung des Mutterschaftstaggeldes in der Erwerbsersatzordnung einzutreten.
Nun zu den einzelnen Bestimmungen der Aenderungen in der EO. Zunächst zur Finanzierung: Die vorgeschlagene Regelung nach dem AHV-Modell ist ganz eindeutig besser als die im Teil B ursprünglich vorgesehene Finanzierung. Wir haben schon in der Debatte 1984 mit aller Deutlichkeit festgehalten, dass die vom Nationalrat angenommene Finanzierung zu einer massiven Mehrbelastung aller Frauen führt, die in sogenannten frauenspezifischen Branchen arbeiten.
Die von Arbeitgeberseite vorgeschlagene, obligationenrechtliche Lösung hätte ausserdem dazu geführt, dass Arbeitgeber Frauen im gebärfähigen Alter noch weniger angestellt hätten. Die die Frauen benachteiligenden Momente fallen mit der Lösung im Rahmen der Erwerbsersatzordnung dahin. Das scheint uns gut so. Trotz dieses Finanzierungsmodells bleiben jedoch noch stossende Mängel bestehen, auf die ich hier kurz eingehen möchte:
1. Die zehn Prozent höheren Prämien für Frauen in der allgemeinen Krankenpflegeversicherung bleiben auch in diesem Sofortprogramm bestehen. Mit der zusätzlichen Finanzierung des Mutterschaftstaggeldes fällt nun aber ein angeblicher Legitimationsgrund für dieses europäische Unikum weg. Es gibt sonst nirgends ungleiche Prämien zwischen Männern und Frauen. Die Frauenprämienregelung könnte somit dahinfallen; denn sie widerspricht dem Solidaritätsgedanken und auch dem Gleichheitsartikel in der Krankenversicherung, zumal der Bundesrat selbst in seinem Rechtsetzungsprogramm «Gleiche Rechte für Mann und Frau» die Auffassung vertritt, dass die Prämiengleichheit der Geschlechter im Lichte des Verfassungsartikels ein absolutes Muss ist.
2. Der Ehemann, dessen Frau nicht erwerbstätig und nicht AHV-pflichtig ist, löst auch nach diesem Finanzierungsmodell mit seinem einfachen Beitrag eine Leistung für seine keinen Beitrag zahlende Frau aus. Immerhin – und das sei hier betont – ist die Regelung weniger stossend als in der AHV, weil er nicht auch noch gleichzeitig für sich selbst eine Leistung auslöst. Es wäre aber unserer Meinung nach zu diskutieren, ob nicht aus allgemeinen Bundesmitteln Zuschüsse für die Leistung an beitragsfreie Frauen möglich wären, dies in Anerkennung auch ihrer häuslichen Arbeit. Mit den Beiträgen der Erwerbstätigen und der freiwillig AHV-versicherten Nichterwerbstätigen – also Studenten, Lehrlinge – könnten dann höhere Leistungen für Frauen mit kleinem Einkommen ausbezahlt werden.
3. Damit komme ich zur Höhe der vorgesehenen Mutterschaftsgelder. Es kann natürlich keine Rede davon sein, dass mit 35 Franken pro Tag die Mehrarbeit der Frau mit einem Neugeborenen abgegolten ist. Der Betrag ist wirklich nur – und so betrachten wir das auch – als Zustupf für Mehrkosten zu sehen. Wir hätten eine Lösung vorgezogen, bei der Niedrigsteinkommen von 2000 Franken pro Monat zu 100 Prozent ausgeglichen würden. Ich meine, dass das für eine Dauer von 16 Wochen wahrlich keine übertriebene Forderung ist. Die Subkommission des Ständerates hat Lösungsvorschläge, die in diese Richtung zielen, diskutiert. Sie sind aber leider im Plenum nicht mehr aufrechterhalten worden. Wir finden es sehr schade, dass die Nationalratskommission hier nicht korrigierend eingegriffen hat. Hinzu kommt noch eine stossende Ungerechtigkeit, dass die Frauen nämlich innerhalb der Erwerbsersatzordnung den Wehrmännern nicht gleichgestellt sind. Sie bekommen nämlich nur eine Haushaltentschädigung, nicht aber eine Kinder- Unterstützungs- und Betriebszulage. Diese Ungerechtigkeiten brauchen wir bei der Neuregelung nicht gleich wieder aufzunehmen. Ich werde Ihnen deshalb in der Detailberatung beantragen, diese Zulagen auch den taggeldberechtigten Frauen zu geben.
4. Noch ein Wort zur Anspruchsberechtigung: Richtig und wichtig finden wir, dass alle Mütter Anspruch auf Taggeld haben und dass kein Kontrollsystem aufgezogen wird. Die Höhe der ausbezahlten Taggelder spielt aber eine entscheidende Rolle dabei, ob Frauen es finanziell nötig haben oder nicht, während dieser Zeit zu arbeiten. Es ist auch immer wieder festzustellen, dass Frauen einem entsprechenden Druck von Arbeitgeberseite standhalten müssen. Deshalb meinen wir, dass die Regelung mit den Taggeldern so richtig ist, das heisst, dass auch nichterwerbstätige Frauen einen Anspruch darauf haben.
Ich bitte Sie aber dringend, dass hier gleich wie bei den Dienstpflichtigen verfahren wird, nämlich, schon vier Wochen Erwerbsarbeit während der letzten zwölf Monate sollen genügen, um einen Anspruch auf Taggeld zu haben. Ich bitte den Bundesrat, klar Stellung zu beziehen, wie das auf dem Verordnungsweg geregelt werden soll.
Zum Schluss möchte ich Sie wirklich dringend auffordern, dieser Regelung einer minimalen Mutterschaftsversicherung zuzustimmen und dem Verfassungsauftrag, den wir seit über 40 Jahren haben, nachzukommen.
Herrn Früh möchte ich nochmals sagen: Es stimmt nicht, dass im damaligen Abstimmungskampf keine Versprechungen gemacht wurden, sondern genau mit dem Versprechen, dass die Mutterschaft innerhalb der Krankenversicherung geregelt werde, ist die Initiative für einen wirksamen Mutterschutz gebodigt worden. In diesem Saal haben das bei der damaligen Debatte – ich habe es nachgelesen – alle entsprechenden politischen Kräfte unterstützt. Man kann deshalb heute nicht sagen, das stimme nicht.

Basler: Für die Fraktion der SVP ist diese Teilrevision der Krankenversicherung bedeutsam, weil sie die jährlich wiederkehrenden Milliarden des Bundes gezielter einsetzt als

bisher, nämlich für Sozialhypotheken, für Kinder und Frauen, und weil sie die Kostenbeteiligung der Versicherten bei ihren vielen kleinen Forderungen an die Kassen einschliesst. Die Vorlage ist bedeutsam, weil die stossende Regelung verschwindet, wonach bei lang andauernder Spitalbedürftigkeit die Versicherung gerade dann zu zahlen aufhört, wenn die Krankheit zum Schicksal wird. Sie erleichtert auch für alle noch nicht im Rentenalter Stehenden den Zugang zu einer Krankenversicherung und für wirtschaftlich Schwache müssen die Kantone die Beiträge teilweise übernehmen.
Soweit liegt die Revision dieses Gesetzes sozialpolitisch richtig. Die Allgemeinheit muss jenen finanziell beistehen, die in Not geraten. In diese Richtung weist auch die Kommissionsmotion zur späteren Totalrevision des Gesetzes: die aufzubringenden Mittel seien gezielter einzusetzen.
In anderer Richtung liegen jedoch die vom Ständerat eingebauten Leistungen bei Mutterschaft. Würden diese auch vom sozialpolitischen Standpunkt aus betrachtet, so müsste man das Wort «Giesskannensubvention» gebrauchen. Offensichtlich sind diese Taggelder aber nicht sozialpolitisch motiviert, sondern durch das Verlangen nach Gerechtigkeit, nach Gleichstellung von Mann und Frau. Der Zeitgeist verlangt heute eine Lösung. So betrachtet ist wohl die Anlehnung an die für den Militärdienst eingeführte Erwerbsersatzordnung die konsensfähigste Regelung.
Wiederholt – wir haben es eben jetzt von Frau Fetz gehört – wird auf den Verfassungsauftrag für eine Mutterschaftsversicherung hingewiesen. Dieser Auftrag ist während des Zweiten Weltkriegs ausgearbeitet worden, und Anlass dazu war die damalige bevölkerungspolitische Lage unseres Landes. Sie ist übrigens im Bericht über das Volksbegehren für die Familie umfassend dargelegt. Inzwischen hat sich die bevölkerungspolitische Lage so stark geändert, dass sich diesbezüglich ein aktueller Bericht mit einer Neubeurteilung aufdrängt. Schon heute teilen sich um die Hälfte mehr Einwohner in die gleiche Landfläche als zu Beginn des Zweiten Weltkriegs; von Raumplanung war damals noch keine Rede, und Umweltschutz war kein Begriff.
Da wir nun ohne Botschaft über ein Ziel gesetzgeberisch tätig sind, das vor über 40 Jahren begründet worden ist, ersuchen wir den Bundesrat, einen bevölkerungspolitischen Lagebericht mit einer Neubeurteilung in Auftrag zu geben. Herr Bundesrat, ich werde das mit einem entsprechenden Postulat anregen.
Ich habe eingangs auf die Bedeutung dieser nun praktisch abgeschlossenen Ueberarbeitung des Krankenversicherungsgesetzes hingewiesen. Zu den Früchten dieser vieljährigen intensiven, aber vorwiegend in Kommissionen geleisteten Arbeit zählt auch, was eben nicht verändert worden ist. Zudem sind auch Tragfähigkeitsgrenzen für künftige Revisionen von Sozialversicherungen sichtbar geworden. Ich beleuchte drei Punkte:
1. Die Krankenversicherung wird eine bundesrechtlich freiwillige Einzelversicherung bleiben. Der Versuch, eine Krankengeldversicherung für alle Arbeitnehmer obligatorisch einzuführen, ist gescheitert. Der Teil B dieser Revision hat sich als nicht tragfähig erwiesen. Das hat nun Folgen für die von der Sozialdemokratischen Partei und dem Gewerkschaftsbund eingereichte Volksinitiative «Für eine gesunde Krankenversicherung»; denn sie führte zu einer Verstaatlichung der Krankenkassen und verlangt das heute als nicht machbar erkannte Obligatorium für die ganze Bevölkerung.
2. Die Höhe der Bundesbeiträge ist nun wirklich grosszügig geregelt, wenn der Ständerat dem Artikel 38bis auch noch zustimmt. Neu soll nun (das ist das Brisante) ohne Rücksicht auf die Finanzlage des Bundes – aber unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung – im Dreijahresrhythmus die Summe der Bundesmittel für die Kassen festgelegt werden. Damit ist meines Erachtens nun eine goldene Brücke gebaut, die es dem Konkordat der schweizerischen Krankenkassen erlaubt, ihre 400 000 Unterschriften tragende Volksinitiative für eine finanziell tragbare Krankenversicherung zurückzuziehen.
3. Die für die Mutterschaftsleistungen zu erbringenden Lohnabzüge sind nun wirklich die letzten Lohnpromille, die noch angenommen werden. Nicht nur bei den Steuern ist die Belastungsgrenze erreicht, sondern auch bei den Sozialversicherungsbeiträgen, den sogenannten Lohnprozenten. Will man künftig an einem Ort erhöhen, so ist an einem andern Orte entsprechend zu senken. Das gibt klare Signale für die 10. AHV-Revision.
Zusammenfassend stellen wir fest, dass diese bedeutende Vorlage nun konsensfähig geworden ist. Die SVP-Fraktion wird ihr zustimmen.

M. **Gautier:** Le groupe libéral acceptera l'assurance des indemnités journalières en cas de maternité selon le système des allocations pour perte de gain en cas de service militaire, même si cela ne l'enthousiasme pas. Je commencerai par les réserves que nous inspire ce système et je continuerai par les raisons qui, en dépit de ces réserves, nous amènent à l'accepter.
Le système n'est pas parfait. Il a l'inconvénient principal d'augmenter une nouvelle fois les cotisations en pour cent de salaire, M. Früh l'a dit tout à l'heure. Or on sait que ces cotisations chargent de plus en plus l'économie, qu'elles renchérissent nos coûts de production en renchérissant notre main-d'oeuvre qui est déjà l'une des plus chères du monde. Cela n'améliore évidemment pas notre situation de concurrence sur le marché international, particulièrement à un moment où la baisse du dollar pose quelques problèmes à nos industries d'exportation. Il est regrettable à ce propos que cette solution ait été proposée par le Conseil des Etats de manière assez impromptue sans qu'il y ait eu de message, ni de procédure de consultation, sans que de ce fait nous ne connaissions ni l'opinion des partenaires sociaux sur cette nouvelle taxe sur les salaires ni la portée de ses effets sur notre économie. Cela est d'autant plus regrettable que l'idée était dans l'air depuis des années, notamment depuis que M. Darbellay et moi-même l'avions évoquée devant la commission au printemps 1982, il y a donc cinq ans.
Un autre souci – et là je serais heureux d'être éventuellement rassuré par M. Cotti, conseiller fédéral – est la crainte que nous éprouvons que ce système constitue un précédent et que peu à peu l'on introduise dans les allocations pour perte de gain, d'autres dépenses. Les possibilités ne manquent pas et je voudrais être certain qu'aucun dérapage ne se produira au moyen duquel on ferait payer en pour cent de salaire par exemple les soins médico-pharmaceutiques de la maternité, puis un congé parental, voire des allocations familiales ou des congés aux parents en cas de maladie des enfants. Ma liste n'est hélas pas exhaustive car l'imagination des demandeurs de nouvelles prestations est extrêmement fertile. Enfin, le système que l'on nous propose a permis de renoncer à l'arrêté B, à l'obligation de l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie. Si le groupe libéral en est heureux, à titre personnel je le regrette car, comme je l'ai dit il y a deux ans, l'arrêté B me semblait répondre à une nécessité sociale, peut-être même à un besoin politique.
J'en viens maintenant aux aspects positifs qui, heureusement je le répète, l'emportent. Tout d'abord, c'est une solution au problème de l'assurance-maternité. Depuis 1945, nous avons un mandat constitutionnel de la réaliser. Après 42 ans, il est vraiment temps d'y parvenir. Du reste, nous sommes de ceux qui ont promis, lors de la campagne contre l'initiative populaire sur l'assurance-maternité, de résoudre le problème dans le cadre de la révision de la loi sur l'assurance-maladie et maternité. Nous sommes aussi de ceux qui essaient de tenir leurs promesses, même lorsqu'elles sont électorales. Enfin et surtout, une assurance-maternité est une nécessité sociale. D'autre part, il est aussi grand temps de terminer la révision de la loi sur l'assurance-maladie. Le projet date d'août 1981, il y a près de six ans que le Parlement y travaille.
Quant à la solution que nous propose le Conseil des Etats, en elle-même, elle nous paraît avoir au moins deux avantages en propre. Premièrement, le fait d'être financée par un prélèvement global sur tous les salaires évite toute discrimi-

nation entre les entreprises à personnel féminin et celles à personnel masculin, ce qui aurait pu être le cas avec d'autres types de financement. De ce fait, on évite ainsi la tentation pour certains entrepreneurs de ne plus engager de femmes d'âge à être enceintes. Deuxièmement, ce système provoque une solidarité hommes-femmes qui nous paraît la moindre des choses dans ce cas et après que, depuis 1939, cette solidarité a joué dans l'autre sens pour les allocations de perte de gain en cas de service militaire. Au total, l'assurance-maternité ainsi conçue représente un progrès social indéniable. Certains le trouveront insuffisant, d'autres le trouveront trop coûteux – c'est à peu près ce qu'a dit M. Früh – ce qui tend à prouver que c'est la solution du juste milieu, celle qui a le plus de chances d'être acceptée. C'est aussi une raison pour que nous la votions, et nous repousserons la proposition de M. Früh.

Allenspach: Der Ständerat hat mit der Einfügung von Artikel 16b und Artikel 28a in die EO-Gesetzgebung, wenn wir es richtig betrachten, einen völlig neuen und auch einen zentralistischen Sozialversicherungszweig geschaffen, einen Sozialversicherungszweig, der von den Grundsätzen aus gesehen wesentlich weiter geht als das Krankengeldobligatorium gemäss Teil B dieser Vorlage.
Dieses Vorgehen, von manchen als geniale Lösung gepriesen, ist meines Erachtens aber ausserordentlich problematisch. Wir schaffen nämlich einen neuen Sozialversicherungszweig mit einem umfassenden, alle Kreise berührenden Obligatorium, ohne uns auf Vorarbeiten von Experten, auf die Vernehmlassung der interessierten Kreise oder gar eine Botschaft des Bundesrates abstützen zu können. Es werden hier Leistungen beschlossen, ohne dass Kommission und Rat detaillierte Berechnungen zur Verfügung standen und ohne dass wir solche Berechnungen überprüfen konnten. Es wird ein oberer Plafond an lohnprozentualen Abgaben festgelegt – diese 4 Promille –, ohne zu sagen, wer die Höhe der Abgaben bestimmen würde, wenn der Maximalplafond nicht ausgeschöpft werden müsste. Wir beschliessen über ein Versicherungswerk, dessen Vollzug mit den Vollzugsorganen noch nicht vorbesprochen ist. Verfassungsmässig steht fest, dass der Vollzug unter Mitwirkung der Kantone erfolgen muss, aber die Kantone wissen noch nichts darüber, sie sind noch nicht befragt worden. Damit will ich unterstreichen, dass der hier eingeschlagene Weg der Rechtsetzung nicht Schule machen sollte.
Zur EO-Aenderung: Mit ihr schaffen wir, wie erwähnt, einen neuen zentralen Versicherungszweig mit umfassendem Obligatorium und einer lohnprozentualen Finanzierung. Damit wird deutlich vom Teil B, vom Krankengeldobligatorium, abgerückt, denn dieses betraf nur die Erwerbstätigen und konnte ohne eine zentrale Einrichtung auskommen. Die vorgeschlagene Lösung gleicht mit einer Ausnahme in sehr starkem Masse der vom Volk massiv verworfenen Volksinitiative für einen wirksamen Schutz der Mutterschaft. Sie geht an Leistungen zum Teil sogar noch weiter. Das Volk hat damals neue Versicherungsobligatorien, neue lohnprozentuale Abzüge, neue Sozialleistungen auch an jene, die solche nicht nötig haben, deutlich abgelehnt. Und wir kümmern uns einmal mehr wieder recht wenig um diesen erklärten Volkswillen.
In der Diskussion wird dieses Vorgehen mit dem Verfassungsauftrag von Artikel 34quinquies Absatz 4 der Bundesverfassung gerechtfertigt. Dieser Auffassung gegenüber möchte ich festhalten, dass der Verfassungsauftrag («Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Mutterschaftsversicherung einrichten.») weder eine zentrale Einrichtung noch ein umfassendes Obligatorium noch allgemeine Mutterschaftstaggelder und vor allem auch keine lohnprozentuale Finanzierung vorschreibt. Wir haben nämlich in Artikel 34bis Absatz 1 der Bundesverfassung einen wörtlich gleichen Verfassungsauftrag bezüglich der Kranken- und Unfallversicherung.
Wir lehnen es in aller Deutlichkeit ab, aus diesem gleichlautenden Verfassungsauftrag später eine Verpflichtung herauszulesen, eine Krankengeldversicherung mit gleichem Obligatorium, mit gleichen zentralen Einrichtungen, mit gleicher lohnprozentualer Finanzierung zu schaffen, und zwar lehnen wir das grundsätzlich ab und nicht nur für den Augenblick.
Die FDP-Fraktion widersetzt sich der vom Ständerat vorgeschlagenen Mutterschaftstaggeldlösung nicht, wenngleich sie es vorgezogen hätte, Erwerbsersatz bei Mutterschaft und Militärdienst nicht im gleichen Gesetze zu ordnen, um jeden Anschein einer Gleichstellung von Militärdienst und Mutterschaft als gesellschaftliche Verpflichtung zu vermeiden. Die freisinnig-demokratische Fraktion geht ferner davon aus, dass diese neue Versicherungseinrichtung nicht ausgeweitet wird, und wir würden uns jedem Versuch widersetzen, hier weitere Leistungen einzufügen – wie sie beispielsweise Herr Gautier erwähnt hat –, oder die lohnprozentuale Belastung zu erhöhen.
Die FDP-Fraktion würde auch jedem Versuch opponieren, eine allgemeine Krankengeldversicherung nach diesem Mutterschaftstaggeldmodell aufzubauen. Wir haben mit Obligatorien und lohnprozentualen Belastungen eine Grenze erreicht, die nicht weiter überschritten werden darf, wenn wir nicht negative wirtschaftliche und soziale Auswirkungen in Kauf nehmen wollen. Wir bitten den Bundesrat, diese Stellungnahme schon heute zuhanden der Beschlussfassung über die beiden hängigen Krankenversicherungsinitiativen vorzumerken.
Die FDP-Fraktion verlangt zudem einen einfachen und unbürokratischen Vollzug. Es ist mit den Beteiligten und den Durchführungsstellen noch wenig über den Vollzug gesprochen worden, und wir müssen der Verwaltung gewissermassen carte blanche geben. Ich habe das zuständige Bundesamt auf viele dieser kommenden Vollzugsprobleme aufmerksam gemacht. Die Administration und der Vollzug sind nämlich nicht so einfach, wie es der Herr Kommissionspräsident meint. Jedenfalls sind noch verschiedene Dinge zu klären, beispielsweise die Frage des Leistungsexports über die Grenze oder die der Rückerstattung von abgezogenen Versicherungsbeiträgen über die Grenze.
Ich möchte den Herrn Bundesrat bitten, sich zu diesen Vollzugsproblemen zu äussern, insbesondere auch die Fragen des Leistungs- und Beitragsexportes in diesem Rat zu klären. Es ist nämlich nicht unbedeutend, ob wir eines dieser 4 Lohnpromille direkt oder indirekt exportieren. Diese Vollzugsprobleme müssen klar geregelt werden. Eine Wiederholung des BVG-Verordnungswirrwarres darf es nicht geben.
In diesem Sinne und unter der Voraussetzung, dass Teil B verworfen wird, akzeptiert die freisinnig-demokratische Fraktion die vorgesehene EO-Aenderung.

Günter: Am 26. Januar 1983 hatte unsere Kommission Sitzung, damals erstmals mit Herrn Bundesrat Egli. Beim Blättern in den Protokollen habe ich folgende Aussage von mir gefunden: «Auch mir scheint der Einbau der Mutterschaftsin die Krankenversicherung problematisch, und ich ziehe eine Lösung analog der Erwerbsersatzordnung beim Militärdienst vor. Solange man sich aber noch nicht mehrheitlich für eine Trennung der Mutterschafts- und der Krankenversicherung entscheiden kann, befürworte ich die Finanzierung des Mutterschaftstaggeldes gemäss damaligem Antrag Reimann.»
Diese Haltung war mit der LdU/EVP-Fraktion abgesprochen. Sie werden sich vorstellen können, dass – nach dieser Ausgangslage – wir es heute begrüssen, dass der Ständerat das EO-Modell übernommen und es zu seinem Beschluss erhoben hat. Wir sehen darin die einzige Möglichkeit, die lange versprochene Mutterschaftsversicherung Tatsache werden zu lassen. Natürlich könnten wir uns noch viele Verbesserungen vorstellen. Es gibt zahlreiche berechtigte Wünsche, die nicht berücksichtigt worden sind, es gibt viele Frauen, die zum Teil mehr erhalten sollten. Aber wir sehen keine andere Möglichkeit als die vorschlagene, um in diesem Bereich überhaupt etwas zu erreichen und den alten Verfassungsanspruch endlich zu verwirklichen. Was die EO ist, das wissen alle in der Schweiz; die EO hat eine lange

Entwicklungsgeschichte, alle Männer haben damit Erfahrung und damit meistens auch die verheirateten Frauen, die ja hoffentlich in jeder guten Ehe über die finanziellen Dingen auch orientiert sind. Wir gehen damit – hier stelle ich mich etwas in den Gegensatz zu den Vorrednern – kein Risiko ein. Natürlich sollen die Verfahrensfragen genau abgeklärt werden. Aber es gibt doch eine reiche Erfahrungspalette, wann und in welcher Form was bezahlt werden muss.
Politisch ist das EO-Modell gut abgestützt. Es ist eine alte Tatsache, dass, wenn die Männer auf das Militär angesprochen werden, die Frauen in der Regel sagen, dass sie dafür die Kinder bekommen. Auch in dieser Hinsicht gibt es eine gewisse Tradition. Ich möchte in diesem Zusammenhang auch den Gewerbeverband warnen, wenn er hier die Referendumsdrohung ausspricht. Von mir aus kann er das Referendum gern ergreifen. Das gibt eine Abstimmung, die dann sehr leicht zu gewinnen sein wird.
Unsere Fraktion unterstützt den Antrag des Ständerates. In der Detailberatung werden wir den Verbesserungsvorschlägen der nationalrätlichen Kommission zustimmen, mit einer Ausnahme: Eine Mehrheit unserer Fraktion wird dem Antrag Allenspach zustimmen, dass der Bund einen Viertel der Kosten übernehmen soll. Sie ist der Meinung, dass der Bund ruhig zur Finanzierung beitragen soll, da die ganze Bevölkerung betroffen ist, und nicht nur Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Damit ich mich dann nicht mehr zu Wort melden muss, habe ich mir erlaubt, das gleich hier anzufügen.
Die LdU-EVP-Fraktion bittet Sie, dem vorgeschlagenen Modell für die Mutterschaftsversicherung, für das sich der Ständerat entschieden hat, ebenfalls zuzustimmen.

Frau **Segmüller:** Namens der CVP-Fraktion empfehle ich Ihnen ein Ja zu diesem Mutterschaftstaggeld im Rahmen der EO-Versicherung. Ich bitte Sie gleichzeitig, den Antrag Früh und auch den Antrag Allenspach, der Bundesmittel einschiessen will, abzulehnen.
Ich meine, dass wir mit der Zustimmung zu dieser Lösung wirklich ein Versprechen einlösen. Zusätzlich zu den ausgebauten Leistungen bei der Krankenpflege, die nun für alle Mütter zum Tragen kommen, schaffen wir mit dem Einbau der Taggeldversicherung in die Erwerbsersatzordnung eine echte Mutterschaftsversicherung, aufbauend auf der Solidarität von allen. Das ist keine Giesskanne, sonst müsste man ja auch gegen die AHV oder die IV antreten. Das Versicherungsprinzip ist im genau gleichen Sinn gewährleistet wie bei diesen Sozialversicherungen, deren Prinzip ja eigentlich niemand im Ernst in Frage stellt. Dieses Taggeld bringt allen Müttern etwas. Das ist der grosse Vorteil gegenüber der Lösung, wie sie beim Krankengeldobligatorium – mit Leistungen nur für erwerbstätige Mütter – vorgesehen war.
Der Verfassungsauftrag, so meinen wir, ist damit erfüllt. Bevölkerungspolitische Argumente oder die Beschwörung des Zeitgeistes haben hier keine Berechtigung. Interessant scheint mir, dass jetzt so viele die Vaterschaft für diese Lösung beanspruchen, von denen ich das nie erwartet hätte. Ich bin in der glücklichen Lage, Ihnen den wirklichen Vater vorstellen zu können: Dieses EO-Modell geht auf einen Antrag unseres Fraktionskollegen Vital Darbellay zurück, den er in der Kommission gestellt hatte und der damals gegenüber dem Taggeldobligatorium unterlag. Wir schätzen es ausserordentlich, dass der Ständerat so mutig war, diese Lösung wieder aufzugreifen. Ich hoffe, damit einen Beitrag zur Vaterschaftsermittlung geleistet zu haben.
Die einfache, überschaubare Lösung, wie die EO sie bietet, ist ein wichtiger Schritt in Richtung einer besseren gesellschaftspolitischen Anerkennung der Mutterschaft. Es ist höchste Zeit dafür, denn es genügt uns nicht mehr, wenn der Wert der Mutterschaft immer nur auf dem Papier aufgelistet wurd. Wir möchten endlich eine reale Anerkennung verwirklicht sehen.
Gestatten Sie mir noch ein Wort zur Finanzierung. Wir sagen ja zur Finanzierung über die Lohnprozente und lehnen, wie gesagt, den Zuschuss von Bundesmitteln ab. Wir möchten das echte EO-System verwirklicht haben. Die Belastung durch diese 0,3 Prozent, wie sie vorgesehen ist, muss tragbar sein, geht es doch hier um eine prinzipielle, neue Frage und nicht um die Aufstockung bisheriger Leistungen. Aber wir wenden uns ebenso entschieden gegen allfällige weitere Lohnprozente und gegen neue Sozialversicherungszweige über Lohnprozente. Wir verstehen die Lösung, wie wir sie jetzt für das Mutterschaftstaggeld schaffen, in keiner Weise als ersten Schritt, als erste Scheibe der berühmten Salami. Sollte also in diesem Rat je ein Antrag gestellt werden, der auch die Pflegeleistungen bei Mutterschaft via Lohnprozente finanzieren wollte, so müssten wir uns dem widersetzen. Um noch deutlicher zu werden: auch gegen die nächste Salamischeibe werden wir uns wehren, nämlich gegen jene der SP-Initiative, welche die gesamten Krankenpflegekosten über Lohnprozente finanzieren will.
Ich sage es noch einmal, damit es ganz klar ist: Ich lege hier ein Ja ein zu Lohnprozenten für das Taggeld bei Mutterschaft über die EO, und damit muss Schluss sein im Sinne der Tragbarkeit für diejenigen, die diese Lohnprozente erbringen müssen. Mit diesen Vorbehalten möchte ich Ihnen Zustimmung zur Taggeldversicherung und zum Einlösen eines Versprechens, das überfällig ist, empfehlen.

Zehnder: Ich kann Ihnen mitteilen, dass sich die SP-Fraktion geschlossen für diese Lösung «EO», wie sie der Ständerat vorgeschlagen hat, einsetzt. In eindrücklicher Weise hat Kommissionspräsident Eggli die EO-Lösung für das Mutterschaftstaggeld vorgestellt. Dasselbe hat auch Kollege Hänsenberger schon im Ständerat getan. Herr Eggli hat ohne Zweifel alle für uns wichtigen Fragen aufgegriffen und sie politisch und sachlich ausgeleuchtet. Ich möchte daher nur noch weniges unterstreichen und erwähne insbesondere den Auftrag nach der Bundesverfassung, die Versprechungen anlässlich der Beratungen zur Mutterschaftsinitiative, ich erinnere aber auch an die Standesinitiative Genf sowie zahlreiche Einzelvorstösse in unseren beiden Räten. Es sollte hier Beachtung finden, dass administrativ durch die Angliederung an die EO die bestmögliche und einfachste Lösung gefunden wurde, dass die Solidarität zwischen Verheirateten und Nichtverheirateten, zwischen Frauen und Männern, zwischen Nichterwerbstätigen und Arbeitenden, ja auch zwischen kleinen, mittleren und grossen Betrieben spielt. Ich verstehe mit dem besten Willen den Antrag von Kollege Früh aus Gewerbekreisen nicht. Gerade Klein- und Mittelbetriebe sollten eigentlich über dieses solidarische Werk froh sein. Ich erinnere Sie daran, dass Herr Cotti der dritte Bundesrat ist, der sich mit diesem Geschäft befasst. Er, ebenso wie der Gesamtbundesrat, haben unter verschiedenen Gelegenheiten eindeutig kundgetan, dass unter allen Umständen die Mutterschaftsversicherung mit dieser KMVG-Teilrevision geregelt werden muss. Dass dies auch die Auffassung des Ständerates ist, beweist ja der Antrag des Ständerates. Der Antrag Früh ist wohl einmal mehr ein Versuch, nach einer 40jährigen Wartezeit die Mutterschaftsversicherung erneut zu verhindern. Ich glaube, dass es nun wirklich Zeit ist, den kommenden Müttern jene Achtung, jene Anerkennung und vor allem solidarische Leistungen entgegenzubringen, die wir ihnen längst schuldig sind. Ueberleitend auf das, was gestern in diesem Saale geschehen ist, möchte Ich die Frage in den Raum stellen: Wollen Sie heute schon wortbrüchig werden? Gestern haben Sie in aller Deutlichkeit eine föderalistische Lösung für den Schwangerschaftsabbruch abgelehnt. Mit dieser Ablehnung müssten Sie heute eigentlich aus vollem Herzen diese Unterstützung der Schwangeren und der Mütter befürworten; beides gehört zusammen. Diese Mutterschaftstaggeld-Lösung wurde von unserer kleinen Kammer gezeugt. Der Ständerat hat dieses Kind mit grosser und beachtlicher Mehrheit als das seinige anerkannt und möchte es gesund und entwicklungsfähig geboren sehen. Also bitte, schmälern wir doch hier nicht, was der Ständerat – ich möchte fast sagen: Vorbildliches – hervorgebracht hat, und verursachen wir auf keinen Fall einen Abbruch gemäss Antrag Früh. Ich beantrage Ihnen, der Mehrheit der Kommission im gesamten Abschnitt Mutterschaftsversicherung zuzustimmen und

sich hier nun im Gegensatz zu gestern als Geburtshelfer stark zu machen.

Mme **Vannay:** Lorsqu'hier soir la proposition de M. Früh est tombée sur nos tables, j'ai pensé qu'elle était digne des blagues que nous lisons ces temps dans les feuilles de carnaval. Mais, bas les masques, Monsieur Früh, et jouez cartes sur table! Votre opposition à la création même de toute assurance-maternité est viscérale puisque c'est bien de cela dont il s'agit! En fait, vous jouez les préludes à une pièce en trois actes qui a échoué devant notre commission et dont je parlerai lorsque nous discuterons de la proposition de M. Allenspach, à l'article 28a. Mais permettez quand même que je rappelle ce que les hommes de notre pays ont décidé le 25 novembre 1945: «La Confédération instituera, par la voie législative, l'assurance-maternité». Après 40 ans de non-respect de cette norme constitutionnelle, allons-nous encore une fois renvoyer à plus tard ce que nous pouvons, ce que nous devons faire aujourd'hui? Allons-nous enfin prendre la constitution au sérieux et créer dans notre pays un commencement d'assurance-maternité, encore bien en deçà de ce que nombre de citoyennes et de citoyens souhaitent pour notre pays? Intégrer cette assurance-maternité dans la LAPG est aujourd'hui une bonne solution, puisque ce système fonctionne déjà depuis longtemps; il est simple, il est connu et ne demande ni paperasserie, ni bureaucratie supplémentaires. La seule chose que vous pouvez lui reprocher c'est qu'il va coûter quelque argent à l'employeur et à l'employé, au maximum le 0,2 pour cent des salaires pour chaque partenaire. Ce petit plus sera parfaitement supportable, même s'il est désagréable à certains. Pensez-donc! Deux francs, le prix d'un café, sur mille francs de salaire!
J'ose espérer qu'il restera quelque chose des discours entendus hier, venant de ceux et de celles qui s'opposaient à la solution fédéraliste en matière d'avortement. Il y a d'abord ceux et celles qui l'on fait par respect de la constitution. Eh bien! qu'ils respectent aujourd'hui aussi cette constitution en instituant par voie législative l'assurance-maternité. Puis il y a ceux et celles qui ont refusé la solution fédéraliste par opposition fondamentale à l'avortement pour des raisons morales ou religieuses. Ils ont rappelé tout le respect qu'ils ont pour la vie, ce qu'il faut faire pour accueillir l'enfant non-désiré dans les meilleures conditions possible. Si ce n'est pas aujourd'hui que vous pouvez mettre en pratique vos bonnes intentions d'hier, alors quand? Allez-vous maintenant refuser l'assurance-maternité qui permettra un léger mieux dans l'accueil de l'enfant? Je vous invite à la cohérence et à la justice en repoussant massivement la proposition de M. Früh, en entrant en matière et en acceptant la version du Conseil des Etats pour ce commencement d'assurance-maternité.

Frau **Morf:** Das Mutterschaftstaggeld wie die Erwerbsersatzordnung zu regeln hat viele Vorteile: niemand wird punkto Alter oder Zivilstand diskriminiert, auch nicht mehr die Hausfrauen gegenüber den erwerbstätigen Frauen. Die ständerätliche Lösung ist die Einlösung wenigstens eines der vielen Versprechen, die im Zusammenhang mit unserer Mutterschaftsinitiative damals in diesem Rat gemacht worden sind. Ich bin sehr froh darüber.
Herr Allenspach beklagte sich nun aber bitter darüber, dass sich der Ständerat nicht vorher bei den Verbänden erkundigt hat, ob ihnen diese Lösung auch genehm sei. So gab es ja auch keine Möglichkeit, durch den Aufbau von Vollzugsproblemen dieser Lösung Stolpersteine in den Weg zu legen. Herr Allenspach beklagte sich also darüber, dass ein Parlament seiner Aufgabe gerecht geworden ist, legislativ kreativ und initiativ zu sein. Wenn wir das nur öfters wären! Dann würde nicht immer alles auf die lange Bank geschoben. Auch Herr Früh beklagte sich über den Ständerat, sogar noch vor Herrn Allenspach. Er behauptete, es handle sich hier wieder einmal um das Giesskannenprinzip. Davon kann ja nicht die Rede sein. Es handelt sich bei der Erwerbsersatzordnung um eine breit abgestützte Selbstversicherung und nicht um die Ausschüttung öffentlicher Mittel. Herr Früh will doch mit seinem Einspruch sicher auch nicht veranlassen, dass die Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige abgebaut werden soll, damit reiche Wehrpflichtige nichts mehr oder weniger bekommen. Das wäre ja die logische Folge davon.
Ich habe bereits bei der Behandlung der Mutterschaftsinitiative hier auf die Erwerbsersatzordnung hingewiesen. Sie können das im Protokoll nachlesen. Wenn Frau Segmüller für Herrn Darbellay nun die Vaterschaft der Idee beansprucht, kann ich – mit mindestens so gutem Recht für mich bzw. die Sozialdemokratische Partei die Mutterschaft beanspruchen. So oder so ist es erfreulich, dass der Funke im Ständerat dann gezündet hat, dass, wie Kollege Zehnder vorhin umschrieb, der Ständerat als Leihmutter dieses Kind zur Welt gebracht hat.
Die Schweiz als Land mit dem höchsten Bruttosozialprodukt in der Welt bringt mehr als eine halbe Milliarde Franken für den Erwerbsausfall beim Militär auf, aber bisher keinen Rappen für den Erwerbsausfall bei Elternschaft. Wenn es keine Kinder, keinen Nachwuchs mehr gäbe, was gäbe es für das Militär dann noch zu verteidigen? Wenn Frauen nicht mehr willens wären, Kinder zu gebären, dann gäbe es gar keinen Staat mehr und auch kein Bruttosozialprodukt. Sicher wird Kinderbekommen von den wenigsten Schweizerinnen als Dienstleistung am Staat betrachtet. Dennoch – und das ist das Wichtige und damit will ich schliessen – darf Mutterschaft kein individuelles Risiko bleiben. Sie muss von unserer Gesellschaft mitgetragen werden, und darum bitte ich Sie auch, die ständerätliche Lösung zu unterstützen.

M. **Borel:** Je commence en remerciant M. Früh de sa proposition. Il n'a pas peur de dire haut et clair ce que beaucoup pensent tout bas.
Il est peut-être désagréable pour une certaine classe politique de se dire, après avoir promis l'assurance-maternité il y a quarante ans, que l'on est en train de mettre sur pied un vrai projet. Il vaut mieux attendre encore dix ou vingt ans. C'est ce que souhaitent M. Früh et d'autres. De plus, il est aussi désagréable de ne plus pouvoir compter sur le Conseil des Etats, ce que je comprends très bien. La Chambre des représentants des cantons est le serre-frein classique. En principe, rien ne vient d'elle, puisqu'elle bloque plutôt les choses. Tout à coup, que se passe-t-il? Le Conseil des Etats invente et propose quelque chose de simple. C'est encore plus dérangeant. La solution des APG est toute simple, car elle fait appel à un système existant et efficace, utilisé depuis longtemps et que personne ne critique. Il serait généralisé pour la mise en oeuvre de l'assurance-maternité. Quelle catastrophe! Pourquoi ne pas faire quelque chose de plus compliqué et inventer quinze ou vingt nouvelles caisses? Les radicaux ont présenté des propositions dans ce sens en commission, eux qui sont en faveur du moins d'Etat. Il faudrait mettre en oeuvre l'infrastructure des allocations familiales, c'est-à-dire vingt-six systèmes différents, ce qui représente 50, 100, 300 caisses qui géreraient tout le sytème. Mais non, le Conseil des Etats, notre serre-frein habituel nous suggère quelque chose de simple. Il est vrai que cela est gênant. Tout à l'heure, je me suis rappelé que M. Früh est capitaine, mais il y a aussi ici le colonel tel et tel, le lieutenant-colonel tel et tel et le caporal Borel. Ont-ils jamais protesté sur le fait de toucher des allocations pour perte de gain dont ils n'avaient pas besoin. Je gagne bien ma vie, alors la question se pose. Ai-je droit à des allocations pour perte de gain? Y a-t-il quelqu'un dans cette salle qui a une fois soulevé cette question? Un caporal, un capitaine ou un colonel a-t-il droit à des allocations pour perte de gain? Dans ce cas, on ne fait pas allusion au système de l'arrosoir. Mais, lorsqu'il s'agit de Mme Borel, de Mme Früh ou de Mme telle ou telle, on se dit: «Monsieur gagne tellement, alors madame a-t-elle le droit?». Je m'étonne de cette attitude et j'espère que «ces mesdames» diront quelque chose à «ces messieurs» ce soir ou à la fin de la semaine. Le système est simple et efficace. Il est promis depuis quarante ans, c'est donc le moment de le mettre en vigueur. S'il reste

des détails à régler nous les définirons avec les autres modifications de lois sociales que nous aurons à faire au cours de ces prochaines années. Je vous invite donc à entrer en matière et à voter la loi telle qu'elle est proposée par le Conseil des Etats, afin qu'elle entre en vigueur le plus rapidement possible.

Mme **Aubry:** Il n'y a pas que des messieurs Früh dans mon parti et avec un certain nombre de radicaux, je pense qu'il est très heureux que le Conseil des Etats nous apporte enfin une solution acceptable et raisonnable en ce qui concerne les allocations en cas de maternité, et cela après de longues et laborieuses discussions au sein du Parlement.
Les théories sur la protection de la maternité et de la famille sont des déclamations lorsqu'elles ne sont pas suivies de faits. Le modèle proposé par le Conseil des Etats est celui que la majeure partie des femmes de ce pays attendait ou pouvait attendre.
Cependant, si nous n'acceptions de ne tenir compte que des femmes professionnellement actives, on ne dépasserait pas la somme proposée par le Conseil fédéral et le Conseil national, soit les 240 millions prévus par l'administration. Or, cela me semble inégal et injuste, car pourquoi veut-on pénaliser la femme qui préfère rester dans sa famille et s'occuper de ses enfants et de son ménage, et qui renonce peut-être momentanément à un gain accessoire ou à travailler au dehors? Elle a droit, comme celle qui exerce une activité, aux mêmes allocations. Fait-on la différence entre un soldat qui a une activité ou un autre qui n'en a pas? Les deux reçoivent une allocation pour perte de gain. C'est une simple question d'équité entre les femmes qui mettent au monde un enfant, et je me refuse à ce que l'on crée deux catégories de femmes. Cela coûte évidemment davantage, je comprends que l'on freine d'un certain côté de l'économie, mais nous avons en Suisse 73 000 naissances par année. C'est donc un très grand nombre de familles qui sont concernées, soit presque le double de celui des recrues qui entrent au service chaque année.
Je pense que la famille a droit au même soutien que celui qui sert sa patrie. Une mère qui met un enfant au monde mérite d'avoir une plus grande sécurité et, actuellement, la situation financière de la Confédération nous le permet, nous avons vu ses résultats hier, même si peut-être, dans deux ou trois ans, ils seront différents.
Les opposants à la solution du Conseil des Etats viennent d'ailleurs du même camp que ceux qui ne voulaient ni accorder le droit de vote aux femmes ni l'égalité, et surtout pas le nouveau droit matrimonial, prédisant des situations catastrophiques pour la famille et l'économie. Afin d'atermoyer, ils voudraient aujourd'hui qu'on attende la modification du code des obligations. Nous n'avons que faire d'une assurance maternité au rabais, si nous voulons encourager la politique familiale dont nous avons tellement parlé ici hier. Et plus particulièrement dans un pays qui voit d'année en année augmenter l'âge de sa population et diminuer le nombre des naissances. C'est une question d'équilibre à maintenir.
De plus et pour terminer, je soulignerai que la solidarité démontrée par les femmes qui ont une activité et qui contribuent, par leurs primes, à alimenter le fonds des allocations pour perte de gain en faveur des personnes astreintes au service militaire, devrait, Messieurs, vous faire voter, aujourd'hui, en faveur du projet du Conseil des Etats. C'est d'ailleurs ce que je ferai et je vous demande d'en faire de même.

Hari: In Artikel 16b Absatz 2 lautet der zweite Satz: «Nichterwerbstätige Frauen erhalten den Mindestbetrag der Entschädigung.»
Die Fraktion der Schweizerischen Volkspartei hat einer dem Krankenpflegegesetz beigefügten Mutterschaftsversicherung gemäss Fassung Ständerat zugestimmt. Ich erlaube mir trotzdem, hier auf ein Hauptproblem dieser Regelung hinzuweisen.
Der Ständerat hat sich gegen eine generelle Pauschale der Taggelder bei Mutterschaft ausgesprochen. Mit der Unterstellung unter die Erwerbsersatzordnung werden diese Taggelder zu lohnprozentualen Leistungen. Diese Regelung befriedigt nicht durchwegs. Ich denke da an alle Frauen in eigenen Betrieben, wie Bäuerinnen und Gewerbefrauen, die zwar voll erwerbstätig sind, aber über kein eigenes Einkommen im Sinne des Gesetzes verfügen. Es ist doch in höchstem Masse stossend, dass diese nur ein Minimaltaggeld beanspruchen können. Ich habe im Moment persönlich keinen Patentantrag, wäre aber dankbar, wenn hier nach Abhilfe, d. h. nach einer möglichen neuen, gerechteren Lösung und Regelung gesucht würde. Ich denke da zum Beispiel an einen Einheitsansatz für Mütter, ähnlich jenem für Rekruten in der Erwerbsersatzordnung.

Reimann: Ich möchte zuerst zum Votum von Herrn Basler etwas sagen. Herr Basler, es ist einfach eine Unterschiebung, wenn Sie behaupten, die Initiative der SP und des SGB strebe die Verstaatlichung des Krankenversicherungswesens an. Unsere Initiative geht davon aus, dass die bestehenden Krankenkassen nach wie vor die Träger des Krankenversicherungswesens bleiben. Was wir anstreben, ist eine sozialere Lastenverteilung durch eine Milderung des unsozialen Kopfprämiensystems und die Schliessung von Versicherungslücken.
Ich bin erstaunt und enttäuscht vom Antrag Früh, der das Finanzierungsmodell, wie es vom Ständerat vorgeschlagen wird, zu Fall bringen will. Es kommt ja nicht allzu häufig vor, dass uns der Ständerat im Bereiche des Sozialversicherungswesens etwas vormacht. Der Ständerat hat sozusagen den gordischen Knoten in der Mutterschaftsversicherung durchschnitten. Wir sollten eigentlich der Kleinen Kammer für diese Initiative dankbar sein.
Natürlich gäbe es andere Finanzierungsmöglichkeiten; aber ohne das Obligatorium lässt sich eine vernünftige Finanzierung innerhalb der Krankenversicherung nicht realisieren. Gerade jene Kreise, die gegen das Obligatorium Sturm laufen, lehnen auch die EO-Lösung ab. Die nationalrätliche Kommission hatte ein entsprechendes Finanzierungsmodell auf dem Tisch. Es war mit den Krankenkassen abgesprochen und wurde vom damaligen Vorsteher des Departementes des Innern, Herrn Bundesrat Hürlimann, unterstützt.
Herr Allenspach, Sie haben selber den Ablehnungsantrag gestellt und damit ein Finanzierungsmodell ohne Lohnprozent, ohne EO – ein Modell vollständig im Rahmen der Krankenversicherung – zu Fall gebracht. Nun kommen Sie und wettern gegen Lohnprozente und machen rechtliche Vorbehalte gegen die EO-Lösung.
Gestern hat der Rat eine vernünftige Regelung des Schwangerschaftsabbruchs abgelehnt. Man ist also für die Weiterführung der Mutterschaft, aber sie darf nichts kosten.
Die Ablehnung des ständerätlichen Finanzierungsmodells durch den Nationalrat würde von der Oeffentlichkeit schlecht aufgenommen. Die Oeffentlichkeit erwartet, dass auf diesem Gebiet endlich ein Schritt vorwärts gemacht wird. Eine Ablehnung des EO-Modells müsste vor allem von den Frauen als Diskriminierung empfunden werden. Es wurde ja gesagt, dass die erwerbstätigen Frauen heute schon Prämien in die EO bezahlen, ohne Leistungen in entsprechendem Ausmass zu erhalten. Mit der Finanzierung der Taggeldversicherung bei Mutterschaft durch die EO haben die Frauen Anteil an Leistungen, die sie selber mitfinanzieren.
Tun wir endlich einen mutigen Schritt. Es geht hier auch noch ein wenig um die Glaubwürdigkeit des Parlamentes. Ich bitte Sie, dem ständerätlichen Vorschlag zuzustimmen.

Leuenberger Moritz: Ich will mich zur politischen Diskussion, die stattgefunden hat, nicht mehr äussern. Aber ich möchte mich zum Ausdruck «Giesskannenprinzip», den Herr Früh in die Debatte eingebracht hat und der immer wieder aufgegriffen wurde, äussern. Ich möchte mich im Namen der sprachlichen Korrektheit und auch im Namen aller Gärtner dieses Landes wehren. Ich weiss schon, was Sie meinen, Herr Früh. Sie meinen, man würde mit diesem

Prinzip eine unbestimmte Menge Wasser – Subventionen – über einzelne Pflanzen giessen, und die individuellen Bedürfnisse würden gar nicht abgeklärt. Aber gerade mit einer Giesskanne ist das nicht so. Mit einer Giesskanne kann man jeder Pflanze so viel Wasser geben, wie sie braucht. Es gibt eine andere Institution, die Sie meinen. Das ist ein Kasten in der Höhe, und wenn man daran zieht, dann kommt Wasser hinunter – ungeachtet des tatsächlichen Bedürfnisses –, bis dieser Kasten leer ist.
Ich bitte Sie: Aendern Sie doch diesen Vergleich. Sonst geht es mir bald so, dass ich am Ort, wo sich dieser Spülkasten befindet, immer an Sie denken muss.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Im Grunde genommen hätte ich eigentlich nicht mehr sehr viel zu sagen. Es wurde ja schon genügend dafür und dagegen gesprochen. Immerhin möchte ich Herrn Hari beruhigen. Es gibt zum Glück immer mehr Leute, auch Selbständigerwerbende, die so klug sind, ihrer Frau, sofern sie mitarbeitet, für die entsprechende Arbeit einen Lohn auszuzahlen. Dann ist das Problem gelöst. Es ist aber auch in anderer Beziehung gelöst, es ist bei der AHV und bei den Unfallversicherungen usw. gelöst. Es müsste eigentlich jedem selbständigen Ladenbesitzer und Kleingewerbler klar sein, dass es endlich an der Zeit wäre, die Frau entsprechend ihrer Dienstleistung zu entlöhnen und nicht alles Geld ins eigene Portemonnaie zu nehmen. Wenn das so gehandhabt würde, wäre auch das Problem von Herrn Hari gelöst.
Im übrigen möchte ich Herrn Günter die Rolle als Geburtshelfer die EO-Lösung nicht streitig machen. Ich muss zugeben, er war Geburtshelfer, aber nur Helfer; denn die ursprüngliche Idee wurde von anderen Mitgliedern der Kommission eingebracht. Aber ich will jetzt auch nicht abklären, wer wirklich der erste war, der davon sprach.
Herr Früh hat eigentlich Herrn Basler schon Antwort gegeben. Immerhin will ich ihn noch auf etwas hinweisen: Wenn er sagt, dass nicht mehr viel im Gesetz sei und dieses jetzt durch die EO-Lösung aufgewertet werden sollte, dann stimmt das nicht. Ich könnte ihm eine ganze Reihe wichtiger Punkte aufzählen, die noch darin enthalten sind. Herr Basler hat bereits auf die Pflegeversicherung respektive den Spitalaufenthalt hingewiesen, auf unbeschränkte Spitalleistungen, transparente Rechnungen der Aerzte, neue Vertrauensärzteregelung, Planung Spitäler und Grossapparate usw. Man könnte effektiv noch viel mehr aufzählen, wenn Herr Früh und andere, die ihm nahestehen, in der Kommission nicht so oft nein gesagt hätten. Aber er führt jetzt das Neinsagen auch hier einfach weiter. Vielleicht sollte man sich einmal überlegen, ob das Neinsagen richtig sei.
Nun zu Herrn Allenspach noch eine Bemerkung: Herr Allenspach, Sie haben darauf hingewiesen, dass der Ständerat das ohne Vernehmlassungsverfahren, ohne Begrüssen der Vollzugsstellen usw. geregelt habe. Ich mache Sie aber darauf aufmerksam, dass Sie in der Kommission und heute an diesem Pult darauf hingewiesen haben, dass man dynamisch und nicht allzu statisch denken soll. Wenn man dynamisch denkt, dann kommt halt irgend jemandem etwas Positives in den Sinn, wie beispielsweise dem Ständerat, und wenn man statisch denkt, dann sagt man eher Nein dazu. Ich bitte Sie, dass Sie auch in dieser Beziehung etwas dynamisch denken, wie Sie es anderen zumuten. Mit einem dynamischen Denken können alle Probleme des Vollzuges gut geregelt werden. Wenn man immer nur Vorbehalte und statische Bedenken hat, kann eben nichts geregelt werden. Ich bitte Sie, den Antrag von Herrn Früh abzulehnen, auf die Vorlage einzutreten und den Kommissionsanträgen zuzustimmen.

M. **Dupont,** rapporteur: Comme me disait un de mes collègues, il faut être élu dans un canton où les femmes n'ont pas le droit de vote pour oser faire une proposition telle celle que vient de faire M. Früh!
Je ne répéterai pas ce que j'ai dit tout à l'heure lors de l'entrée en matière et de l'examen de cette partie de notre projet, la commission après le Conseil des Etats s'oppose vivement à la modification proposée par M. Früh. Je voudrais surtout, après l'intervention du président, revenir sur quelques questions de détail qui ont déjà été soulevées lors de ce débat d'entrée en matière. Nous parlons des personnes non actives et des personnes actives qui réalisent un revenu allant jusqu'à 16 800 francs, valeur 1987, qui perçoivent une allocation minimale de 35 francs. A l'instar du régime de la LAPG pour la délimitation de personnes actives et non actives, il y a lieu de se fonder sur les éléments de la situation telle qu'elle a existé au cours des douze derniers mois qui ont précédé l'accouchement. Des compétences seront déléguées au Conseil fédéral par voie de l'article 34, 4e alinéa LAPG nouveau. A l'exemple aussi du régime LAPG, l'allocation en cas de maternité revient à l'employeur dans la mesure où celui-ci continue de payer à la femme ayant droit à la prestation le salaire pour une période de seize semaines. A cet égard, le fait que le paiement du salaire repose sur des dispositions légales contractuelles ou qu'il ait été versé facultativement est inopérant. S'agissant des femmes qui se trouvent dans des rapports de travail ou qui continuent à recevoir leur salaire, l'allocation en cas de maternité leur est versée par l'entremise de l'employeur à moins que ce dernier ne manifeste expressément le désir que l'allocation lui soit versée directement par la caisse de compensation.
Autre point, à l'instar des allocations allouées dans le régime LAPG, le droit à l'allocation en cas de maternité est inconditionnel. Si une surindemnisation devait résulter du cumul de l'allocation avec des prestations des autres assurances sociales, il conviendrait, le cas échéant, d'opérer la réduction sur les autres prestations. Des règles existent d'ailleurs déjà dans le cadre de la loi sur l'assurance-accidents et le Conseil fédéral sera autorisé, comme je viens de le dire, à instaurer des mesures de réduction par voie d'ordonnance.
Voilà les quelques questions auxquelles je voulais répondre avant de répéter que la majorité de la commission vous invite à rejeter la proposition de M. Früh.

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

Schluss der Sitzung um 12.40 Uhr
La séance est levée à 12 h 40

Dritte Sitzung – Troisième séance

Mittwoch, 4. März 1987, Vormittag
Mercredi 4 mars 1987, matin

8.00 h

Vorsitz – Présidence: M. Cevey

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision
Assurance-maladie. Révision partielle

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 34 hiervor – Voir page 34 ci-devant

Ziff. 3 – Ch. 3

Fortsetzung – Suite

M. **Cotti,** conseiller fédéral: Je voudrais tout d'abord prendre brièvement position quant à l'affirmation qu'a faite M. Früh au cours de la discussion d'hier et que je cite: «Cette révision n'apportant absolument rien, on lui a ajouté une solution au sujet de la maternité qui permet de la rendre plus attrayante.» Il serait tout à fait faux, à mon avis, de considérer cette révision comme une révision d'importance secondaire. Il se peut qu'au cours des cinq années qu'ont duré les travaux du Parlement quelques éléments importants aient été oubliés et c'est un peu ma tâche que de vous les rappeler, par rapport aux objectifs que le Conseil fédéral s'était fixés lors de la présentation du message.
Le premier de ces buts était de réduire autant que possible les frais de la santé. Monsieur Früh, vous affirmez que cet objectif est loin d'être atteint, je suis tenté de partager votre avis. mais je dois tout de même rappeler qu'au moins douze mesures – je les ai comptées – déjà votées vont justement dans cette direction. Vous me demanderez peut-être quels seront les résultats effectifs de cette lutte contre les frais médicaux. Je ne peux pas vous le dire, mais il y a toute une série de nouvelles dispositions, que je ne vous citerai pas, qui vont dans cette direction et qui auront des conséquences, des mesures qui engagent davantage les cantons au niveau du contrôle, mais aussi l'assuré – et je vous rappelle la discussion d'hier au sujet de la franchise; il est faux par conséquent d'affirmer que ce premier objectif n'est pas suivi par une série de dispositions crédibles à ce niveau. Le temps nous dira, dans quelques années, si les objectifs fixés et les moyens et instruments donnés auront été suffisants.
Je voudrais vous citer encore un deuxième aspect important de cette révision, à savoir le financement des caisses-maladie. Vous avez approuvé hier, en acceptant l'article 38bis et suivant en cela la proposition du Conseil des Etats, une formule de subventionnement par la Confédération des caisses-maladie qui, je le rappelle, va tout à fait dans la direction souhaitée par les caisses. N'oubliez pas non plus que, dans quelques minutes, vous allez discuter de la lettre e des dispositions transitoires et, si vous approuvez les propositions du Conseil des Etats, vous allez donner aux caisses-maladie, par rapport à la situation actuelle, 60 millions pour 1989 et quelque 100 millions de plus pour 1990. Vous allez donc à la rencontre des caisses-maladie. Je tiens à souligner, d'autre part, que, puisqu'il est absolument indispensable pour les pouvoirs publics de garder avec les caisses-maladie les meilleures relations possibles, nous avons proposé ces données financières pour témoigner aux caisses-maladie de notre disponibilité à un dialogue qui deviendra tout à fait indispensable ces prochaines années. Je vous dirai ensuite ce que nous attendons des caisses-maladie en contrepartie de l'attitude bienveillante de l'Etat à leur égard.
Le troisième aspect qui me paraît essentiel dans cette nouvelle réglementation, c'est une série d'améliorations des prestations pour soins médicaux en faveur des assurés. S'il est vrai qu'il n'y a eu aucune amélioration à ce niveau depuis 20 ans, cette réforme – que M. Früh voudrait considérer comme inutile ou de qualité insuffisante – apporte toute une série d'améliorations s'agissant des prestations accordées aux assurés.
Enfin, j'en arrive maintenant à l'assurance-maternité; il est évident que le quatrième aspect – et là vous avez peut-être raison, Monsieur Früh – l'aspect le plus important de cette révision, c'est la nouvelle législation concernant la maternité. Permettez-moi de rappeler, avec un certain plaisir, mais sans en faire toutefois les grands titres des journaux, à l'intention des femmes suisses qui signalent toute une série de revendications existant depuis longtemps, que cette révision tend à une solidarité supplémentaire à l'attention des femmes dans notre pays. Même si le fait de rappeler cela ne représente qu'une simple réponse de caractère objectif, il faut le signaler puisque, à juste titre d'ailleurs quelquefois, les femmes continuent de se plaindre qu'une série de dispositions ne répondent pas encore à leurs exigences. La présente révision va tout à fait dans la direction de la reconnaissance d'une importante revendication féminine.
J'en viens aux dispositions concernant la maternité. Je voudrais vous donner l'opinion du Conseil fédéral quant à la proposition du Conseil des Etats. Avant tout, là aussi, je voudrais exprimer, comme l'a fait hier M. Reimann, un mot, je ne dirai pas de reconnaissance – M. Reimann a parlé de «Dankbarkeit» – mais une marque d'estime pour le travail qui a été réalisé par le Conseil des Etats. Comme l'a dit M. Allenspach, il s'agit d'un travail rapide, sans beaucoup de procédures de consultation, mais finalement d'un travail qui s'avère extrêmement utile. Quelqu'un a même parlé hier d'une solution géniale, je n'utiliserai pas ce mot mais il est certain que le Conseil des Etats offre ici au pays une solution utile, réalisable, qui présente toute une série d'avantages.
Quels sont les avantages essentiels de la solution proposée par le Conseil des Etats? Je vous les signale très rapidement. Le premier avantage, et non des moindres quand on sait combien ces dispositions peuvent être compliquées, est celui de la simplicité. On calque un système sur un autre système déjà suffisamment rodé. Le régime des indemnités pour perte de gain ne rencontre aucune opposition dans ce pays, il est largement accepté. Aussi l'idée d'appliquer ce système, je le répète, éprouvé, bien rodé à la maternité, me semble excellente car très simple, Monsieur Allenspach, notamment du point de vue des éventuelles mesures d'application.
M. Allenspach a rappelé hier ici toutes les difficultés réelles auxquelles nous nous heurtons dans l'application, par exemple, des nouvelles dispositions en matière de prévoyance professionnelle. C'est tout à fait juste. Mais je pense pouvoir vous dire, Monsieur Allenspach, sans peur d'être démenti demain par les faits, que ces difficultés administratives ne se présenteront pas dans ce cas précis car nous sommes en présence d'un système qui a déjà fait ses preuves tandis que la prévoyance professionnelle, hélas! nous oblige à toute une série d'expériences qui se font, j'en conviens, avec pas mal de difficultés.
Le deuxième avantage est celui de reconnaître l'importance, je dirais non seulement morale mais sociale, de la maternité. Il est exact, bien sûr, comme cela a été dit hier ici, qu'il est ridicule de comparer la maternité à la défense nationale. Mais pour la première fois ici, on reconnaît par le biais d'une indemnité journalière l'importance incontestable de la

maternité en tant que fait social et de signification collective dans ce pays.
Voilà donc, et je m'adresse aux femmes de ce pays, une fois encore un pas qui est accompli dans la direction d'une égalisation des droits des hommes et des femmes, s'il est vrai que nous tenons compte ici d'une particularité spécifique et naturelle à l'entité féminine qui est justement la maternité. Je rappelle, entre parenthèses, que cette révision ne se limite pas seulement à l'indemnité journalière et que la Confédération va désormais, et vous avez approuvé cette mesure, assumer à 100 pour cent, tous les frais médicaux qui concernent la maternité, alors qu'elle n'allouait jusqu'à présent qu'un subside de 40 pour cent au sens de l'article 85 LAMA. Voilà donc encore indiscutablement un pas de fait en faveur de la maternité.
D'autres aspects très importants ont déjà été signalés hier. Je ne les reprendrai pas de manière très approfondie. Nous répondons ici à un mandat constitutionnel. Je suis tout à fait d'accord avec M. Allenspach et avec d'autres personnes qui sont intervenues pour dire que le mandat constitutionnel de l'article 34quinquies ne requiert probablement pas de manière absolue la réponse qui est donnée maintenant au niveau législatif. Il est toutefois indiscutable que cette réponse, Monsieur Allenspach, s'insère tout de même dans la ligne de pensée, je dirais dans la *ratio* de la disposition constitutionnelle. La lecture du bulletin officiel de ce Parlement nous révèle le grand nombre de promesses qui avaient été réellement faites, il y a quelques années, au moment de la discussion de l'initiative populaire sur l'assurance-maternité. Il est donc tout à fait justifié que l'on demande un effort de crédibilité au Parlement à cet égard et seules ces mesures permettent de le faire.
Je vous ai présenté les avantages du projet que nous soumet le Conseil des Etats. Aussi le Conseil fédéral déclare-t-il de manière formelle pouvoir renoncer à l'arrêté B qui avait été voté par le Conseil national à la condition précise que ce même conseil entre en matière pour ce qui est des indemnités pour perte de gain. Nous sommes donc tout à fait d'accord avec la ligne qui a été présentée au Parlement et en particulier au Conseil des Etats. Nous renonçons à l'arrêté B, mais nous demandons instamment au Parlement d'approuver les propositions présentées par le Conseil des Etats.
J'en viens maintenant à une série d'objections présentées hier à propos de certains aspects particuliers des mesures à mettre en oeuvre. Si je me souviens bien, M. Allenspach avait soulevé une objection notamment pour ce qui a trait à la future ordonnance d'application et à une série de cas qu'il faut essayer de régler, du fait qu'ils ne sont pas régis par la réglementation en matière d'indemnité pour perte de gain. Il avait évoqué les problèmes des saisonnières et des frontalières. J'assure à M. Allenspach que la disposition qui, selon l'ordonnance d'application, permet au Conseil fédéral de tenir compte de ces mesures particulières ne sera pas prise par le Conseil fédéral dans sa tour d'ivoire, mais sera discutée avec les divers partenaires sociaux et, même si cela se révélait nécessaire, dans le cadre d'une procédure de consultation. Quelques problèmes particuliers restent mais, grâce à la proposition du Conseil des Etats, une solution pourra facilement leur être trouvée.
M. Gautier et M. Basler ont rappelé hier quelque aspects négatifs indéniables de cette révision, en particulier le fait que la révision soit financée une fois encore sur la base de pourcents ou si vous voulez plutôt des pour mille de salaire. La remarque de MM. Gautier et Basler et de Mme Segmüller est importante, car je suis le premier à être convaincu que nous avons atteint des limites difficiles à dépasser.
Je voudrais tout de même rappeler que le pourcentage de prélèvement sur les salaires inhérant à cette solution n'irait pas au-delà de 0,3 pour cent. C'est donc un avantage supplémentaire de la proposition qui, je le souligne, n'est pas chère et permet d'obtenir un excellent résultat social avec un minimum d'effort.
Je désire tranquilliser M. Gautier, M. Basler et Mme Segmüller en leur affirmant que nous tenterons d'éviter les dérapages dans le futur. Nous savons fort bien que, dans ce domaine, il n'y a pas de dogme et que, dans le passé, des promesses ont probablement été faites qui subissent maintenant, hélas, quelques entorses acceptables vu le but très louable que nous poursuivons. Nous pouvons affirmer une fois encore que la réforme est très peu coûteuse. M. Hari et Mme Fetz nous ont rappelé – ce que nous savions pertinemment – que la solution parallèle au système des indemnités pour perte de gain n'est pas, quant à la détermination des montants, sans soulever quelques problèmes. Il faut aussi exprimer quelques réserves, mais je rappelle que nous devons faire un choix de base, c'est-à-dire nous adapter jusqu'au bout à cette formule, ce qui entraîne peut-être de temps à autre quelques aspects qui ne répondent pas à ce que l'on pourrait toujours souhaiter.
Toutefois, Monsieur Hari, même lorsque nous parlons des indemnités minimales (35 francs), c'est déjà quelque chose. Je vous rappelle l'autel de la simplicité administrative et une pratique déjà éprouvée, en évitant peut-être de poursuivre des buts perfectionnistes qui n'entrent pas du tout dans la révision en question.
Mme Fetz demande pourquoi une série d'indemnisations supplémentaires existant dans le système pour perte de gain n'est pas prévue à ce niveau. Je souligne que, là également, il fallait simplifier et que la mesure proposée en matière de maternité permet d'affirmer que quelques 80 pour cent de ce qui est indemnisé pour perte de gain l'est aussi dans cette solution. Ainsi, la grande partie des mesures prévues dans le système parallèle des APG est couverte par les solutions proposées.
Pour terminer, je vous fais part de la satisfaction du Conseil fédéral et surtout de la mienne en tant que troisième conseiller fédéral qui a eu l'occasion de traiter ce problème. En effet, le message du gouvernement remonte à 1981. Je suis le troisième et probablement, si vous avez la bienveillance de suivre les suggestions qui vous sont faites, aussi le dernier, ce qui ne signifie pas que le problème de l'assurance-maladie soit réglé une fois pour toutes.
Le Conseil national a approuvé une motion qui engage le Conseil fédéral à effectuer des recherches supplémentaires dans des directions bien précises et spécifiquement sociales. Ce n'est donc pas aujourd'hui que nous mettrons un point final à ce problème. Nous avons fait un bon pas en avant, mais il reste encore beaucoup de travail.
Le Parlement a attribué au Conseil fédéral un mandat tout à fait clair. Nous essaierons de le remplir avec le calme et les études nécessaires au cours de ces prochaines années. Permettez-moi de faire une constatation tout à fait personnelle, surtout à propos de certaines voix qui s'élèvent de temps à autre dans ce pays au sujet très général de la prévoyance sociale dont on dit parfois qu'elle serait hélas définitivement bloquée et qu'il n'y a plus de progrès à réaliser dans ce domaine voire qu'elle est en phase de régression. Je vous fais part de ma conviction, que vous allez sûrement partager, que les progrès raisonnés et prudents – vous en faites ici la démonstration – en matière de sécurité sociale ne sont pas terminés dans ce pays. Il n'est pas nécessaire de l'imprimer en gros titres dans les journaux, mais ce n'est que la vérité. Personnellement, je m'en réjouis.

Le président: M. Früh propose de biffer le chiffre 3 de la loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG). La commission et le Conseil fédéral suggèrent de le maintenir.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Früh	17 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	124 Stimmen

IIIbis. Taggeld bei Mutterschaft
Allocation en cas de maternité

Art. 16b (neu)
Antrag der Kommission
Abs. 1 und 2
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
Abs. 1bis
Der Bundesrat regelt auf dem Verordnungswege den Leistungsanspruch bestimmter Kategorien von Frauen, denen nach Absatz 1 kein Anspruch zustünde.
Abs. 3
Streichen

Antrag Fetz
Abs. 1
Frauen, die .... AHV/IV versichert sind, erhalten die Kinderzulage nach Artikel 6, die Unterstützungszulage nach Artikel 7, die Betriebszulage nach Artikel 8 sowie die Haushaltungsentschädigung nach den ....

Art. 16b (nouveau)
Proposition de la commission
Al. 1 et 2
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
Al. 1bis
Le Conseil fédéral règle par voie d'ordonnance le droit aux prestations de certaines catégories de femmes qui ne l'auraient pas selon l'alinéa 1er.
Al. 3
Biffer

Proposition Fetz
Al. 1
Les femmes, qui .... sont assurées pour l'AVS/AI, reçoivent l'allocation pour enfant au sens de l'article 6, l'allocation d'assistance au sens de l'article 7, l'allocation d'exploitation au sens de l'article 8, et l'allocation de ménage au sens des articles ....

Eggli-Winterhur, Berichterstatter: In Artikel 16b haben wir im Gegensatz zum Ständerat den Absatz 3 gestrichen und den Absatz 1bis eingefügt. Das bedeutet, dass man dem Bundesrat zwar die Kompetenz gibt, auf dem Verordnungsweg den Leistungsanspruch von bestimmten Frauen festzulegen, aber er muss dies auf dem Verordnungswege tun. Das ist die einzige Differenz. Ich bitte Sie im Namen der Kommission, diesem Artikel 16b (neu) zuzustimmen.

M. **Dupont,** rapporteur: Il est prévu d'accorder la compétence au Conseil fédéral pour régler, par voie d'ordonnance, des problèmes particuliers que vient d'ailleurs de soulever M. le conseiller fédéral Cotti, tel le cas des frontalières, le cas des femmes suisses ou étrangères mais domiciliées en Suisse qui accouchent à l'étranger, le cas des saisonnières. Nous reviendrons d'ailleurs sur l'article 29b avec aussi une série d'exceptions sur lesquelles nous pourrons alors donner de plus amples explications.

Frau **Fetz:** Ich möchte Sie bitten, meinem Antrag Ihre geschätzte Aufmerksamkeit zu schenken, denn ich finde es sehr wichtig, dass wir bei der Revision eines Gesetzes nicht gleich wieder Ungleichheiten hereinnehmen, Ungleichheiten, die wir uns nach dem Verfassungsartikel «Gleiche Rechte ....» gar nicht leisten können. Es geht mir darum, die Mütter den Wehrmännern tatsächlich gleichzustellen; das heisst, sie müssen ebenfalls, wie die Wehrmänner, Anspruch auf Kinder-, Unterstützungs- und Betriebszulagen haben, falls sie anspruchsberechtigt sind.
Bis jetzt ist in der Erwerbsersatzordnung nur geregelt, dass sie die Haushaltentschädigung bekommen sollen. Damit wird die Tatsache übersehen, dass es immer mehr Frauen gibt, welche im Zuge des gewandelten Rollenverständnisses die Voraussetzungen mitbringen, dass sie auch für die anderen drei Zulagen anspruchsberechtigt sind. Warum soll eine alleinerziehende Frau, die für den Unterhalt von eigenen oder Pflegekindern aufkommt, beim Mutterschaftsurlaub nicht eine Kinderzulage bekommen? Das gleiche gilt für jene Frauen, die für den Unterhalt von Verwandten sorgen und meiner Meinung nach Anspruch auf die Unterstützungszulage hätten; dasselbe gilt bei der Betriebszulage: es gibt heute immer mehr Frauen, die selbständigerwerbend sind – ich denke an die Gebiete Coiffeur, Dienstleistungen, Verkauf, Gastgewerbe usw. Viele Frauen haben einen eigenen kleinen Laden oder Dienstleistungsbetrieb und diese sollten auch Anspruch auf Betriebszulage haben.
Ich bitte Sie deshalb, dieser Gleichstellung von Müttern und Wehrmännern zuzustimmen und meinen Antrag gutzuheissen.

M. **Cotti,** conseiller fédéral: Tout en ayant quelque compréhension pour la proposition de Mme Fetz, je vous demande instamment de suivre la logique du Conseil des Etats en la matière. Mme Fetz voudrait élargir les prestations en faveur des mères à certaines prestations particulières qui sont réellement prévues dans le système des allocations pour perte de gain en cas de service militaire.
Je dois vous rappeler que l'idée qui a prévalu au Conseil des Etats – je m'en fais un peu l'interprète – a été celle de l'absolue simplicité. Le Conseil des Etats a voulu établir, avec des coûts relativement bas et tout à fait supportables, une solution socialement défendable, et ce en limitant la prestation aux prestations de ménages et à celles pour personnes seules prévues sur le plan des allocations pour perte de gain.
En conséquence, je vous prierai de ne pas alourdir un système simple et défendable et de ne pas empiéter sur la systématique suivie par le Conseil des Etats.
Je dirai encore à Mme Fetz, afin que les aspects quantitatifs de sa proposition puissent être précisés sur le plan comptable, que, d'après une étude de mes collaborateurs, le pourcentage des indemnités prévues pour les mères – indemnités de ménage et indemnités pour personnes seules – par rapport au total des allocations versées pour perte de gain, représente plus du 80 pour cent. En l'occurrence, la proposition du Conseil des Etats mérite d'être soutenue.

Abstimmung – Vote

Abs. 1bis, 2 und 3 – Al. 1bis, 2 et 3
Angenommen – Adopté

Abs. 1 – Al. 1

Für den Antrag Fetz	25 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	69 Stimmen

Art. 19a Abs. 2 (neu)
Antrag der Kommission
Der Bundesrat regelt die Einzelheiten und das Verfahren. Er kann bestimmte Personalgruppen von der Beitragspflicht ausnehmen und vorsehen, dass für kurze Dienstleistungen keine Beiträge bezahlt werden müssen.

Art. 19a al. 2 (nouveau)
Proposition de la commission
Le Conseil fédéral régle les détails et la procédure. Il peut exempter certaines catégories de personnes de l'obligation de payer des cotisations et prévoir que les allocations allouées pour de courtes périodes ne seront pas soumises à cotisation.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Hier haben wir neu einen Artikel 19a Absatz 2 eingefügt. Wenn Sie das EO-Gesetz betrachten, stellen Sie fest, dass es noch gar keinen Artikel 19 gibt. Hingegen haben Sie im Nationalrat beschlossen, bei der EO-Revision einen Artikel 19a einzufügen. Wir fügen nun den Absatz 2 bei in Ergänzung zum Absatz 2, den Sie bereits beschlossen haben. Es geht hier um folgendes: es geht darum, dass der Bundesrat die Kompetenz erhält,

bestimmte Frauen von der Beitragspflicht zu befreien. Wir dachten in der Kommission beispeilsweise daran, dass erwerbstätige Frauen ganz logischerweise ihre Beiträge auch bezahlen, dass aber Frauen, die nicht erwerbstätig sind, unter Umständen keine Beiträge bezahlen müssen, da es möglich ist, dass die Administration für die 16 Wochen mehr kostet, als die Beiträge einbringen; das möchten wir verhindern. Es könnten noch andere Einzelheiten auftreten, die der Bundesrat regeln kann. Wir möchten das aber ihm überlassen, damit das Gesetz nicht überlastet wird; es kann sowieso nicht alles im Gesetz geregelt werden.
Im Namen der Kommission beantrage ich Ihnen Zustimmung zu diesem Artikel 19a Absatz 2.

M. **Dupont,** rapporteur: Il est vrai que le fait de soumettre à cotisations les allocations pour perte de gain et les allocations en cas de maternité en tant que revenus déterminants pour l'AVS peut être considéré comme une solution judicieuse qui améliore la coordination entre les différentes branches des assurances.
On ne saurait être aussi affirmatif en ce qui concerne les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative et qui échappent normalement à l'assujettissement. Il s'agit des veuves, des femmes mariées d'époux assurés. Pour cette catégorie, on peut se demander s'il est justifié de déduire des cotisations, d'ouvrir un compte individuel et d'y inscrire l'allocation en cas de maternité en tant que revenu. Les travaux administratifs liés à une telle mesure sont-ils en proportion du but recherché? Or, sur ce point, on ne peut pas, maintenant déjà, se forger une opinion absolument claire, étant donné que les milieux intéressés devraient également être consultés.
Si l'on entend laisser toutes les voies ouvertes dans ce domaine, il faut adopter la formule qui vous est proposée et qui permet au Conseil fédéral de fixer, dans chaque cas précis et après consultation, les mesures adéquates.

Angenommen – Adopté

Art. 28a
Antrag der Kommission
Mehrheit
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
Minderheit
(Allenspach, Ammann-Bern, Früh, Hari, Hösli, Pfund, Schüle, Spälti)
Abs. 1 und 2
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
Abs. 3
Der Bund übernimmt 25 Prozent der Kosten gemäss Artikel 16b.

Art. 28a
Proposition de la commission
Majorité
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
Minorité
(Allenspach, Ammann-Berne, Früh, Hari, Hösli, Pfund, Schüle, Spälti)
Al. 1 et 2
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
Al. 3
La Confédération prend à sa charge le 25 pour cent des frais selon l'article 16b.

Allenspach, Sprecher der Minderheit: Bisher galt es als Prinzip, dass sich die öffentliche Hand an jenen Sozialversicherungseinrichtungen finanziell beteiligt, die auf einem umfassenden Volksobligatorium beruhen. Die AHV erfasst beispielsweise alle Erwerbstätigen und Nichterwerbstätigen; das gleiche gilt auch für die Invalidenversicherung. In beiden Fällen – bei der AHV und bei der IV – übernimmt die öffentliche Hand einen Teil der Kosten, bei der AHV beispielsweise 19 bzw. 20 Prozent, bei der IV sogar 50 Prozent. Jene Sozialversicherungszweige, die aus dem Arbeitsverhältnis hervorwuchsen und im Prinzip nur Arbeitgeber und Arbeitnehmer betreffen, werden von den Sozialpartnern allein, ohne einen Beitrag der öffentlichen Hand, finanziert. Das ist bei der Arbeitslosenversicherung der Fall, bei der Unfallversicherung und bei der zweiten Säule. Wir haben es also bisher mit einem klaren Prinzip zu tun.
Die Mutterschaftstaggeldversicherung basiert ebenfalls auf einem allgemeinen Obligatorium; sie umfasst alle Kreise der Bevölkerung: Arbeitnehmer, Selbständigerwerbende und Nichterwerbstätige. Es entspricht deshalb den tragenden Grundsätzen der Sozialversicherung, dass die öffentliche Hand wie bei der AHV und bei der IV ebenfalls einen Beitrag an die Mutterschafts-Taggeldversicherung leistet.
Aus diesen Erwägungen beantrage ich, dass der Bund einen Viertel der Ausgaben übernimmt. Schätzungen haben ergeben, dass etwa 40 Prozent der Leistungen Nichterwerbstätigen zufallen, also jenen, die keine Beiträge bezahlen, möglicherweise sogar nie Beiträge bezahlt haben. Die vom Gesetzgeber der Mutterschaftstaggeldversicherung aufgebürdete Sozialhypothek ist also erheblich, und Sozialhypotheken müssen abgegolten werden. Darauf haben sowohl die Krankenkassen wie auch dieser Rat bei der Subventionierung der Krankenpflegeversicherung grossen Wert gelegt. Das gleiche Prinzip muss meines Erachtens auch für die Mutterschaftstaggeldversicherung gelten. Es wäre paradox, wenn sich in diesem Bereiche unser lieber Staat – weil es ums Bezahlen geht – aus seiner sozialen Mitverantwortung davonschleichen könnte! Jedenfalls erhalten alle mir bekannten ausländischen obligatorischen Mutterschaftsversicherungen Beiträge der öffentlichen Hand. Gegen meinen Antrag wird nun eingewendet, die Bundeskasse könne die benötigten 100 Millionen Franken nicht aufbringen. Sicher muss auch die Bundeskasse sparen und darf niemals unnütz Geld ausgeben. Aber ginge es hier um unnütze Geldausgaben und hat man gefragt, ob die Arbeitgeber und die Arbeitnehmer die ihnen zugemuteten weit höheren Beiträge ohne Schwierigkeiten auf den Tisch legen können? Wir belasten heute mit unserer Sozialversicherung in hohem Masse die Löhne. Lohnintensive Betriebe und Tätigkeiten werden am stärksten belastet. Lohnintensive Betriebe und Tätigkeiten sind aber keineswegs wirtschaftlich am stärksten. Lohnsteuern – um solche handelt es sich bei den vorgesehenen Lohnabzügen – treffen auch wirtschaftlich Schwache.
Die vom Ständerat und der nationalrätlichen Kommission vorgeschlagene Finanzierungsart ist in ihrer Einseitigkeit sozial nicht über alle Zweifel erhaben. Möglicherweise wird mancher bestreiten, dass die Leistungen an nichterwerbstätige und nichtbeitragspflichtige Mütter eine abzugeltende Sozialhypothek sei. Der Ehemann, bzw. der Vater des Kindes, in der Regel erwerbstätig, bezahle ja Beiträge, und deshalb sei es nicht gerechtfertigt, dass sich die öffentliche Hand an den Kosten beteilige. Ich möchte vor dieser Argumentation warnen. Wer so argumentiert, stellt auch die logische Begründung für die Beteiligung der öffentlichen Hand an AHV und IV in Frage. Wer so argumentiert, braucht sich nicht zu verwundern, wenn später auch die Frage gestellt wird, ob die Bundesbeiträge an die AHV logisch und systemgemäss noch zu begründen seien. Weil ich aber die Beiträge der öffentlichen Hand an die AHV und die IV nicht in Frage stellen möchte, scheint mir eben auch eine Beitragsleistung der öffentlichen Hand an die Mutterschaftstaggelder notwendig. Wir sollten in unseren Beschlüssen ein gewisses Mass an logischer Konsequenz bewahren und nicht von Fall zu Fall, je nach Opportunität, widersprüchlich argumentieren.
Schliesslich wird behauptet, der Bund bezahle für die Kosten der Mutterschaftspflegeversicherung; deshalb seien keine Beiträge an die Mutterschaftstaggeldleistungen gerechtfertigt. Diese Argumentation wirft zwei völlig verschiedene Finanzierungs- und Leistungssysteme durcheinander. Die Tatsache, dass der Bund die Krankenkassen subventioniert, ist kein Grund, von den Arbeitnehmern und den Arbeitgebern höhere Lohnabzüge einzutreiben und eigentliche Lohnsteuern vorzusehen. Wenn der Bund allge-

meine Sozialleistungen vorschreibt, müssen diese Sozialleistungen meines Erachtens ihre Spuren auch im Bundeshaushalt hinterlassen, ansonsten in der Politik der Eindruck erweckt wird, diese Leistungen würden nichts kosten. Es wird ohnehin immer wieder behauptet, in der Schweiz sei das Soziale verkümmert, weil sich die Kosten der sozialen Sicherheit nicht im Bundeshaushalt zeigen, sondern primär von den Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen werden. Wir dürfen den Bogen der Lohnprozente nicht überspannen. Auch in der Arbeitnehmerschaft mehren sich die Widerstände gegen weitere Lohnabzüge.
Mein Antrag will die Lasten auf breitere Schultern verteilen, nicht nur auf die Schultern der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer, auch der Staat soll mittragen. Der Staat muss in die Sozialversicherung eingebunden sein, nicht nur indem er Leistungen vorschreibt, sondern indem er auch an den Leistungen mitträgt. In diesem Sinne bitte ich Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Dieser Antrag wurde in der Kommission behandelt. Die Kommission hat ihn mit grosser Mehrheit abgelehnt.
Herr Allenspach, auch die EO wird nicht vom Bund finanziert, sondern durch die Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Wenn Sie sagen, man müsse das gesamthaft betrachten, so bitte ich Sie, das in Zukunft auch zu tun. Die Mutterschaftsleistungen der Pflegeversicherung – das haben wir hier beschlossen – werden vom Bund voll übernommen. Die Krankenkassen sind nur das administrative Organ, das die Mutterschaftsleistungen ausbezahlt und nachher beim Bund wieder einzieht. Die Bundesleistungen betragen im Jahr rund 250 Millionen Franken; je nach Anzahl der Geburten sind es etwas mehr oder weniger. Der Bund erbringt also seine Leistungen durchaus.
Es ist richtig, Herr Allenspach, dass personalintensive Betriebe nicht unbedingt diejenigen sind, die am meisten verdienen. Aber gerade diese Betriebe, Herr Allenspach, fahren mit der EO-Lösung bedeutend besser als mit der Taggeldlösung.
Herrn Früh möchte ich sagen: Hier hat das Nein-Sagen zu dieser Konsequenz geführt. Man sagt zur Taggeldversicherung nein, obwohl auf Antrag von Herrn Reimann ein Ausgleich geschaffen worden wäre, damit die Frauenbetriebe nicht allzu viel bezahlen müssten. Der Antrag wurde aber abgelehnt, und man will nachher wegen der Belastung die Taggeldversicherung nicht, sondern verlangt nun die EO-Lösung, und diese entlastet die Betriebe.
Jetzt möchte ich an einem Beispiel, das mir gestern erzählt wurde, erklären, dass die Betriebe durch diese Lösung auch entlastet werden. Mir hat ein Arbeitgeber erzählt, er beschäftige vier Frauen. Letztes Jahr habe er das Glück oder Pech gehabt, dass zwei Frauen Kinder geboren haben. Er hätte jeder 12 Wochen den vollen Lohn bezahlt. Wenn die EO-Lösung bereits vorhanden gewesen wäre, hätte er als Arbeitgeber, der den Lohn bezahlt hat, die entsprechenden EO-Beiträge erhalten. Mit diesen EO-Beiträgen hätte er entweder einen Beitrag an die Lohnkosten gehabt, oder er hätte eine Aushilfskraft anstellen können.
Ich möchte Sie ganz deutlich darauf aufmerksam machen, dass insbesondere die Arbeitgeber bei den Lohnkosten mit der EO-Lösung entsprechend profitieren und daher auch in der Lage sein sollten, diese Beiträge zu bezahlen.
Ich möchte Sie im Auftrag der Kommission bitten, den Antrag von Herrn Allenspach abzulehnen.

M. **Dupont,** rapporteur: La proposition de M. Allenspach est en principe acceptable et louable. Si la Confédération a assez d'argent – un montant de 100 millions est en jeu – nous pourrions très bien suivre cette idée. Toutefois, je comprends mal M. Allenspach car, normalement, il présente des propositions visant à faire des économies, et je trouve sympathique que, cette fois, il en fasse une qui aille dans un sens différent.
Je tiens à rappeler que nous avons décidé, dans la révision en cours, de faire supporter la totalité des frais des soins médicaux en cas de maternité par la Confédération. Cela représente une dépense de 200 à 250 millions. Or, je ne crois pas qu'il faille charger le bateau au point de créer une nouvelle divergence majeure avec le Conseil des Etats et de renvoyer ce projet pour réexamen, car il existe là un véritable danger de surcharge.
Pour cette raison, je suis d'avis de maintenir la révision dans sa globalité selon la version du Conseil des Etats, afin de la mener vraiment à chef.
Par conséquent, au nom de la commission qui a pris sa décision par 15 voix contre 10, je vous invite à rejeter la proposition de M. Allenspach.

Mme **Vannay:** Allons-nous, pour quelque cinquante millions de francs supplémentaires à la charge des employeurs, ralentir, voire anéantir la proposition du Conseil des Etats qui consiste à inclure les allocations en cas de maternité dans la loi sur le régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes astreintes au service militaire et à la protection civile?
C'est à cette question que nous répondrons en nous prononçant sur la proposition de M. Allenspach, à l'article 28, alinéa 3, proposition de minorité que je vous prie instamment de rejeter. En fait, il s'agit là d'une manoeuvre qui s'est déroulée en trois temps et qui ne veut pas dire son nom, mais qui a échoué devant la commission. On a joué les préludes, hier, avec la proposition de M. Früh. Premier temps, on vote contre l'entrée en matière de cette partie IIIbis ayant trait aux allocations en cas de maternité. Deuxième temps, on propose que, pour les mères qui n'exercent pas d'activité lucrative, les pouvoirs publics remboursent au fonds les prestations versées, comme si les pères de ces enfants n'existaient pas et ne cotisaient pas, deuxième proposition refusée par la commission.
Troisième essai, plus subtil il est vral, et aussi rejeté par la commission, on propose que la Confédération prenne à sa charge le 25 pour cent du montant des allocations en cas de maternité, déchargeant du même coup employeurs et employés de chacun 0,5 pour mille des salaires de charges supplémentaires au titre des APG. Le coût estimé de l'opération est évalué à 100 millions de francs pour la Confédération.
Pensez-vous vraiment que l'économie de notre pays doive être déchargée de ces 50 millions de francs pour l'assurance-maternité par l'argent des contribuables? C'est oublier que l'économie sait se montrer généreuse dans d'autres circonstances, en ce qui concerne par exemple les salaires versés aux citoyens soldats en cas de service militaire obligatoire comme en cas de service d'avancement. Et là il ne s'agit pas de seize petites semaines une ou deux fois dans la vie de la travailleuse, mais de mois, cinquante semaines de service obligatoire, voire d'années de salaire. Bien que les pratiques ne soient pas exactement les mêmes dans chaque entreprise, on peut dire que les prestations à la charge de l'employeur, les APG déduites, sont d'autant plus élevées que le bénéficiaire est célibataire, que son revenu est important ou qu'il a moins d'enfants. Chose curieuse, il semble que l'économie ne soit pas en mesure de dire combien d'argent elle offre ainsi à fonds perdus aux citoyens soldats au titre de salaires non assurés et effectivement versés. Relevons que les entreprises qui s'en sortent le mieux sont bien celles qui emploient plus de femmes et plus d'étrangers. Ils ne font pas de service militaire.
Aujourd'hui, nous demandons aux entrepreneurs de reconnaître enfin que la maternité est une tâche sociale, éminemment indispensable à la survie de leurs entreprises et à celle de la société, et qu'ils concrétisent cette reconnaissance par 0,5 pour mille de retenues qui manquent encore pour assurer ces allocations en cas de maternité.
En demandant une nouvelle participation à la Confédération, on semble oublier que, par cette révision, l'Etat prendra à sa charge un montant supplémentaire de 120 à 150 millions par an pour payer entièrement les prestations médico-pharmaceutiques allouées en cas de grossesse et de maternité et de 457 à 525 millions pour compenser partiellement

les frais médicaux et pharmaceutiques plus coûteux qu'occasionnent les femmes et pour réduire leurs primes d'assurance honteusement plus élevées que celles des hommes. Monsieur Allenspach, retenons ce que votre proposition a de positif: le désir de voir la Confédération financer davantage les assurances sociales. Or, cette proposition doit être faite dans le cadre du financement de l'AVS/AI puisque la Confédération paie là son dû et sa part pour les assurances sociales; vu qu'elle ne finance pas les APG. Par conséquent, donnons-nous rendez-vous à la dixième révision de l'AVS et aujourd'hui allons de l'avant en acceptant la version du Conseil des Etats sans créer de divergence qui ne pourrait que retarder encore l'avènement de cette assurance-maternité que nous désirons dans les plus brefs délais.

Bonny: Die Mehrheit der FDP-Fraktion ist gegen den Minderheitsantrag und also mit einer Beteiligung der öffentlichen Hand an der Finanzierung des Mutterschaftstaggeldes nicht einverstanden. Ich brauche auf die fachspezifischen Erwägungen nicht mehr einzutreten, in der Meinung, dass der Kommissionssprecher, Herr Kollega Eggli, das in überzeugender Weise getan hat. Wenn ich hier das Wort ergreife, dann geht es vor allem darum, auf drei grundsätzliche Aspekte hinzuweisen, die für die Mehrheit unserer Fraktion massgebend waren.
1. Wir Freisinnigen sind für sparsamen Umgang mit Bundesmitteln. Wir haben in der Kommission von der Verwaltung gehört, dass die Belastung bei einer Viertelbeteiligung der öffentlichen Hand 105 Millionen Franken ausmachen würde; wir haben Mühe einzusehen, weshalb wir den Bund nun mit dieser doch sehr beträchtlichen Summe belasten sollen.
2. Wir Freisinnigen stehen seit Jahren für weniger Staat ein, und ich bin mit der Mehrheit der Fraktion einig darin, dass wir dabei eben konsequent bleiben müssen, auch wenn wir vielleicht kurzfristig mit einer Abweichung einen Vorteil zu sehen glauben. Dabei möchte ich die Frage offenlassen, ob diese Variante tatsächlich ein Vorteil wäre.
Eine weitere grundsätzliche Ueberlegung betrifft folgendes: Wir haben uns vorhin mit klarer Mehrheit für dieses Mutterschaftstaggeld ausgesprochen, und ich wage die Behauptung, dass die Mehrheit der Befürworter dabei von der Voraussetzung ausgegangen ist, dass es nun einmal bei den festgelegten Ansätzen zu bleiben hat, dass wir also – jedenfalls nicht in unmittelbarer Zukunft – keine Aufstockung wollen. Nun sind wir der Meinung, dass gerade eine Finanzierung über die öffentliche Hand sehr wahrscheinlich ein erster Schritt in die falsche Richtung ist. Ich beziehe mich hier auf den Antrag zu Artikel 16bis von Frau Kollegin Fetz, der vorhin zurückgewiesen wurde. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, Frau Fetz, haben Sie in einem früheren Votum die Ansicht vertreten, dass auch die öffentliche Hand beitragen sollte. Ich sehe an Ihrem Nicken, dass ich das richtig verstanden habe. Sie haben sich also da in eine sehr nette Umgebung begeben, ich gratuliere dazu. Ihre Meinung diesbezüglich ist für mich genau der Beweis, wie es herauskäme, wenn wir hier die öffentliche Hand beteiligen würden. Dann wären weitere Aufstockungen programmiert. Dort scheiden sich dann unsere Wege, Frau Fetz!
3. Ich bin grundsätzlich der Meinung, dass gerade bei Sozialversicherungen die Transparenz bezüglich der Finanzierung sehr wichtig ist. Wir alle – Behörden, Volk, Versicherte – sollen wissen, dass das Geld, auch wenn es vom Staat stammt, nicht wie Manna vom Himmel kommt. Herr Allenspach, Sie haben gesagt, der Staat solle mittragen, wir hätten genug von höheren Lohnprozenten. Das ist an sich richtig, aber wir haben auch genug von höheren Steuern!
In diesem Sinne bittet Sie die Mehrheit der FDP-Fraktion, der Mehrheit der Kommission zuzustimmen und den Minderheitsantrag abzulehnen.

Reimann: Ich nehme Stellung zum Antrag Allenspach und möchte gleichzeitig meinen Antrag zu Ziffer Iter Uebergangsbestimmungen, begründen, weil zwischen den beiden ein gewisser Zusammenhang besteht.
Man muss dem Ständerat zugute halten, dass es durch sein Finanzierungsmodell möglich sein wird, die Mutterschafts-Taggeldversicherung überhaupt zu realisieren. Nach der Zustimmung des Nationalrates steht dieser Lösung nichts mehr im Wege.
Ich möchte noch einmal wiederholen: Bei der EO handelt es sich um eine Institution, die von den erwerbstätigen Frauen mitfinanziert wird, ohne dass diese bisher im entsprechenden Ausmass davon profitieren konnten. Mit dem Herbeizug der EO zur Finanzierung der Mutterschaftstaggeldversicherung wird dieses Ungleichgewicht teilweise korrigiert. Das wird auch von der sozialdemokratischen Fraktion begrüsst. Hingegen hat sich die sozialdemokratische Fraktion dafür entschieden, nicht auf den Antrag Allenspach zur Ausrichtung eines Bundesbeitrages an die Taggeldversicherung bei Mutterschaft einzutreten. Sie tut das nicht etwa, weil sie der Meinung ist, Bundesbeiträge wären bei den Sozialwerken überflüssig, wie das die Mehrheit der freisinnigen Fraktion vertritt. Im Gegenteil, Bundesbeiträge sind nötig, um finanzielle Schwankungen, die bei lohnabhängigen Beitragszahlungen auftreten können, zu stabilisieren und vor allem, um einen zusätzlichen sozialen Ausgleich zu schaffen. Dies geschieht zum Beispiel durch die Uebernahme der Krankenpflegekosten bei der Mutterschaft durch den Bund. Gerade diese soziale Ausgleichswirkung käme aber bei einer Finanzierung mit Bundesbeteiligung bei der Mutterschafts-Taggeldversicherung nur ganz minim zum Tragen. Da die Prämien über die Erwerbsersatzordnung nach AHV-System erhoben werden, spielt bereits die unbegrenzte, lineare Einkommenssolidarität. Lediglich die progressive Steuersolidarität über direkte Steuern würde eine noch grössere Wirkung erzielen, doch werden ja Bundesbeiträge vorwiegend über indirekte Steuern finanziert. Sodann würde der vorgeschlagene Bundesbeitrag die lohnprozentuale Belastung der Arbeitnehmer und Arbeitgeber nur ganz geringfügig beeinflussen. Eingespart werden könnte etwa ein Lohnpromille, so dass Arbeitnehmer und Arbeitgeber auf je 1000 Franken Einkommen etwa 50 Rappen einsparen würden. Diese Summe ist für die Arbeitgeber meines Erachtens zumutbar. Die Arbeitnehmer sind sicher auch bereit, für eine gute Regelung bei der Mutterschaft diesen Betrag zu berappen.
Dagegen kennen wir gerade bei der Krankenpflegeversicherung die störenden Auswirkungen der fehlenden Solidarität, insbesondere auch zuungunsten der Frauen. Ich denke hier speziell an die Regelung, wonach Frauen höhere Prämien zu zahlen haben als Männer. Dabei handelt es sich um Kopfprämien, so dass die Bezüger niedrigerer Einkommen besonders stark betroffen werden. Betroffen werden aber auch Familien, da nach dem vorliegenden Vorschlag die Abgeltung zum Kostenausgleich gemäss Artikel 36bis nur dann ausreicht, um die um 10 Prozent höhere Prämie der Frau auszugleichen, wenn zuvor die Männerprämie um 10 Prozent über das Risiko hinaus erhöht wird. Wollen wir wirklich Soziales tun, etwas tun zugunsten der Frauen und der Familien, dann sollten wir die Beteiligung des Bundes nicht bei der Mutterschaftsversicherung verlangen, sondern den Beitrag des Bundes zum Kostenausgleich der Prämien zwischen Mann und Frau entsprechend erhöhen.
Im Namen der sozialdemokratischen Fraktion beantrage ich Ihnen deshalb unter den Uebergangsbestimmungen, es sei der geplante Bundesbeitrag für den Bereich von Artikel 36bis von 489 Millionen Franken um 110 Millionen auf 599 Millionen Franken zu erhöhen und entsprechend die Gesamtsubvention von 1006 Millionen auf 1116 Millionen Franken. Wir laden Sie alle – insbesondere die Antragsteller für die 25 Prozent Bundesbeitrag an die Mutterschaftsversicherung – dazu ein, unter den Uebergangsbestimmungen unserem Antrag zuzustimmen. So können Sie beweisen, dass Sie wirklich zu einer solidarischen Finanzierung bereit sind und Frauen und Familien entlasten möchten. Der Betrag von 599 Millionen (statt 489 Millionen) würde zwar nicht ermöglichen, die Beitragsdifferenz zwischen Mann und Frau voll auszugleichen. Aber sie könnte zumindest gesenkt werden, oder es könnte die künftige Prämienerhö-

hung beim Mann von 11 auf 5 Prozent gesenkt werden, was die Frauenprämie ebenfalls reduzieren und die Gefahr der Abwanderung von Männern zu Sondergruppen abschwächen könnte. Es nützt nämlich nichts, im Gesetz die Gleichstellung der Prämien für Mann und Frau zu verlangen, wenn nicht gleichzeitig die Finanzierung der Kostendifferenz sichergestellt ist. Krankenkassen mit einem hohen Anteil an weiblichen Mitgliedern müssten trotzdem extrem hohe Prämien verlangen, was wiederum eine Abwanderung der guten Risiken in andere Kassen zur Folge hätte. Der Endeffekt wäre getrennte Kassen für Männer und Frauen, und da würden die Frauen trotz gesetzlicher Bestimmungen für Gleichstellung beträchtlich höhere Prämien bezahlen müssen als die Männer. Das kann man – wie gesagt – nur verhindern, wenn die vom Gesetz verlangte Gleichstellung, bzw. die maximal zulässige Prämiendifferenz zwischen Männern und Frauen, durch genügend Beiträge des Bundes sichergestellt ist.
Die sozialdemokratische Fraktion stellt sich auf den Standpunkt, die Bundesbeiträge seien dort auszurichten, wo damit ein sozialer Ausgleich geschaffen werden kann. Das ist vor allem dort der Fall, wo die Beiträge in Form von Kopfprämien entrichtet werden müssen.
Ich beantrage Ihnen deshalb, den Antrag Allenspach zu Artikel 28a Absatz 3 abzulehnen und bitte Sie, meinem Antrag zu Artikel 36bis Uebergangsbestimmungen zuzustimmen.

Frau **Segmüller:** Wir haben gestern in diesem Rat ja gesagt zum Grundsatzentscheid betreffend Schaffung einer Mutterschaftsversicherung. Das ist erfreulich. Es gilt heute, den direktesten Weg zur Verwirklichung zu wählen. Das heisst, keine weiteren Verzögerungen, keine weiteren Differenzen zu den Beschlüssen des Ständerates. Die CVP-Fraktion hat der Lösung innerhalb des EO-Systems aus Ueberzeugung zugestimmt; sie hat damit auch ja gesagt zur Finanzierung über die Lohnprozente. Wir haben aber betont, das sei das letzte Mal, dass wir einer lohnprozentigen Mehrbelastung durch einen neuen Sozialzweig zustimmen würden.
Der Antrag Allenspach bringt unseres Erachtens mehr administrative Belastungen und Komplikationen, als er reale Entlastungen auf der Seite der Lohnprozente brächte. Wir bitten Sie daher, diesen Antrag abzulehnen und damit keine neuen Differenzen zu schaffen, sondern den geraden Weg zur Verwirklichung der Mutterschaftsversicherung zu gehen. Dieser erscheint uns der richtige.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Ich habe nur noch zwei Sätze beizufügen. Ich habe mich in der Zwischenzeit davon überzeugt, dass es tatsächlich richtig ist, dass die EO für Männer voll über Lohnbeiträge finanziert wird und es nicht logisch und nicht konsequent wäre, wenn wir hier nun einen Beitrag des Bundes gemäss Antrag Allenspach verlangen würden. Darum bitte ich Sie nochmals im Namen der Kommission, diesen Antrag abzulehnen.

Bundesrat **Cotti:** Wir befinden uns hier in der etwas paradoxen Lage, dass Herr Allenspach, bekannt als berechtigterweise strenger Wächter der Bundesfinanzen, einen Vorschlag für Mehrausgaben im Wert von etwa 100 Millionen Franken bringt, während wir auf der anderen Seite sehen, dass Vertreter im Parlament, die es normalerweise nicht scheuen, Bundesausgaben auch als sozial zu betrachten, sofern sie durch proportionale Steuereinkommen finanziert werden, hier eher die Bremse ziehen. Das ist nicht nur paradox, das kann auch gefährlich sein. Der Vorschlag, den Herr Reimann gemacht hat, zeigt, wie gefährlich es ist, wenn man sich auf solche Spiele einlässt.
Darf ich hier kurz die Meinung des Bundesrates vertreten, der ganz entschieden das Parlament bittet, es bei den ständerätlichen Lösungen bewenden zu lassen?
Zuallererst möchte ich eine Feststellung machen: Der Bundesrat geht nicht allein oder primär von finanzpolitischen Ueberlegungen aus; denn es muss Ihnen, Herr Allenspach, attestiert werden, dass man grundsätzlich nicht unbedingt gegen die hinter Ihrem Vorschlag stehende Idee sein kann. Und warum? Weil wir alle anerkennen, dass die Mutterschaft eine kollektive und sozial wichtige Bedeutung hat, so dass gar nicht auszuschliessen ist, dass der Staat hier eine gewisse Rolle zu spielen hat. Prinzipiell würde ich mich nicht gegen die Idee, die hinter Ihrem Vorschlag steht, sträuben. Aber in der konkreten Situation stellen wir zuerst einmal folgendes fest, Herr Allenspach: Rein formell haben diese Parallelitäten eine Bedeutung. Wie schon gesagt wurde, kommt der Bund bei der EO im Militärbereich für keine Beiträge auf. Wir wollen eine logische Parallele zur EO, und gerade aus diesem Grund wüsste ich nicht, weshalb man hier eine Einschränkung oder eine Ausnahme gegenüber dieser EO-Systematik machen sollte.
Das zweite Element, das ebenfalls erwähnt worden ist: Versuchen wir, den Bogen nicht allzuweit zu spannen. Herr Allenspach, Sie haben das selber erwähnt, und es darf nicht vergessen werden: Mit diesen Vorschlägen kommen wir den Frauen im Bereich der Mutterschaftspflege wesentlich entgegen. Wir anerkennen also die soziale und kollektive Bedeutung der Mutterschaft schon im Rahmen der Mutterschaftspflege, indem – wie gesagt – der Bund bis zum letzten Rappen für die Mutterschaftspflegekosten aufkommen wird. Das ist also ein Grund mehr, dass beim Krankengeld der Bund nicht verpflichtet werden kann, eine spezifische, finanzielle Rolle zu übernehmen. Ich glaube, im Bereiche der Mutterschaft erfüllt der Bund nunmehr aufgrund dieser Revision voll und ganz seine Pflicht. Aber Sie haben gesehen, Herr Allenspach: Gleich nachdem Sie Ihren Vorschlag gebracht haben, hören wir Herrn Reimann, der natürlich nicht mehr in der gleichen Richtung, aber doch aufgrund des gleichen Gedankenganges mit einem Vorschlag fortfährt – der in meinen Augen ebenfalls unannehmbar ist – und sagt: Der Bund soll wenigstens bei den Krankenpflegegeldern – noch etwas mehr als hier vorgeschlagen – mithelfen, die differenzierten Pflegekosten der Frauen zu tragen. Herr Reimann, ich kann mich mit Ihrem Vorschlag ebenfalls nicht befreunden. Es wurde von seiten des Ständerates und auch des Bundesrates schon sehr weit gegangen. Wir haben betreffend Beiträge der Krankenkassen wesentliche Vorschläge eingebracht. Zusammengenommen, nicht nur diesen Aspekt betreffend, gehen wir für das Jahr 1990 (mit mehr als 100 Millionen Franken Beiträgen des Bundes) über das hinaus, was mit der heutigen Regelung bezahlt würde. Wenn wir also diese Revision noch immer als eine objektive, tragbare, nicht überzogene Revision betrachten, dann dürfen wir, Herr Reimann und Herr Allenspach, keinen Beitrag leisten, um diese ausgewogene Lösung irgendwie zu gefährden.
Gestatten Sie also, dass ich Sie im Namen des Bundesrates bitte – aus den erwähnten Gründen und bei aller prinzipiellen und grundsätzlichen Offenheit des Gespräches –, bei dieser Lösung zu bleiben. Sie ist tragbar und konsensfähig.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	12 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	124 Stimmen

Art. 29bis
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Fetz (fällt dahin)
Die Artikel 2, 3, 6 bis 8, 17 bis 22, ...

Art. 29bis
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition Fetz (est caduque)
Les articles 2, 3, 6 à 8, 17 à 22, ...

Angenommen gemäss Antrag der Kommission
Adopté selon la proposition de la commission

Art. 34 Abs. 4
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 34 al. 4
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Iter Uebergangsbestimmungen
Dispositions transitoires

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Bei Artikel 38bis haben wir zugestimmt. Das bedeutet, dass für die Jahre 1989 und 1990 – auszahlbar 1990 und 1991 – Bundesbeiträge von 1006, respektive 1062 Millionen Franken vergütet werden. Diese Beiträge setzen sich wie folgt zusammen: Einerseits gemäss Artikel 36bis, Mutterschaft, 245 Millionen Franken, respektive 262 Millionen; Prämienbefreiung ab drittem Kind ergibt 68 respektive 3 Millionen Franken. Das sind die gebundenen Ausgaben, die der Bund entsprechend den beschlossenen Artikeln leisten muss. Die übrigen Zahlen stehen auf der Fahne. Sie sehen, dass gegenüber unserer letzten Beratung die Sozialhypotheken von 120 auf 150 Millionen Franken erhöht werden; die Beiträge an die Frauenprämien werden ebenfalls von 440 auf 489 Millionen respektive von 489 auf 525 Millionen Franken erhöht.
Im weiteren hat die Kommission nochmals eine Aenderung des Artikels über die Finanzierung behandelt. Bis jetzt hiess es – Sie haben das bereits beschlossen –, dass «die Bundesbeiträge aufgrund der Teuerung in der Krankenversicherung und der Finanzlage des Bundes jeweils nach drei Jahren festgelegt werden.» Wir haben in der Kommission beschlossen und beantragen Ihnen dies mit grosser Mehrheit, «Finanzlage des Bundes» sei zu streichen und nur noch die «Kostenentwicklung» sei einzufügen.
In diesem Sinne beantrage ich Ihnen, der Kommission zuzustimmen.
Den Minderheitsantrag von Herrn Reimann haben wir in der Kommission nicht behandelt. Ich kann Ihnen also hier keine Kommissionsmeinung bekanntgeben, obwohl ich annehme, dass die Kommission diesen Antrag abgelehnt hätte.
Immerhin hat Herr Reimann recht, wenn er darauf hinweist, dass die Männerprämien heute wegen der fehlenden Bundesbeiträge etwa 11 Prozent teurer sind als die effektiven Kosten, die die Männer verursachen. Da hat Herr Reimann sicher recht. Auf der anderen Seite haben wir in der Kommission etwa 100 Millionen Franken mehr Bundesbeiträge festgelegt, als die bisherige Regelung vorsah. Persönlich würde ich dem Antrag Reimann zustimmen. Aber wie ich die Kommission kenne, muss ich annehmen, dass die Kommissionsmehrheit den Antrag Reimann abgelehnt hätte.

M. **Dupont**, rapporteur: Le Conseil fédéral pense que, même si les divergences sont supprimées durant cette session entre le Conseil national et le Conseil des Etats, l'entrée en vigueur de la révision ne pourra se faire qu'au 1er janvier 1989; c'est la raison pour laquelle vous trouvez dans le dépliant les subventions calculées à partir de cette date. Nous vous invitons à suivre la proposition qui vous est faite par la commission du Conseil national et, par là même, à refuser celles émanant de M. Reimann à l'article 36bis, alinéas 3 et 4.

M. **Cotti**, conseiller fédéral: J'ai déjà donné les raisons pour lesquelles le Conseil fédéral combat la proposition de M. Reimann, je n'ai donc rien à ajouter.

Bst. e Abs. 3 und 4
Abs. 3
Für das Jahr 1989 beträgt der Bundesbeitrag nach Artikel 38bis Absatz 2 749 Millionen Franken. Davon entfallen auf Beiträge nach

	Franken
Artikel 35	150 000 000
Artikel 36bis	489 000 000
Artikel 37 Absatz 1	90 000 000
Artikel 38 Absatz 3	20 000 000

Abs. 4
Für das Jahr 1990 beträgt der Bundesbeitrag nach Artikel 38bis Absatz 2 785 Millionen Franken. Davon entfallen auf Beiträge nach

Artikel 35	150 000 000
Artikel 36bis	525 000 000
Artikel 37 Absatz 1	90 000 000
Artikel 38 Absatz 3	20 000 000

Antrag Reimann
Abs. 3
....
Artikel 36bis Fr. 599 000 000
....
Abs. 4
....
Artikel 36bis Fr. 635 000 000
....

Let. e al. 3 et 4
Proposition de la commission
Al. 3
Le subside fédéral alloué en vertu de l'article 38bis, 2e alinéa, s'élève à 749 millions de francs pour 1989.
De ce montant sont versés:
En vertu de:

l'article 35	fr. 150 000 000
l'article 36bis	fr. 489 000 000
l'article 37, 1er alinéa	fr. 90 000 000
l'article 38, 3e alinéa	fr. 20 000 000

Al. 4
Le subside fédéral alloué en vertu de l'article 38bis, 2e alinéa, s'élève à 785 millions de francs pour 1990.
De ce montant sont versés:
En vertu de:

l'article 35	fr. 150 000 000
l'article 36bis	fr. 525 000 000
l'article 37, 1er alinéa	fr. 90 000 000
l'article 38, 3e alinéa	fr. 20 000 000

Proposition Reimann
Al. 3
....
l'article 36bis fr. 599 000 000
....
Al. 4
....
l'article 36bis fr. 635 000 000
....

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Reimann	29 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	72 Stimmen

B. Bundesgesetz über die Krankengeldversicherung inklusive Taggeld bei Mutterschaft
Loi fédérale sur l'assurance d'une indemnité journalière, y compris l'indemnité journalière en cas de maternité

Antrag der Kommission
Mehrheit
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
Minderheit
(Reimann, Borel, Bratschi, Eggli-Winterthur, Gloor, Neukomm, Vannay, Zehnder)
Eintreten

Proposition de la commission
Majorité
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
Minorité
(Reimann, Borel, Bratschi, Eggli-Winterthour, Gloor, Neukomm, Vannay, Zehnder)
Entrer en matière

Reimann, Sprecher der Minderheit: Die Krankenversicherung stellt in der Sozialversicherungslandschaft der Schweiz ein Unikum dar. Als einziger Zweig des sozialen Sicherheitsnetzes kennt sie kein Obligatorium auf Bundesebene, und dies, obwohl oder gerade weil sie die älteste aller Sozialeinrichtungen darstellt. Würde sie heute neu geschaffen, wäre das Obligatorium eine Selbstverständlichkeit. Besonders störend wirkt sich das Fehlen eines Obligatoriums bei der Krankengeldversicherung aus. Erleidet ein Arbeitnehmer einen Unfall oder verliert er seine Stelle, wird er von einem obligatorischen Sicherheitsnetz zu einheitlichen Bedingungen aufgefangen. Wird er dagegen krank, gelten in jedem Betrieb andere Regeln. Einmal gelten nur die Minimalbestimmungen des Obligationenrechtes für die Lohnfortzahlung. Ein andermal gelten Regelungen eines Gesamtarbeitsvertrages. Ein drittes Mal übernimmt eine Versicherung die Leistungen. Krass wirkt sich das Fehlen des Krankenversicherungsobligatoriums bei Stellenwechsel oder Arbeitslosigkeit und gleichzeitiger Erkrankung aus. Aber auch der ganz normale Eintritt in den Ruhestand hat seine Tücken. In all diesen Fällen gilt die Freizügigkeit – oder wie sie hier genannt wird: das Zügerrecht – für die Krankenversicherung nur begrenzt. Von einer privaten Kollektivversicherung zur Kollektivregelung einer anerkannten Krankenkasse und umgekehrt gilt überhaupt nichts, von der Kollektivversicherung zur Einzelversicherung nur im Rahmen der Beitragshöhe, nicht aber im Rahmen der bisher versicherten Leistungen. Auch Versicherungsvorbehalte sind bei solchen Wechseln möglich.
Diese sozialen Lücken sind eines modernen Staates unwürdig. Sie widersprechen auch heute geltenden internationalen Normen.
Die sozialdemokratische Fraktion beantragt deshalb, dass Teil B der heutigen Vorlage, das Bundesgesetz über Krankengeldversicherung, behandelt und verabschiedet wird. Dadurch würden weder dem Arbeitnehmer noch dem Arbeitgeber unzumutbare Kosten auferlegt. In fortschrittlichen Betrieben gibt es längst Regelungen, wie sie hier vorgeschlagen werden.
Auch die Beteiligung der Arbeitgeber an den Prämien ist eine Selbstverständlichkeit und entspricht dort, wo dadurch die Lohnzahlungspflicht abgegolten wird, sogar einer gesetzlichen Regelung. Aber auch in diesen Fällen können Arbeitnehmer immer wieder durch die Maschen der Regelungen durchfallen. Gerade dies sollten wir doch bei einem Sozialwerk verhindern.
Sie haben zwar nun der Finanzierung der Mutterschaftstaggeldversicherung über die Erwerbsersatzordnung, gemäss Vorschlag des Ständerates, zugestimmt. Aber ich muss betonen, dass diese ausserordentliche Massnahme der Finanzierung ausserhalb des Krankenversicherungssystems nur deshalb notwendig war, weil ohne Obligatorium eine interne Lösung unmöglich ist.
Ich habe gestern darauf hingewiesen, dass die nationalrätliche Kommission ein Finanzierungsmodell im Rahmen der Krankenversicherung ohne Lohnprozente auf dem Tisch hatte. Dieser Vorschlag wurde durch einen Antrag von Herrn Allenspach vom Tisch gewischt. Ich möchte damit nicht etwa die Erwerbsersatzordnungslösung in Frage stellen, sondern all jene, die gegen Lohnprozente votieren, daran erinnern, dass sie mit ihrer Gegnerschaft zum Taggeldobligatorium diese etwas ausserordentliche Lösung provoziert haben. Wir können meines Erachtens auf die Behandlung von Teil B eintreten, ohne auf die Finanzierung zurückkommen zu müssen.
Ich bitte Sie deshalb im Namen der sozialdemokratischen Fraktion, dem Antrag der Kommissionsminderheit zuzustimmen und auf die Behandlung von Teil B der Vorlage einzutreten.

M. **Carobbio:** Le groupe du PdT, PSA, POCH est favorable à l'entrée en matière sur l'arrêté B. Notre position est cohérente avec ce que nous avons toujours soutenu en matière de révision de l'assurance-maladie. En effet, nous sommes en faveur d'une assurance-maladie obligatoire pour les soins médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers, pour une assurance-maternité obligatoire séparée de la précédente, et évidemment – c'est ce dont nous discutons actuellement – pour une assurance obligatoire d'indemnités journalières pour les travailleurs occupés.
Selon notre groupe, l'introduction d'une assurance obligatoire d'indemnités journalières se justifie pour des raisons sociales et d'égalité de traitement. Aucun motif d'ordre économique ou financier lié aux charges des entreprises ne peut justifier le refus de garantir à tous les travailleurs qui, à cause de maladie, ne peuvent pas travailler régulièrement le maintien d'un revenu normal. En effet, cela équivaudrait à les pénaliser, ainsi que leur famille, pour une situation dont ils ne sont pas du tout responsables. Personne ne peut soutenir sérieusement qu'une assurance obligatoire en matière d'indemnité journalière de maladie n'est pas dans l'intérêt de tous, y compris les employeurs. Une telle assurance se justifie encore plus du point de vue de l'égalité de traitement.
Vous savez – M. Reimann vient de le rappeler – que dans le cadre de l'assurance-accidents, elle aussi obligatoire pour tous les salariés depuis 1981, une indemnité journalière de l'ordre de 80 pour cent du salaire perdu est déjà prévue. Il n'y a aucune raison logique pour ne pas pratiquer un traitement identique en cas d'absence du travail pour maladie. Les causes sont différentes, mais les effets pour ceux qui sont atteints et leur famille sont les mêmes. Argumenter qu'une telle assurance obligatoire ne se justifie pas du fait qu'une grande majorité des travailleurs bénéficient déjà dans le cadre des contrats collectifs de travail d'une couverture, ne modifie pas beaucoup la nécessité sociale et d'équité de traitement qui réclame l'introduction de cette assurance. Je dirai même que cela renforce les raisons qui justifient l'entrée en matière.
Les oppositions qui peuvent se manifester à l'endroit de cette innovation sociale, plus que d'ordre matériel concernant l'assurance en tant que telle, risquent d'être d'ordre purement idéologique. De plus, le fait que le Conseil des Etats a décidé de sortir du texte de l'arrêté B les dispositions concernant les indemnités journalières en cas de maternité pour les régler dans le cadre de la LAPG ne peut pas non plus justifier le refus d'entrer en matière sur l'arrêté en discussion. Une assurance obligatoire d'indemnité journalière pour les travailleurs se justifie elle-même, indépendamment des dispositions, nécessaires pour les indemnités journalières en cas de maternité. Du reste, comme je l'ai déjà dit, nous sommes partisans d'une assurance-maternité séparée de l'assurance-maladie. Nous avons simplement voté la solution proposée pour faire avancer la situation. Il convient donc que nous maintenions notre précédente prise de position concernant la mise sur pied d'une assurance obligatoire d'indemnités journalières pour les salariés malgré la décision que nous venons de prendre à propos des indemnités pour maternité. Pour finir, nous ne pouvons pas du tout accepter la thèse exposée hier dans cette enceinte par le rapporteur de la commission en langue française selon laquelle il conviendrait de se rallier à la décision du Conseil des Etats pour ne pas retarder encore plus longtemps la révision de l'assurance-maladie avec les propositions du programme d'urgence. Cela, disait le rapporteur de langue française, d'autant plus que cette discussion traîne depuis longtemps. Nous ne pouvons pas partager cet avis pour deux raisons: premièrement, parce que l'utilisation d'une telle argumentation est fortement discutable, puisqu'elle est d'ordre formel et se rapporte aux méthodes de travail du Parlement. On ne peut s'y référer pour refuser d'entrer en matière sur une innovation législative sociale demandée

depuis des années et qui est parfaitement justifiée. En effet, une telle attitude revient à céder aux pressions de tous ceux qui, pour des raisons purement idéologiques, s'opposent à une assurance de ce type. Deuxièmement, cette thèse ne tient pas, même sur le plan formel, puisque nous avons décidé de séparer en deux arrêtés la matière de la révision en discussion. Vu que les dispositions concernant l'assurance-maternité ont trouvé leur place en dehors de l'arrêté B, rien n'empêche le Parlement de mettre sur pied définitivement, durant cette session encore, l'arrêté A tout en maintenant – si tel devait être le cas – pour examen ultérieur de la part du Conseil des Etats une importante divergence. Nous serions plus cohérents avec les décisions prises en première lecture.
Ce sont les raisons pour lesquelles je vous invite à voter l'entrée en matière sur l'arrêté B et à examiner les détails le concernant.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Ich will Gesagtes nicht wiederholen. Die Kommission hat mit 14 zu 9 Stimmen beschlossen, auf den Teil B nicht einzutreten, und empfiehlt Ihnen, das ebenfalls zu tun.
Sollten Sie auf den Teil B eintreten, dann müsste ich Ihnen jetzt beantragen, dass man diesen Teil B an die Kommission zurückweist; denn in diesem Teil B sind die Regelungen über Mutterschaftstaggelder usw. enthalten, und da müssten wir den Teil B in der Kommission neu anpassen.
Im Auftrag der Kommission muss ich Ihnen Nichteintreten empfehlen.

M. **Dupont**, rapporteur: Nous vous avons dit lors du débat d'entrée en matière que la commission, à une très forte majorité, 14 voix contre 9, vous invitait à rejeter la proposition de minorité et à renoncer à entrer en discussion sur l'arrêté B. Nous maintenons cette position et pour les raisons que nous vous avons déjà expliquées, d'autant plus que lorsque nous avons accepté la proposition du Conseil des Etats réglant le problème de l'assurance-maternité, nous avions compris d'ores et déjà que les points essentiels étaient acquis et qu'il fallait, pour accélérer les travaux, renoncer pour le moment à aborder l'arrêté B. J'ai bien précisé, Monsieur Carobbio, pour le moment. Or, je répète ce que vient de dire le président, si vous acceptez la proposition de minorité Reimann, il est clair que vous devrez alors renvoyer l'ensemble du projet B pour examen à la commission. C'est donc à une autre session seulement que nous pourrions examiner cette question et à une autre encore que cet objet pourrait être soumis au Conseil des Etats. Il serait dès lors pratiquement impossible de tenir le délai du 1er janvier 1989 pour l'entrée en vigueur de l'ensemble des dispositions que vous avez votées jusqu'à maintenant.
C'est la raison pour laquelle je vous invite à rejeter la proposition de M. Reimann.

Cotti, consigliere federale: Rispondo in parte anche all'intervento dell'onorevole Carobbio segnalando ancora una volta la posizione del Consiglio federale. Esso ha dichiarato che, a condizione che il decreto A comprendente le misure sulla maternità fosse accettato dal Parlamento, il Consiglio federale è disponibile a rinunciare alla discussione e quindi a ritirare il progetto B. Questa è la nostra posizione e siamo convinti, così facendo, di favorire la rapida introduzione di un'ottimo progresso sociale senza conseguenze che porterebbero a situazioni non facilmente prevedibili.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	38 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	71 Stimmen

An den Ständerat – Au Conseil des Etats

81.202

Initiative des Kantons Genf Schutz der Mutterschaft

Initiative du canton de Genève Protection de la maternité

Beschluss des Ständerates vom 4. Dezember 1986
Décision du Conseil des Etats du 4 décembre 1986

Herr **Eggli**-Winterthur unterbreitet im Namen der Kommission für die Teilrevision der Krankenversicherung den folgenden schriftlichen Bericht:

1. Am 1. Juli 1981 reichte der Regierungsrat des Kantons Genf eine Standesinitiative für die Verbesserung der gesetzlichen Bestimmungen für einen wirksamen Mutterschutz ein.
2. Das Büro überwies die Standesinitiative den Kommissionen, welche die Botschaft und den Gesetzentwurf vom 19. August 1981 über die Teilrevision der Krankenversicherung vorzuberaten hatten.
3. Die Kommissionen beider Räte haben das in der Wintersession 1984 vom Nationalrat verabschiedete «Sofortprogramm» beraten und dem Rat ihre Anträge gestellt. Die Bestimmungen für den Mutterschutz unterbreitete die Kommission des Ständerates in der Form einer Revision des Bundesgesetzes über die Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige. Die nationalrätliche Kommission stimmt diesen Anträgen zu. Mit den Beschlüssen des Rates zu diesem Geschäft wird materiell auch zur Standesinitiative des Kantons Genf Stellung genommen. Die Kommission verweist daher auf die entsprechende Debatte im Rat.

Antrag der Kommission
Die Kommission beantragt, die Standesinitiative abzuschreiben

Antrag Christinat
Der Initiative Folge geben

Proposition de la commission
La commission propose de classer l'initiative du canton

Proposition Christinat
Donner suite à l'initiative

Mme **Christinat**: La proposition de donner suite à l'initiative du canton de Genève, que j'avais déposée en 1984 lorsque le «miracle» d'une assurance-maternité n'était pas du tout prévisible, n'a évidemment plus sa raison d'être après les votes intervenus ce matin, votes qui m'ont particulièrement réjouie. C'est pourquoi je retire ma proposition et j'adhère aux conclusions du rapport de la commission qui propose de la classer.

Le président: La proposition de la commission n'est pas combattue. Mme Christinat retire sa proposition.

Zustimmung – Adhésion

Ständerat
Conseil des Etats

Differenzen
Divergences

Sitzung vom
Séance du 10.3.1987

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision

Assurance-maladie. Révision partielle

Siehe Jahrgang 1986, Seite 701
Voir année 1986, page 701

Beschluss des Nationalrates vom 4. März 1987
Décision du Conseil national du 4 mars 1987

Differenzen – Divergences

Art. 6bis, 12bis, 14bis, 19bis Abs. 3
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 6bis, 12bis, 14bis, 19bis al.3
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Der Nationalrat hat letzte Woche zur Fassung des Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetzes, wie sie aus unserem Rat in der Dezembersession hervorgegangen ist, Stellung genommen. Er hat sich in Uebereinstimmung mit seiner Kommission in den meisten Fragen unserer Meinung angeschlossen. Es sind nur noch ein Dutzend Differenzen zu bereinigen. Ganz besonders freut uns natürlich, dass sich der Nationalrat mit dem eindrücklichen Stimmenverhältnis von 124 zu 17 der Lösung des Ständerates für ein Mutterschaftstaggeld nach System EO angeschlossen hat. Ich möchte hier Herrn Bundesrat Cotti dafür danken, dass er sich auch im Nationalrat vehement für die Lösung des Ständerats verwendet hat.
Der Nationalrat ist der von ihm selber getroffenen Aufteilung in eine Vorlage A und eine Vorlage B treu geblieben; er hat in Uebereinstimmung mit unserem Rat beschlossen, auf die Vorlage B, auf das obligatorische Krankengeld, nicht einzutreten, nachdem die Taggelder bei Mutterschaft für erwerbstätige und sogenannt nichterwerbstätige Frauen nun in der Vorlage A untergebracht und beschlossen worden sind.
Ihre Kommission hat gestern getagt und beschlossen, ausser in zwei in allen Fällen, in denen noch Differenzen bestehen, sich dem Nationalrat anzuschliessen. Auf die zwei Ausnahmen werde ich in der Detailberatung noch näher eingehen.
Die Kommission legt Ihnen einen Text vor, der nur noch die beiden verbleibenden Differenzen aufführt. Dies ist etwas knapp. Die Beratung hat ja alle Differenzen im Plenum zu bereinigen, auch wenn es in der kurzen Zeit nicht möglich war, dafür eine neue Fahne zu erstellen. Die Kommissionsmitglieder besitzen die Fahne mit den Differenzen zum Nationalrat. Ich bitte Sie, die Fahne mit den Beschlüssen des Nationalrates zu benützen, die Ihnen zugestellt worden ist. Für diejenigen, die sie nicht mehr besitzen, hat Frau Huber, unsere aufmerksame Sekretärin, sie wieder aufgelegt.
Herr Präsident, ich bitte Sie, auf die Bereinigung der Differenzen einzutreten. Bis und mit Artikel 19bis Absatz 3 beantragt die Kommission, überall dem Nationalrat zuzustimmen.
Wenn Sie gestatten, möchte ich nur einige wenige Sätze zum vorhergehenden Teil sagen. Die Beschlussfassung bei Artikel 6bis ist etwas inkonsequent, denn in Artikel 3 Absatz 4bis ist die getrennte Finanzierung von Zusatzversicherungen einerseits und Grundversicherung andererseits festgehalten. Der Nationalrat hat insofern etwas inkonsequent entschieden, als er der grundsätzlichen Trennung der Finanzierung bei Artikel 3 zugestimmt hat, aber auch auf seiner Streichung des Absatzes 1 von Artikel 6 aus dem Sofortprogramm beharrt. Ihre Kommission fand, dass sich hier eine Auseinandersetzung nicht lohne, nachdem über den Grund-

satz der getrennten Finanzierung Einigkeit besteht und wir uns nicht weiter über die Mitgliederbeiträge auseinandersetzen wollen. Wir stimmen dem Nationalrat zu.
In Artikel 12bis Absatz 1 hat der Nationalrat einen Satz beigefügt: «Wird für den Anspruch auf Krankengeld eine Wartefrist vereinbart, während welcher der Arbeitgeber zur Lohnfortzahlung verpflichtet ist, so kann diese Frist auf die Mindestbezugdauer des Krankengeldes angerechnet werden.» Diese Ergänzung schien Ihrer Kommission zwar nicht sehr klar formuliert zu sein, aber einen richtigen Gedanken zu enthalten. Die Frist der Lohnfortzahlung soll die Frist für das Krankengeld verkürzen. Ihre Kommission meint, das sollte deutlicher als mit dem Wort «angerechnet» ausgedrückt werden, aber war der Ansicht, dass es genüge, wenn sich die Redaktionskommission noch einmal dieses Satzes annehme. Materiell sind wir mit der Aenderung einverstanden und stimmen dem Nationalrat bei Artikel 12bis Absatz 1 zu.
Dasselbe ist zu sagen bei Artikel 14bis Absatz 3 und 4. Absatz 3 sagt nun deutlicher, dass auch innerhalb einer konventionellen Kasse ein Versicherungsmodell ohne Franchise und Selbstbehalt gestattet werden kann. In Absatz 4 wird deutlicher, dass der Bundesrat nicht nur eine Höchstgrenze der wählbaren Jahresfranchise festsetzen kann, sondern auch die zu erwartenden verschiedenen Stufen dieser wählbaren Franchise. Wir empfehlen Ihnen, hier dem Nationalrat zuzustimmen.
Diese Empfehlung gilt ebenso für die neue Formulierung des ersten Absatzes von Artikel 19bis. Bis dahin also keine Differenzen zum Nationalrat.

Angenommen – Adopté

Art. 19bis Abs. 5 und 6
Antrag der Kommission
Festhalten

Art. 19bis al. 5 et 6
Proposition de la commission
Maintenir

Hänsenberger, Berichterstatter: Absatz 1 ist bereinigt. Wir haben dort keine Differenzen.
Wir kommen nun zu den Absätzen 5 und 6. Ich möchte sie zusammen behandeln. Absätze 5 und 6 von Artikel 19bis bilden die einzige wesentliche Differenz, die nach der Kommissionsberatung geblieben ist. Der Nationalrat hat an diesen beiden Abschnitten zwei Aenderungen vorgenommen. Die erste Aenderung: Er hat die Reihenfolge der beiden Absätze 5 und 6 umgekehrt. Aus für uns nicht gut verständlichen Ueberlegungen hat er den ursprünglichen Absatz 6, in dem die Kantone ermächtigt werden, eine für ihr Gebiet verbindliche Planung für Spitäler, Spitex, Heime und kostspielige medizin-technische Einrichtungen zu erlassen, vorgezogen und als Absatz 5 bezeichnet. Die Erstellung der bisher schon vorgesehenen Liste der Heilanstalten nach Kategorien wurde verschoben und bildet in seiner Version nun den Absatz 6. Unsere Kommission empfiehlt, die Reihenfolge zu belassen, wie wir sie beschlossen haben, nämlich vorerst in Absatz 5 die Liste der Heilanstalten nach Kategorien zu erwähnen und in Absatz 6 die Planungsbestimmungen aufzunehmen. Das wäre die erste Aenderung, die der Nationalrat beschlossen hat. Wir, von der Kommission aus, wollen an unserer Version festhalten.
Wollen wir die zweite Aenderung auch gleich beraten, oder will der Herr Präsident zuerst über diese Aenderung beschliessen lassen?

Präsident: Vielleicht kann man über diese Aenderung, die wenig umstritten scheint, das heisst über die Beibehaltung der früheren Reihenfolge der Absätze 5 und 6, wie sie der Ständerat beschlossen hat, beschliessen. Wird das Wort verlangt? Dies ist nicht der Fall.

Angenommen – Adopté

Hänsenberger, Berichterstatter: Dem Wortlaut des Planungsartikels wurde in unserer Kommission zugestimmt. Wir stimmten insbesondere der Ergänzung zu, die durch Herrn Nationalrat Kurt Meyer im Plenum eingebracht und vom Plenum angenommen worden ist.
Hingegen hat unsere Kommission mit einem knappen Stimmenverhältnis von 8 zu 7 beschlossen, beim Absatz 5, der die Liste der Heilanstalten erwähnt, auf unserem Beschluss zu beharren und die Worte «.... nur bei Aufenthalt des Versicherten in einer Heilanstalt gemäss dieser Liste wird die Kasse leistungspflichtig» zu streichen. Der Beschluss Ihrer Kommission stimmt damit mit dem Wortlaut von Artikel 19bis Absatz 5 genau überein, wie ihn der Ständerat am 2. Dezember beschlossen hat, allerdings nur mit 20 zu 19 Stimmen. Dies geschah entgegen der Meinung des Bundesrates, der sich – wie der Kommissionspräsident – damals dem Minderheitsantrag anschloss.
Die knappe Mehrheit Ihrer Kommission ist der Ansicht, dass die Liste der Heilanstalten keine Auswirkungen auf die Leistungspflicht der Krankenkassen haben soll. Es wurden Befürchtungen laut, dass durch eine solche Ergänzung die Leistungspflicht gegenüber Privatspitälern ausgeschlossen werden könnte. Das Vertrauen in die kantonalen Regierungen, die diese Liste der Heilanstalten erstellen müssen, scheint nicht überall gross zu sein.
Der Ständerat hat hier zu entscheiden. Die Kommissionsmehrheit beantragt Ihnen Festhalten am Beschluss des Ständerates. Persönlich bin ich anderer Meinung und werde der Fassung des Nationalrates zustimmen.

Weber: Am liebsten hätte ich Ihnen beantragt, im gesamten dem Nationalrat zu folgen und damit die Differenz überhaupt aus der Welt zu schaffen.
Die Reihenfolge der Absätze 5 und 6 ist aber für mich nicht relevant, und deshalb stelle ich Ihnen keinen Antrag. Immerhin scheint mir die Reihenfolge, die der Nationalrat gewählt hat, logischer zu sein. Zuerst kommt die Planung, worin festgelegt wird, was nötig und möglich ist. Damit soll einerseits die Spitalversorgung im Kanton sichergestellt und andererseits kein Ueberangebot geschaffen werden. Dabei spielen die teuren Sozialeinrichtungen eine wichtige Rolle. Die Planung beinhaltet nicht nur die Zahl der Anstalten, sondern auch die Grösse, Ausstattung und Spezialisierung, so in Absatz 5 nach Nationalrat oder Absatz 6 nach Version Ständerat. Gemäss Fassung des Ständerates können die Kantone verbindliche Planungen festlegen, müssen es aber nicht. Nach Absatz 6 des Nationalrates sind die Kantone dagegen verpflichtet – auch jene, die auf die Planung nach dem anderen Absatz verzichten –, ihre bestehenden Heilanstalten und Krankenhäuser, die sich um Aufnahme in diese Liste bemühen, in nach Kategorien aufgeteilten Listen aufzuführen. Damit soll vermieden werden, dass:
1. über die Planung hinaus gebaut und eingerichtet wird;
2. bestehende Krankenhäuser vernachlässigt oder in Luxushäuser umgebaut werden;
3. sich jedes Altersheim oder Pflegeheim «Spital» nennen und auch Zahlungen von Krankenversicherungen verlangen kann.

Die Beteiligten sollen sich zu diesen Listen äussern können. Ich habe Vertrauen in die Kantone, dass diese Listen gerecht erstellt werden. Ich kann mir auch vorstellen, dass sich die bestehenden und auch kommenden Krankenhäuser vehement wehren und auch Mühe geben, ihre Häuser so auszugestalten, dass sie in diese Listen aufgenommen werden können.
Was geschieht mit jenen Häusern, die mit dem besten Willen nicht in diesen Listen figurieren können? Das sagt allein der letzte Satz in Absatz 5: Mit ihm wird ausgedrückt, dass Patienten, Krankenkassen, aber auch die Oeffentlichkeit, sowohl Bund als Kantone, daran interessiert sind, dass das geordnet und festgelegt wird. Der Satz im anderen Absatz, nämlich bei der Planung, hat überhaupt nichts mit diesem Satz zu tun. Einzig und allein dieser Satz hat Chancen, eine Wirkung zu erzielen, weil da eine Verpflichtung für die Kantone besteht.

Wenn also einer der beiden Sätze hätte gestrichen werden sollen, dann sicher derjenige bei der Planung, weil die Planung nicht obligatorisch ist – über sie wird nichts Verpflichtendes ausgesagt – und sie sich – wenn sie schon durchgeführt wird! – auf eine lange Zeit ausdehnen kann, über Jahre vielleicht. Ein weiterer Grund ist, dass die Listen obligatorisch sind und auch bestehende, vor der Planung erstellte Häuser umfassen können. Die Listen können auch nachgeführt werden, d. h. neue Häuser können aufgenommen oder solche, die den Zweck nicht mehr richtig erfüllen, gestrichen werden.
Zum Antrag, diesen Satz zu streichen, passt ein Titel im «Tages-Anzeiger» vom 5. März, der ebenfalls die Beratung dieses Gesetzes betrifft, und zwar: «Ziel erreicht, Auftrag vergessen!» Einer der Aufträge, die wir haben, ist nämlich auch, das Ganze finanziell in den Griff zu bekommen. Wenn wir diesem Grundsatz dienen wollen, müssen wir den Satz des Nationalrates stehen lassen.
Ich beantrage Ihnen, diesen Satz stehen zu lassen.

Präsident: Die Kommissionsmehrheit beantragt Festhalten, Kollege Weber beantragt Zustimmung zum Nationalrat. Das betrifft Absatz 5 von Artikel 19bis.

Hänsenberger, Berichterstatter: Ich muss Sie persönlich nochmals eindringlich bitten, der Fassung des Nationalrates zuzustimmen. Diese Vorlage bringt nur eine – dafür eine grosszügige – Leistungsverbesserung für den Patienten: nämlich keine zeitliche Beschränkung der Leistungen bei Spitalaufenthalt mehr. Die Krankenkassen haben bei einem Spitalaufenthalt Leistungen ohne zeitliche Begrenzung zu erbringen. Nun müssen wir aber den Begriff der Spitäler nicht dermassen ausweiten, dass jedes umgebaute Hotel als Heilanstalt gilt. Wir können die Altersprobleme nicht via KMVG lösen. Die Kantone müssen es in der Hand haben zu sagen: dieses umgebaute Hotel oder dieses C-Heim (Chronikerheim) sind nicht eigentliche Heilanstalten im Sinne KMVG. Hier wird mit anderen Mitteln bezahlt – nicht mit Leistungen der Krankenkassen. Wir müssen diese Unterscheidungen besser machen können.
Ich möchte Sie eindringlich ermuntern, mit der knappen Minderheit der Kommission zu stimmen; es waren nur 8 zu 7 als wir im Dezember berieten, also eine kleine Mehrheit, die unserer Fassung Ständerat zugestimmt hat. Stimmen Sie hier dem Nationalrat und dem Bundesrat zu; Sie machen sonst einen Fehler.

Mme **Bauer:** En ce qui concerne cette phrase à laquelle le Conseil national tient, alors que nous avions nous-même décidé d'y renoncer, je voudrais rappeler que le Conseil fédéral n'avait pas mentionné une telle restriction. D'autre part, dès lors que la liste existe puisque les cantons ont établi une liste des établissements qui sont conseillés, que le forfait qui serait versé aux patients garantit que les caisses d'assurance ne seront pas lésées, il me semble qu'il faut laisser aux patients une certaine liberté de choix. Il peut arriver qu'un patient qui habite tout près de la frontière de son canton soit tenté d'aller se faire soigner dans un établissement infiniment plus proche que ne le serait un établissement situé sur le territoire cantonal, qu'il soit tenté d'aller se faire soigner dans un hôpital universitaire dans un canton voisin parce qu'il connaît là un médecin en qui il a une grande confiance. Dès lors que l'assurance ne lui versera qu'un forfait, j'estime qu'il faut laisser au patient une certaine liberté de choix. C'est pourquoi je souhaite qu'on en reste à la version du Conseil des Etats et que nous maintenions notre première décision, qui est également celle de la majorité de notre commission.

Bundesrat **Cotti:** Sie werden sicher gestatten, dass ich sehr eindringlich für die Lösung der Kommissionsminderheit plädiere. Und zwar möchte ich von einer der Zielsetzungen der ganzen Revision ausgehen, die wir – wie Herr Weber richtig gesagt hat – nie aus den Augen verlieren dürfen: Es ging in dieser Revision auch um einen Versuch, die Gesundheitskosten ganz allgemein einzudämmen. Ob es dank der Revision gelingen wird oder nicht, wird sich in einigen Jahren konkret erweisen. Aber innerhalb dieser Revision gibt es eine Reihe von Massnahmen, die dazu dienen sollten, unter anderen auch diese.
Vergessen Sie nicht, dass eine weitere Massnahme, die mindestens indirekt zur Kostenreduzierung führen sollte, die Tatsache ist, dass die neuen Tarifpauschalen bei Spitälern nicht über 60 Prozent der Spitalbetriebskosten hinausgehen dürfen, was eine gewisse Kostenabwälzung in Richtung Kantone mit sich bringt. Das wäre nur eine Kostenabwälzung. Aber die Kostenabwälzung in Richtung Kantone sollte logischerweise auch eine grössere Kontrolle der Kantone herbeiführen. Wenn das stimmt, scheint es mir nur noch eine logische Folgerung, dass die Kantone Listen aufstellen und diese auch verbindlich sind. Wenn wir nicht einmal das zustande bringen, sollten wir nicht zu laut von «Eindämmung der Gesundheitskosten» sprechen! Das ist im Grunde genommen ein Minimum, wobei es den Kantonen absolut freisteht, die Liste nach ihrem Bedarf aufzustellen.
Es scheint mir – wie dem Kommissionspräsidenten – durchaus sinnvoll, dass man hier dem Nationalrat folgt.

Masoni: Ich konnte vorhin leider nicht in die Diskussion eingreifen. Ich möchte Ihnen empfehlen, für den Antrag der Kommissionsmehrheit zu stimmen. Die Begründung in deutscher Sprache hat gefehlt, weil unser Präsident auf die andere Seite übergegangen ist.
Diese Liste nach Absatz 5 der ständerätlichen Fassung besteht in den Kantonen schon. Sie wurde nie so konzipiert, dass sie Beiträge an die Kosten in anderen Instituten ausschliessen sollte. Der beste Beweis liegt darin, dass in der Originalfassung des Bundesrates dieser Zusatz nicht erscheint. Die Planung nach Absatz 6 ist dagegen das zukünftige Instrument, dessen Handhabung mit aller Sorgfalt dazu führen kann, dass Institute, welche der Planung nicht entsprechen, aus dieser Kostenerstattungspflicht des Bundes ausgeschlossen werden können, was schon weit geht.
Die bestehenden Listen hingegen, die jährlich schnell angepasst werden müssen, sind eher Richtinstrumente, und es ist uns dagegen kein Anfechtungsverfahren bekannt. Es scheint deswegen nicht richtig, dass man aufgrund solcher Listen gewisse Institute von der Erstattung der Kosten ausschliesst.
Die private Konkurrenz stellt gerade ein Mittel dar, um die Kosten auf diesem Gebiet zu senken – nicht, um sie zu steigern! Die von der Kommissionsmehrheit beantragte Streichung scheint ferner hinsichtlich der Regelung in den Absätzen 2 und 3 konsequent: dort hat der Patient, der sich in ein ausserkantonales Institut begibt, welches den Anforderungen nicht entspricht, auf die Behandlungspauschale Anspruch. Warum sollte bei einem Institut im Kanton, das in der Liste nicht aufgeführt ist, dieses Recht verweigert werden? Das schadet am Ende dem Patienten und behindert seine freie Wahl. Eine solche einschneidende Bestimmung, die zum Ausschluss der Kostenerstattung führt, scheint mir kaum in ein Sofortprogramm zu passen.
Aus diesen Ueberlegungen empfehle ich Ihnen, für die Kommissionsmehrheit zu stimmen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit (Festhalten)	8 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit (Zustimmung zum Nationalrat)	24 Stimmen

Art. 23 und 25
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Wir haben noch zwei Artikel zu bereinigen, bevor wir zur Mutterschaftsversicherung kommen. In Artikel 23 stimmen wir ebenfalls dem Nationalrat zu. Wir entsprechen damit einem Wunsch der Apotheker. In Artikel 25 Absatz 3 erster Satz ist eine Bestimmung aufgenommen worden, die zulässt, dass eine bis vor kurzem geltende Gerichtspraxis beibehalten werden kann, was zur Prozessökonomie beitragen mag.
Bei den Artikeln 23 und 25 erster Satz besteht damit keine Differenz zum Nationalrat mehr, wenn nicht etwas anderes aus der Mitte des Rates beantragt wird.

Hefti: Ich suche vergeblich eine Vorlage, worin die Beschlüsse des Nationalrates enthalten sind. Ich besitze lediglich die nationalrätlichen Kommissionsbeschlüsse.

Präsident: Sie werden sofort bedient werden, Herr Hefti.

Hefti: Ich frage den Präsidenten der Kommission, ob die letzten Beschlüsse und Anträge des Nationalrates verteilt worden sind.

Hänsenberger, Berichterstatter: Ich wiederhole, dass wir die Vorlage, worin die Nationalratsbeschlüsse enthalten sind, allen Ratsmitgliedern ausgeteilt und hier im Saale noch aufgelegt haben. Ich hoffe, dass Herr Hefti den Text nun erhalten hat. Ich begreife, dass er Schwierigkeiten hat, namentlich bei Artikel 25 Absatz 3 erster Satz, der nicht in der alten Fahne stand. Er wurde von der Kommission des Nationalrates und vom Nationalrat als Ergänzung von Artikel 30ter aufgenommen. Wir stimmen ihm zu. Er gestattet, eine Gerichtspraxis beizubehalten, die sich bewährt hatte, bevor das Bundesgericht anders entschieden hat.

Hefti: Darf ich das Büro bitten, in Zukunft dafür besorgt zu sein, dass wir rechtzeitig die Beschlüsse des anderen Rates erhalten?

Angenommen – Adopté

Art. 38bis
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Ziff. IIIbis – Ch. IIIbis

Art. 16b Abs. 1bis und 3
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 16b al. 1bis et 3
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Wir kommen zum Abschnitt «Taggeld bei Mutterschaft». Der Nationalrat hat hier einen Absatz 1bis formuliert, der an die Stelle des Absatzes 3 nach unserer Version tritt. Materiell besteht kein Unterschied. Die Formulierung des Nationalrates ist besser. Wir ersuchen Sie, dieser Formulierung zuzustimmen, also einen neuen Absatz 1bis zu akzeptieren und unseren Absatz 3 zu Artikel 16b zu streichen.

Angenommen – Adopté

Art. 19a Abs. 2
Antrag der Kommission
Streichen

Art. 19a al. 2
Proposition de la commission
Biffer

Hänsenberger, Berichterstatter: Eine weitere Differenz bildet der vom Nationalrat formulierte und in diese KMVG-Vorlage aufgenommene Absatz 2 eines noch neu zu schaffenden Artikels 19a in der EO-Revision. Sie haben heute morgen unmittelbar vor dieser Differenzbereinigung die fünfte EO-Revison beraten, und ich habe dort im Auftrag der einstimmigen Kommission KMVG Ihres Rates den entsprechenden Antrag gestellt. Er wurde abgelehnt. Dieser Absatz ist somit aus der KMVG-Revison zu entfernen. Er kann im Nationalrat weiterberaten werden, denn es bestehen ja wesentliche Differenzen zum Nationalrat in der EO-Vorlage, die wohl nicht in der Märzsession behoben werden können, im Gegensatz zu unserer KMVG-Revision, die wir noch in dieser Märzsession zur Schlussabstimmung bringen möchten.
Die Sache hier eilt nicht. Bis zur Einführung und Auszahlung der ersten Taggelder für Mutterschaft – auch wenn es zu wünschen wäre, dass dies rasch erfolgen könnte – ist dieser Artikel dann hoffentlich auch definitiv zwischen beiden Räten bereinigt.

Angenommen – Adopté

Ziff Iter Bst. e Abs. 2 bis 4
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Ch. Iter let. e al. 2 à 4
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Hänsenberger, Berichterstatter: Nun haben wir eine letzte Differenz. Bei den Uebergangsbestimmungen hat der Nationalrat die neuen Summen eingesetzt, wie sie für das Jahr 1989 von der Verwaltung berechnet worden sind. Es steht unter Abschnitt e der Uebergangsbestimmungen. Es wird eine Summe von total 1,006 Milliarden Franken eingesetzt und auf die verschiedenen Bundesbeiträge aufgeteilt.
Die Kommission schliesst sich diesen neuen Beträgen an. Die Erhöhung der Bundesbeiträge dürfte den Krankenkassen – so hoffen wir es – die Zustimmung zu dieser Revisionsvorlage und den Rückzug ihrer Initiative erleichtern.
Ich bitte den Rat, dem Nationalrat zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

An den Nationalrat – Au Conseil national

Nationalrat
Conseil national

Differenzen
Divergences

Sitzung vom
Séance du 12.3.1987

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision
Assurance-maladie. Révision partielle

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 59 hiervor – Voir page 59 ci-devant

Beschluss des Ständerates vom 10. März 1987
Décision du Conseil des Etats du 10 mars 1987

Differenzen – Divergences

Art. 19bis Abs. 5 und 6
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 19bis al. 5 et 6
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Als wir die Differenzbereinigung mit der Vorlage des Ständerates durchführten, bestanden noch zwölf Differenzen, die der Ständerat in der Zwischenzeit beraten hat. Bei zehn Differenzen hat er zugestimmt, so dass jetzt lediglich noch deren zwei verbleiben. Die eine ist in Artikel 19bis Absätze 5 und 6 anzutreffen. Hier handelt es sich um keine materielle Differenz, sondern wir haben es lediglich mit einer Umkehrung der Absätze zu tun. Der Ständerat meint, seine Reihenfolge sei logischer, obwohl wir gefunden haben, logisch sei es umgekehrt, aber über Logik lässt sich bekanntlich streiten. Um diese Differenz zu bereinigen, beantragt Ihnen die Kommission einstimmig Zustimmung zum Ständerat.
Eine weitere Differenz betrifft Artikel 19a Absatz 2 bei der EO (Erwerbsersatzordnung). Hier hat der Ständerat den zweiten Satz gestrichen. Diese Streichung ist nicht ganz unproblematisch. Trotzdem beantragt Ihnen die Kommission, auch bei dieser Differenz dem Ständerat zuzustimmen. Es soll allerdings bei der Beratung der EO ein Kommissionsantrag eingebracht werden, wonach der zweite Satz wieder eingefügt wird. Wir werden dies der zuständigen Kommission

melden, damit sie Gelegenheit hat, darüber zu diskutieren. In diesem Sinne bitte ich Sie, auch dieser Differenz zuzustimmen. Damit wären dann sämtliche Differenzen bereinigt.

M. **Darbellay**, rapporteur: Il restait douze divergences quand le projet est retourné au Conseil des Etats. Il nous revient avec deux dernières divergences.
La première concerne l'article 19bis de la loi sur l'assurance-maladie et maternité. Cet article a trait à la planification hospitalière et le Conseil national l'avait complété. Le Conseil des Etats a accepté ce complément, estimant toutefois que l'ordre des alinéas n'était pas très logique; il a donc inversé cet ordre. Comme le contenu n'a pas été changé, il serait, à notre avis, inutile de nous battre pour une question de suite des alinéas et la commission vous propose d'adhérer à la solution du Conseil des Etats.
La deuxième divergence est un peu plus importante. Elle concerne l'article 19a, deuxième alinéa, de la loi sur les allocations pour perte de gain. Ici, nous proposions que le Conseil fédéral règle les détails et la procédure et qu'il puisse exempter des cotisations AVS, AI et chômage certaines catégories de bénéficiaires. Le Conseil des Etats propose de supprimer cette dernière phrase et de traiter le problème dans le cadre de la cinquième révision des APG. Nous sommes d'accord de traiter le problème lors de la cinquième révision des APG, mais nous reviendrons à ce moment-là sur la phrase supprimée qui nous paraît importante.
Pour le moment, la commission vous propose donc de régler les deux divergences en acceptant les solutions du Conseil des Etats.

Angenommen – Adopté

Ziff. IIIbis Art. 19a Abs. 2
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. IIIbis art. 19a al. 2
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Schlussabstimmung
Vote final

Nationalrat
Conseil national

Sitzung vom
Séance du 20.3.1987

81.044

Krankenversicherung.
Teilrevision

Assurance-maladie.
Révision partielle

Siehe Seite 260 hiervor – Voir page 260 ci-devant

Beschluss des Ständerates vom 10. März 1987
Décision du Conseil des Etats du 10 mars 1987

Schlussabstimmung – Vote final

Für Annahme des Gesetzentwurfes	147 Stimmen
Dagegen	7 Stimmen

An den Ständerat – Au Conseil des Etats

Schlussabstimmung
Vote final

Ständerat
Conseil des Etats

Sitzung vom
Séance du 20.3.1987

81.044

Krankenversicherung.
Teilrevision

Assurance-maladie.
Révision partielle

Siehe Seite 71 hiervor – Voir page 71 ci-devant

Beschluss des Nationalrates vom 20. März 1987
Décision du Conseil national du 20 mars 1987

Schlussabstimmung – Vote final

Für Annahme des Gesetzentwurfes	39 Stimmen (Einstimmigkeit)

An den Bundesrat – Au Conseil fédéral