



04.061

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung.
Teilrevision.
Spitalfinanzierung**

**Loi fédérale
sur l'assurance-maladie.
Révision partielle.
Financement hospitalier**

Differenzen – Divergences

CHRONOLOGIE

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 20.09.05 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 07.03.06 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 08.03.06 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 08.03.06 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 20.03.07 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 21.03.07 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 21.03.07 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 22.03.07 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 24.09.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 03.10.07 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 04.10.07 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 04.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 17.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 19.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 20.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 20.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 21.12.07 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 21.12.07 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)
1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement hospitalier)**

Art. 22a

Antrag der Kommission

Abs. 1 Bst. f

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 3

.... dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen sowie den in Artikel 84a

Art. 22a

Proposition de la commission

Al. 1 let. f

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 3





.... de la justice, des cantons et des assureurs ainsi que

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Wir behandeln die Differenz bei Artikel 22a Absatz 1 Buchstabe f. Der Nationalrat hat entschieden, dass bei der Datenerhebung auch Angaben bezüglich der Qualität der Leistungen zu machen sind. Darunter sind unter anderem Indikatoren bezüglich der Mortalität, der Infektionsraten usw. zu verstehen. Welche Indikatoren letztlich tatsächlich erhoben werden sollen, wird sich erst noch zeigen. Dabei ist auch auf die internationalen Erfahrungen abzustellen. Im Nationalrat wurde die Meinung vertreten, dass erst einmal mit zwei, drei Indikatoren begonnen werden soll, um entsprechende Erfahrungen zu sammeln.

Wir bitten Sie, hier dem Nationalrat zu folgen.

Bei Artikel 22a Absatz 3 schaffen wir eine Differenz zum Nationalrat. Hier wird festgehalten, dass die Daten vom Bundesamt für Statistik erhoben werden und wem diese Daten anschliessend zur Verfügung gestellt werden müssen. Der Nationalrat hat auch die Kostenträger eingefügt. Angesichts der Tatsache, dass unter den Kostenträgern im ambulanten Bereich nur die Versicherer, im stationären Bereich aber Versicherer und Kantone zu subsumieren sind, schlägt Ihnen die Kommission vor, die Kantone explizit zu nennen. So wird sichergestellt, dass die Daten sowohl aus dem ambulanten als auch aus dem stationären Bereich zur Verfügung gestellt werden müssen. Dies, Herr Präsident, lediglich zuhanden des Amtlichen Bulletins.

Angenommen – Adopté

Art. 25 Abs. 2 Bst. f

Antrag der Kommission

f. Art. 41 Abs. 1ter)

Art. 25 al. 2 let. f

Proposition de la commission

f. let. b et art. 41 al. 1ter)

Art. 29 Abs. 2 Bst. b; 35 Abs. 2 Bst. i; 38

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 29 al. 2 let. b; 35 al. 2 let. i; 38

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Wir behandeln diese Bestimmungen gemeinsam, weil es dort überall um die Geburtshäuser geht.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Bei Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f geht es, wie der Präsident erwähnt hat, um die Einfügung der Erwähnung der Geburtshäuser. Der Nationalrat macht mit seiner Formulierung klar, dass für den Aufenthalt in einem Geburtshaus für eine Entbindung dieselbe Finanzierung gilt wie bei einer Entbindung in einem Spital. Da die Bestimmungen nach Artikel 41 Absatz 1 bezüglich freier Spitalwahl auch für die Geburtshäuser gelten sollen, muss auch Artikel 41 Absatz 1ter, d. h. die Finanzierungsfrage, in diesem Artikel Erwähnung finden. Der Kanton hat mit der Liste ein Regulativ, mit dem dafür gesorgt wird, dass ein ausgeglichenes Angebot an Geburtshäusern, geburtshilflichen Abteilungen und anderen Einrichtungen entsteht. Auch Geburtshäuser werden damit, und dieser Nachtrag ist wichtig, der Planung der Kantone unterstellt.

In Artikel 38 wird die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 geregelt. Der Klarheit halber sei darauf hingewiesen, dass das neue Medizinalberufegesetz am 1. September in Kraft getreten ist. Darin werden die Chiropraktorinnen und Chiropraktoren in der Zulassung den Ärztinnen und Ärzten gleichgestellt.

Angenommen – Adopté

Art. 39

Antrag der Kommission

Abs. 1, 2, 2bis





Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 2ter

.... von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer an.

Abs. 3

.... sinngemäss für Geburtshäuser sowie für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der stationären Pflege und

AB 2007 S 751 / BO 2007 E 751

Art. 39

Proposition de la commission

Al. 1, 2, 2bis

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 2ter

.... en prenant en considération la qualité et la rentabilité. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.

Al. 3

.... par analogie aux maisons de naissance, aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins résidentiels, une assistance médicale ainsi que

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Zu Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben a bis e und Absatz 2: Hier hat die Kommission einstimmig entschieden. In Artikel 39 geht es darum, Kriterien aufzulisten, welche Spitäler oder deren Abteilungen, die künftig zur Erbringung der obligatorischen Leistungen zugelassen werden sollen, erfüllen müssen. Der Nationalrat hat den Kriterienkatalog anders gegliedert und auch erweitert. Für die Planung fordert er einheitliche Planungskriterien durch den Bund auf der Grundlage von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Grundversorgung. Im Bereich der hochspezialisierten Medizin soll eine gesamtschweizerische Planung durch die Kantone eingeführt werden.

Der Nationalrat stellt grundsätzlich auf das geltende Recht ab und führt in Artikel 39 den Leistungsauftrag wieder ein. Mit dem Leistungsauftrag durch den Kanton wird dem Spital ein bestimmtes Leistungsspektrum im OKP-Bereich zugewiesen. Die Zuweisung eines Leistungsauftrages beinhaltet gleichzeitig gemäss Buchstabe e die Aufnahme des Spitals oder eines spezifischen Spektrums in die Spitalliste des Kantons. Dabei muss die Versorgungsstufe genannt und müssen in somatischen Akutspitalern die Leistungsbereiche, so zum Beispiel Medizin, Chirurgie, Gynäkologie usw., allenfalls auch Subspezialitäten erwähnt werden. Bei der Spitalplanung, die von einem oder mehreren Kantonen für seine oder ihre Einwohner aufgestellt wird, können alle Spitäler, das heisst inner- und ausserkantonale wie auch private, berücksichtigt werden. Einfacher ausgedrückt: Die Kantone legen fest, wo bestimmte Leistungen im OKP-Bereich für ihre Einwohnerinnen und Einwohner erhältlich sind. Dabei haben sie gemäss Beschluss des Nationalrates laut Absatz 2 ihre Planung zu koordinieren.

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Herr Stähelin, möchten Sie sich noch zu Artikel 38 äussern, nachdem ich Sie offenbar nicht gesehen habe?

Stähelin Philipp (C, TG): Dem ist so. Ich glaube, dass auch die Frau Berichterstatterin von Ihnen übersehen worden ist. Ich weiss nicht, ob sie sich äussern will – dann müsste ich es nicht mehr tun.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Ich habe mich bereits dazu geäussert. Ich habe in meiner Berichterstattung alles erwähnt, was Sie in der Kommission erwähnt haben. Sie können das dann im Amtlichen Bulletin nachlesen, Herr Stähelin.

Angenommen – Adopté

Art. 39a

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national



Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Ich möchte noch kurz zu Artikel 39a sprechen. Der Nationalrat will den Artikel streichen. Wir haben uns dem angeschlossen, weil der Nationalrat alles, was wir auch schon beschlossen haben, anders gegliedert hat. Ich habe mich vorher bereits dazu geäußert.

Angenommen – Adopté

Art. 41

Antrag der Mehrheit

Abs. 1bis

.... die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantones für die betreffende Behandlung gilt.

Abs. 1ter

Die Bestimmungen nach Absatz 1bis gelten sinngemäss für Geburtshäuser.

Abs. 2

.... gilt. (Rest streichen)

Abs. 3

Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung

Abs. 3bis

Medizinische Gründe nach den Absätzen 2 und 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

- a. bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung;
- b. bei stationärer Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist.

Antrag der Minderheit

(Fetz, Brunner Christiane, Forster, Ory)

Abs. 1bis

.... Spitalliste aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung des Tarifs des Standortkantons des Listenspitals anteilmässig nach dem für den Wohnsitzkanton geltenden Kostenverteiler gemäss Artikel 49a.

Antrag Leuenberger-Solothurn

Abs. 3

Bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Spital ausserhalb des Wohnkantons, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, vergütet der Wohnkanton den nach Artikel 49a geschuldeten Anteil.

Art. 41

Proposition de la majorité

Al. 1bis

En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux figurant sur la liste hospitalière de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital figurant sur une liste). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital figurant sur une liste, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération selon l'article 49a jusqu'à hauteur du tarif qui est en vigueur pour ce traitement dans un hôpital figurant sur la liste du canton de résidence.

Al. 1ter

Les dispositions selon l'alinéa 1bis s'appliquent par analogie aux maisons de naissance.

Al. 2

.... fournisseur. (Biffer le reste)

Al. 3

.... fourni par un hôpital qui ne figure pas sur la liste du canton de résidence, l'assureur



Al. 3bis

Sont réputés raisons médicales selon les alinéas 2 et 3 le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies:

- a. au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire;
- b. dans les hôpitaux figurant sur la liste du canton où réside l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier.

Proposition de la minorité

(Fetz, Brunner Christiane, Forster, Ory)

Al. 1bis

.... (hôpital figurant sur la liste). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital figurant sur la liste, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de la rémunération correspondant au tarif du canton de traitement en fonction de la clé de répartition des coûts valable pour le canton de résidence selon l'article 49a.

Proposition Leuenberger-Solothurn

Al. 3

Si, pour des raisons médicales, l'assuré subit un traitement hospitalier dans un hôpital situé hors de son canton de résidence qui ne figure pas sur la liste hospitalière du canton de résidence, celui-ci rembourse la part due conformément à l'article 49a.

Abs. 1bis – Al. 1bis

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: In Artikel 41 Absatz 1bis geht es um die freie Spitalwahl. Gemäss Nationalrat soll die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz verankert werden. Im Nationalrat wurde die Frage, nach welchen Kriterien die Finanzierung der freien Spitalwahl zu erfolgen habe, eigentlich eher am Rande erörtert. Ihre Kommission hat vorerst einmal die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zu dieser Frage angehört. Die GDK ist der Meinung, dass die freie Spitalwahl in einem System, bei dem die Kantone zu einer Planung verpflichtet werden, wenig Sinn mache. Wer das Bedürfnis habe, eine grössere Auswahl an Spitälern in Anspruch zu nehmen, könne – immer noch gemäss GDK – für wenig Geld eine Zusatzversicherung abschliessen. Die freie Spitalwahl bedeutet zudem für die Kantone eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung.

Ihre Kommission hat in der Folge die ganze Problematik nochmals eingehend diskutiert und schlägt Ihnen vor, im Grundsatz der freien Spitalwahl, wie sie vom Nationalrat postuliert wird, zu folgen. Ich möchte dabei nochmals festhalten, dass der Umstand, dass die Kantone in Zukunft auch private Listenspitäler im OKP-Bereich mitbezahlen, nichts mit der freien Spitalwahl zu tun hat. Das ist in der Gesetzesrevision mit der vorgegebenen Finanzierung sowieso vorgesehen. Künftig zahlen Versicherer und Kantone allen Versicherten die OKP-Kosten, egal in welchem Listenspital sie sich behandeln lassen. Dies gilt auch, wenn Sie der freien Spitalwahl nicht zustimmen sollten. Zudem haben schon heute 80 Prozent der Versicherten über eine Zusatzversicherung die nationale Wahlfreiheit.

Die meisten Spitalbehandlungen bleiben aber trotzdem regional gebunden, denn die Patientinnen und Patienten schätzen ihre Regionalspitäler, wie ja auch die kürzlich publizierte Umfrage von comparis.ch zeigt. Dem Anliegen der Kantone soll aber insofern Rechnung getragen werden, als bei der Behandlung in einem Listenspital die Vergütung gemäss Artikel 49a vom Kanton und den Versicherern anteilmässig zu übernehmen ist, das heisst höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. Mit dieser Gesetzespräzisierung können denkbare Mehrkosten verhindert werden.

Gestatten Sie, dass ich zum besseren Verständnis noch einmal auf die nicht ganz einfache Handhabung der Finanzierung kurz eingehe. Mit der Einführung des DRG werden zwei Faktoren wichtig: zum einen der Normkostenpreis, zum anderen der DRG-Faktor. Der Faktor DRG, zum Beispiel für eine unproblematische Blinddarmoperation, wird in der ganzen Schweiz derselbe sein. Der Normkostenpreis hingegen wird für dieselbe Operation zu Beginn von Spital zu Spital und von Kanton zu Kanton unterschiedlich sein. Der Unterschied ist auf die unterschiedlichen Kostenstrukturen an den Spitälern zurückzuführen. Mit der Zeit – genauer: je länger der Wettbewerb spielt – gleichen sich die Preisunterschiede an. Zudem ist auch davon auszugehen, dass sich für bestimmte Eingriffe Kompetenzzentren entwickeln und nicht mehr alle Spitäler das ganze Leistungsspektrum anbieten werden.

Bis zu jenem Zeitpunkt soll sich gemäss der Mehrheit Ihrer Kommission die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt, richten. Nur so wird die



freie Spitalwahl nicht zum Bumerang für all jene Kantone, die bei den Normkostenpreisen am unteren Rand der Bandbreite sind. Für all diejenigen Einwohnerinnen und Einwohner von Kantonen, deren Normkostenpreise für Behandlungen am unteren Rand der Bandbreite sind, heisst dies allerdings, dass Behandlungen in Kantonen, deren Preise höher sind als der Tarif, nach dem im Listenspital des Wohnkantons abgerechnet wird, auch weiterhin nur über eine Zusatzversicherung in Anspruch genommen werden können. Das ist auch der Grund, weshalb Ihnen eine Minderheit der Kommission beantragt, dass die Vergütung gemäss den Tarifen des Standortkantons zu geschehen hat. Die Minderheit wird ihre Gründe selber darlegen; ich werde dazu keine Angaben machen.

Noch ein Letztes: Wenn jemand aus persönlichen Gründen ein Spital aufsuchen will, das weder auf der Liste des Wohnkantons noch auf jener des Standortkantons aufgeführt ist, kann er dies tun, aber ebenfalls unter entsprechender Kostenfolge.

Die Kommissionsmehrheit bittet Sie, ihrem Antrag zuzustimmen und den Kantonen in der Frage der Finanzierung entgegenzukommen, damit sie nicht wesentlich mehr an die Spitalfinanzierung beitragen müssen. In diesem Sinne bitte ich Sie jetzt, der Mehrheit zuzustimmen.

Fetz Anita (S, BS): Ich muss vorausschicken, weil die Sache kompliziert ist, worum es bei meinem Minderheitsantrag nicht geht. Es geht nicht um den Entscheid für oder gegen eine freie Spitalwahl. Diesen Entscheid werden Sie erst nachher fällen, beim Antrag Leuenberger-Solothurn. Bei meinem Minderheitsantrag geht es um Folgendes: Wenn die freie Spitalwahl eingeführt wird, dann soll sie für alle Patienten und Patientinnen gelten, unabhängig davon, ob sie eine Zusatzversicherung haben. Dies aus folgenden Gründen: Ich finde, man muss klar sehen, wer sich für eine freie Spitalwahl einsetzt, nämlich die Mehrheit Ihrer SGK, und dagegen habe ich gar nichts. Dann muss man aber konsequenterweise auch dafür sorgen, dass wir dann nicht eine freie Spitalwahl haben und zugleich ein Zweiklassenmedizin-System. Denn nur Leute mit einer Zusatzversicherung können sich die freie Spitalwahl leisten, oder ein bisschen "sec" formuliert: Wenn Sie freie Spitalwahl nur in Kombination mit der Zusatzversicherung wollen, dann können Sie geradeso gut beim Status quo bleiben, weil sich nämlich dann gar nicht wahnsinnig viel verändert.

Wir von der Minderheit sind aber für die freie Spitalwahl, und zwar nicht zuletzt aus Sicht der Patientinnen und Patienten. Wir finden jedoch, dass das Recht dann tatsächlich auch allen zustehen muss, auch jenen, die keine Zusatzversicherung haben. Deshalb ist es notwendig, dass die Tarife, die bei der freien Spitalwahl bezahlt werden, jene des Standortspitals sind und nicht jene des Wohnortes der Patientin oder des Patienten. Jetzt argumentieren einige, das sei dann viel zu teuer; da würden die Kosten explodieren. Ich möchte einfach darauf hinweisen, dass es bereits heute so ist, dass ausserkantonale Behandlungen aus medizinischen Gründen nach dem Tarif des Standortkantons bezahlt werden. Das würde also keine Änderung am Prinzip bedeuten. Wir wissen auch aus Befragungen von Patienten und Patientinnen, dass die

AB 2007 S 753 / BO 2007 E 753

ausserkantonalen Behandlungen nicht einfach sprunghaft ansteigen werden. Ein Teil der Krankenversicherer hat Angst, dass dann die Patienten sofort nur noch in irgendwelche Luxus-Universitätsspitäler gehen. Ich bin sicher, davor muss man keine Angst haben, denn das ist bei Ihnen und mir, bei jedem Menschen so: Wenn er nicht unbedingt wegmuss, zum Beispiel aus medizinischen Gründen oder weil er in einem Grenzkanton lebt und hundert Meter ennet der Grenze ein entsprechend qualitativ gutes Spital ist, geht er auch nicht weg.

Man will in das nächstgelegene, regionale Spital. Einfach so wird man nicht von Basel nach Genf gehen wollen, ausser es ist medizinisch notwendig; das ist aber heute schon gesichert. Etwas ist aber nicht gesichert, das wissen wir von den Patientenorganisationen: Es gibt Hunderte von Fällen, in welchen Patienten aus den Grenzkantonen notfallmässig eingeliefert werden und sich im Nachhinein herausstellt, dass es sich zwar in Bezug auf die Schmerzen um einen Notfall handelte, aber kein Notfall im Sinne der Liste der Notfälle bestand. Die Patientenorganisationen werden heute mit Anfragen von Patienten überhäuft, die erst nachträglich mit exorbitanten Rechnungen konfrontiert werden und bei denen sich der Wohnkanton weigert, diese Tarife zu bezahlen, nur weil sie sich in einem Grenzkanton – und das ist in der kleinen Schweiz schnell der Fall – befanden und meinten, sie seien ein Notfall. Das ist das Problem, und das ist die wichtige Frage, die Sie bei meinem Minderheitsantrag entscheiden müssen: Wenn Sie das nicht zulassen wollen, wenn Sie freie Spitalwahl wollen, dann dürfen Sie jene, die keine Zusatzversicherung haben, nicht diskriminieren, ausser Sie wollen offen zu einem Zweiklassensystem stehen. Das ist sicher nicht die Idee.

Vielleicht noch zu jenen, die Angst haben – es sind verständlicherweise auch die Gesundheitsdirektoren –, dass nachher die Behandlungen und die Preise sozusagen explodieren: Das hat wiederum nichts mit der Minderheit zu tun, die ich vertrete, sondern hat damit zu tun, ob Sie sich für eine freie Spitalwahl entscheiden



oder nicht. Ich persönlich glaube und bin überzeugt, dass die Preise – und die entsprechenden Daten zeigen das auch – in Zukunft nicht explodieren werden, und zwar, weil wir mit der Spitalplanung gleichzeitig die Fallpauschalen einführen. Das DRG-Prinzip wird es uns erlauben, sowohl die Kosten wie die Qualität der Spitäler zu vergleichen. Das ist im Interesse der Patientinnen und Patienten.

In diesem Sinne bitte ich Sie, dem Antrag der Kommissionsminderheit zuzustimmen und die freie Spitalwahl für sämtliche Patientinnen und Patienten möglich zu machen.

Stähelin Philipp (C, TG): Ich wundere mich eigentlich, dass das Votum von Frau Fetz nicht bereits bei Absatz 1 gekommen ist und weshalb Absatz 1 von Artikel 41 bis jetzt in der ganzen Diskussion überhaupt nie zu irgendwelchen Fragen und Bemerkungen Anlass gegeben hat. Schauen Sie sich das an, dort werden beim ambulanten Bereich die Kosten ebenfalls höchstens nach dem Tarif, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person und in deren Umgebung gilt, verrechnet. Also auch dort gilt der Wohn- bzw. Arbeitskanton. Das ist exakt das gleiche System, welches wir hier in Absatz 1 bis nun auch für den stationären Teil übernehmen. Wenn man ringsum im ganzen Land freie Wahl – wie hoch und wie spezialisiert und wie auch immer – gewährleisten möchte, dann hätte man das systemgerecht auch bei Absatz 1 einbringen müssen. Das haben wir aber nicht getan. Dieses System dort funktioniert für den ambulanten Bereich seit jetzt bald zehn Jahren so. Ich habe noch selten viel darüber reklamieren hören. Es wirkt eben auch in jenem Bereich, unter anderem wegen dem schönen Wörtlein "höchstens", etwas in eine Richtung, welche kostenmindernd wirkt – darauf möchte ich hinweisen –, wenn wir eben den Tarif anwenden, welcher im Wohnkanton gilt. Das bedeutet übrigens, dass die freie Spitalwahl, Frau Fetz, für Basel-Städter wohl völlig ungehindert gilt, weil nämlich die Tarife in Basel-Stadt recht hoch angesetzt sind. Die Basel-Städter können hin, wo sie wollen.

Hingegen ist es umgekehrt etwas anders. Wenn dann ein Einwohner eines Kantons mit tiefen Tarifen eben an einen anderen Ort will, der die genau gleiche Behandlung anbietet – vielleicht ein Universitätsspital für den Blinddarm, obwohl die Blinddarmoperation selbstverständlich im eigenen Spital auch angeboten wird, allerdings zu einem etwas günstigeren Tarif –, dann muss eben das zu seinen Lasten gehen und nicht zulasten der Prämien- und Steuerzahler seines Wohnkantons. Darum geht es doch am Schluss, nicht wahr? Die Mehrkosten zahlen dann die Versicherten und die Steuerzahler des Wohnkantons. Da gibt es eine Verteilung, und wer sich eine teure Behandlung leisten will, der macht das auf Kosten aller anderen.

Das ist vielleicht auch eine solidarische Art und Weise – mir behagt diese nicht. Ich sage es noch einmal: Das wirkt kostensteigernd. Wenn Sie bei unserem System bleiben, bei der Mehrheit, dass eben der Tarif des Wohnkantons gilt, dann bedeutet das unwillkürlich, dass problemlos vom teuren Tarifkanton zum anderen gewechselt werden kann, dass umgekehrt aber eine Schwierigkeit besteht. Das bedeutet, dass der teure Kanton auch einem gewissen Druck ausgesetzt wird, seine Tarife nach unten zu korrigieren. Übrigens läuft dafür die Sache für den Kanton und den Prämienzahler des Hochtarifkantons besser; sie zahlen dann tendenziell auswärts weniger. Beides wirkt im Effekt in eine kostendämpfende Richtung. Ich glaube, das wollen wir ja alle.

Sie haben darauf hingewiesen, dass hier eine Zweiklassengesellschaft entstehen könnte. Ich höre dieses Argument bei praktisch allen Verbesserungen des KVG, welche kostensenkend wirken. Hier kann ich Sie beruhigen: Ich bin völlig überzeugt, wenn diese Mechanik der Anwendung des tieferen Tarifs des Wohnkantons zum Spielen kommt, dann wird das Auswirkungen auf das neue System der DRG haben. Dann wird das tendenziell dazu führen, dass sich die DRG-Tarife der ganzen Schweiz anpassen. Machen wir das aber nicht, dann haben die Spitäler des Hochtarifkantons gar keine Veranlassung, die Tarife zu senken; je höher, desto besser das Geschäft. Weshalb sollen sie die Tarife senken? Zahlen müssen der auswärtige Wohnkanton und die dortige Krankenkasse ohnehin. Auch das lenkt in eine falsche Richtung.

Sie haben auch das Beispiel Notfall angeführt und gesagt, wie hier Hunderte von Fällen zu Schwierigkeiten führen. In der Praxis – da kann ich Sie beruhigen – läuft das anders. Natürlich gibt es immer mal wieder auch einen Notfall, der sich schlussendlich nicht als Notfall herausstellt. Wie geht das? Die Spitäler wissen haargenau, dass sie das zu prüfen haben, und die Spitäler setzen auch alles daran, dass in solchen Fällen eben die Behandlung allenfalls stattfindet, dann aber der Patient raschestmöglich wieder in seinen Wohnkanton zurückkommen kann und dort eben wieder zu tieferen Kosten behandelt wird. Das ist der Normalfall, und das läuft eigentlich in der Praxis bis jetzt gar nicht so schlecht ab. Insgesamt stehen wir hier vor der Frage: Wollen wir die Kantone – und deren Versicherte –, welche heute alles daransetzen, ihre Kosten und demzufolge ihre Tarife tief zu halten, verpflichten, ausserkantonal höhere Auslagen zu generieren? Wollen wir das? Dann belasten wir auch das Gesamtsystem. Dann müssen wir uns aber auch nicht wundern, wenn dann eben die Prämien insgesamt wieder ansteigen. Ich bitte Sie, hier den richtigen Weg zu wählen, nämlich jenen, welcher im Effekt in die Richtung von tieferen Preisen wirkt.

Ich bitte Sie, mit der Mehrheit zu stimmen.



Schwaller Urs (C, FR): Im Grundsatz geht es dann eigentlich auch um die Frage, ob der Status quo beibehalten oder ein Schritt in Richtung einer gewissen Öffnung getan wird. Wenn ich den vorgelegten Artikel nehme, so stelle ich fest, dass drei Absätze, nämlich die Absätze 1 und 1bis sowie der nachher zu diskutierende Absatz 3, eng miteinander verzahnt sind. Ich unterstütze jeweils die Mehrheit. Ich möchte in dieser Diskussion versuchen, die Fragestellung noch einmal kurz in den Kontext einzubetten. Dreh- und Angelpunkt der ganzen Vorlage sind für mich einerseits die

AB 2007 S 754 / BO 2007 E 754

schweizweit angeordneten und alsdann zu veröffentlichenden Betriebsvergleiche zwischen Spitalern, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität, sowie andererseits die ebenfalls schweizweit auf der gleichen Grundlage einzuführenden Fallpauschalen. Mit diesen beiden Instrumenten werden wir die Kosten besser in den Griff bekommen, wie zudem in Sachen Qualität und Behandlungsergebnisse auch etwas mehr Transparenz geschaffen wird.

Ist dies der Fall, so ist es für mich nur folgerichtig, dass der Patient sein Spital und seine Leistungserbringer auch wählen kann. Es kann ja nicht sein, dass ich als Patient, nur weil ich keine Zusatzversicherung habe, gezwungen bin, in ein Spital zu gehen, das mir vom Kantonsplaner vorgegeben wird, und dies, obwohl gerade dieses Spital punkto Qualität und Behandlungsergebnisse schlechtere Resultate aufweist als ein anderes Spital in der Nähe oder auch in einem anderen Kanton. Mit der Bedingung nun, dass die Wahl nur aus den auf der Liste des Wohn- und Arbeitsortes aufgeführten Spitalern stattfinden kann, wie ebenfalls mit der Einschränkung, dass der Wohnkanton ausser bei Notfällen und bei medizinischer Notwendigkeit höchstens den Kostenanteil zu bezahlen hat, der auch im teuersten Listenspital dieses Kantons anfallen würde, haben wir in der Kommission mit dem Antrag der Kommissionsmehrheit genug Bremsen zugunsten unserer Kantone eingebaut. Mit diesen Bremsen, wenn ich das so ausdrücken darf, ist auch die notwendige finanzielle Sicherheit für die zahlenden Kantone gegeben.

Man sagte uns auch vonseiten der Kantone – und in den letzten Tagen haben wir entsprechend viel Post erhalten –, dass mit diesem ersten Schritt zur freien Spitalwahl keine kantonale Planung mehr möglich sei. Das stimmt so aber nur sehr bedingt. Bereits heute können sich ja Zusatzversicherte ausserhalb des Kantons oder sogar im Ausland behandeln lassen. Eine umfassende und abgesicherte kantonale Planung ist ja bereits heute nicht möglich. Im Übrigen bleibt der Widerspruch zwischen Planung und Wettbewerb ja immer bestehen und wird so lange bestehen bleiben, wie wir den Schritt zum Monismus nicht gemacht haben. Diesen Schritt wollen die Kantone aber ebenfalls nicht. Die Vorlage nimmt nun als Ausgangspunkt, dass inskünftig weniger der Kanton, sondern der Patient sagen soll, wo er hingehen und sich auch behandeln lassen will. Ich meine, wir können nun endlich auch den nur grundversicherten Patienten für mündig erklären und ihm die Wahl des Spitals zutrauen. Und ich meine, dass mit unserem Mehrheitsantrag auch den Interessen der Kantone Genüge getan ist.

In diesem Sinne lade ich Sie denn auch ein, die Mehrheit zu unterstützen. Mir scheint es in dieser ganzen Diskussion wichtig zu sein, dass sich nun etwas bewegt und dass wir nicht beim Status quo bleiben.

Brändli Christoffel (V, GR): Meine Interessenbindung ist, glaube ich, bekannt.

Ich möchte doch zu diesem Thema auch etwas sagen. Frau Fetz hat einen sehr visionären Antrag gestellt. Er funktioniert sogar, wenn wir einmal so weit sind, dass die DRG greifen, dass die Tarife sich gesamtschweizerisch nach den günstigen Spitalern ausrichten, die Preisdifferenzen nicht sehr gross sind; dann könnte ich diesem Antrag sofort zustimmen. Aber wir haben heute eine andere Situation. Wir haben unter den Spitalern für die gleichen Leistungen Differenzen von über 100 Prozent. Wir haben sehr teure Spitäler, und wir haben günstige Spitäler. Das ist entstanden, weil wir über Jahrzehnte hinweg immer die Kosten voll entschädigt haben. Nun ist es so, dass die DRG vielleicht in zehn Jahren greifen werden; wenn wir keine Kostenkontrolle einführen, wahrscheinlich nicht einmal in zwanzig Jahren. Wir sind weit weg davon, die Kosten mit dem, was wir hier beschliessen, in den Griff zu bekommen.

Nun möchte ich Ihnen am Fall Basel-Stadt doch die Differenz zwischen dem Antrag der Kommissionsminderheit und dem der Kommissionsmehrheit darlegen. Ein Basler hat die freie Spitalwahl – vielleicht kann er nicht nach Genf gehen –, weil er eben sehr hohe Tarife hat. Und die Basler Spitäler können gemäss dem Antrag der Minderheit Fetz Kunden in der ganzen Schweiz anwerben, weil ja jeder Kanton verpflichtet ist, die hohen Tarife von Basel zu bezahlen. Das gibt natürlich keine Anreize für Basel, die Kosten zu senken, effizienter zu produzieren. Es gibt auch keinen Konkurrenzdruck. Was wir mit dem Antrag der Mehrheit wollen – zumindest während einer Übergangsfrist –, ist, dass die teureren Spitäler ihre Tarife überprüfen, dass sie wettbewerbsfähiger produzieren oder aufhören zu produzieren. Diesen Wettbewerbsdruck also wollen wir schaffen. Was ist



die Konsequenz? Die Konsequenz wird sein: Man wird nicht nach Basel in ein teures Spital gehen, sondern nur die Wahl zwischen Spitälern treffen, die kostengünstig sind. Diesen Druck müssen wir doch jetzt schaffen, zumindest in der Übergangszeit, bis diese DRG greifen. Ich verstehe nicht, dass man jetzt einen Antrag stellt, der eigentlich das ganze Kostendenken, das all diese Probleme geschaffen hat, die wir haben, über Jahre hinweg zementieren will.

Ich bitte Sie, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

Fetz Anita (S, BS): Ich muss nach dem Votum von Kollege Brändli schon noch ganz kurz etwas sagen, damit hier keine Missverständnisse entstehen: Ich weiss, die Materie ist derart komplex, dass es relativ einfach ist, hier Behauptungen in den Raum zu stellen. Mein Minderheitsantrag hat überhaupt nichts damit zu tun, dass ich zufällig die Kantonsvertreterin von Basel-Stadt bin. Der Antrag der Minderheit wird von Leuten aus mehreren Kantonen unterstützt – einfach, damit das hier klar gesagt ist!

Wenn Sie, Herr Brändli, sagen, DRG bringe nicht die Transparenz und Vergleichbarkeit, die wir uns hier alle wünschen, können wir die Übung gleich ganz abbrechen. Das ist ja das Kernelement der Spitalfinanzierung! Und die freie Spitalwahl ist eigentlich eine Folge dieses Kernelementes, dass wir nämlich mit der Zeit einen Spitalmarkt Schweiz und nicht einen Spitalmarkt mit 26 kleinen Märktlein haben, wo man die Patientinnen und Patienten zwingt, dorthin zu gehen, wo sie wohnen, unabhängig davon, wie die Qualität und die Preise des Spitals sind. Das kann doch nicht sein!

Ich sage es nochmals: Wer für die freie Spitalwahl ist, muss konsequenterweise auch sagen, dass diese für alle Versicherten und nicht einfach für jene, die eine Zusatzversicherung haben, gelten soll. Eine andere Diskussion ist, ob Sie diese Freiheit wollen. Wir wissen, die Kantone sind dagegen. Ich stelle hier einfach Folgendes fest: Bis jetzt habe ich vor allem Stimmen gehört, die sich um die Gesundheitsdirektoren Sorgen machen, Stimmen, die sich um die Kassenvertreter, also um die Kassen, Sorgen machen. Aber ich habe noch keine Stimme gehört, die sich um die Patientinnen und Patienten Sorgen macht, und ich vertrete hier nur diesen Teil. Für diesen Teil ist es elementar wichtig, ob er bei einer freien Spitalwahl eine Zusatzversicherung haben muss oder nicht. Wenn dies der Fall ist, muss man so ehrlich sein und sagen: Die freie Spitalwahl ist nur für jene, die eine Zusatzversicherung haben. Dann muss man das aber offen und ehrlich sagen.

Brändli Christoffel (V, GR): Ich wollte nur sagen, DRG ohne Kostenkontrolle bringen nichts. Das habe ich gesagt. Ich möchte schon sagen, wenn man sich für tiefere Prämien und gegen hohe Kosten einsetzt, dann setzt man sich eben auch für die Patienten ein. Ich bin also nicht einverstanden mit Ihrer Behauptung, dass Sie die Patientenvertreterin hier in diesem Hause sind, nachdem Sie sich für eine Lösung einsetzen, die kostentreibend ist.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Monsieur Brändli a dit tout à l'heure que la proposition de la minorité Fetz était "visionnaire". De temps en temps, il faut interpréter le ton sur lequel les choses sont dites. Quand on dit d'une proposition qu'elle est visionnaire, c'est pour mieux la combattre ou, au contraire, cela force un peu l'admiration.

Je ne sais pas si c'était positif ou critique de la part de Monsieur Brändli. Mais ce qui est vrai, c'est que, certainement, dans dix ou vingt ans, on sera absolument étonné d'imaginer une période où le marché suisse de la santé était

AB 2007 S 755 / BO 2007 E 755

compartimenté comme il l'est aujourd'hui, ou comme il l'était au XIXe siècle, quand il y avait des péages véritablement à toutes les frontières des cantons: ainsi, lorsqu'on voulait sortir d'un canton, il y avait des problèmes qui se posaient pour aller dans un hôpital – même si c'était de l'autre côté du pont.

Je crois que le système actuel est condamné et, un jour, il y aura la liberté de circulation des patients. Il est vrai, Monsieur Stähelin l'a dit, qu'on ne l'a pas prévue dans le système ambulatoire. Mais quand même, dans le système ambulatoire les choses sont moins graves. Il y a des différences de points, c'est vrai, mais les choses sont quand même moins graves. En tout cas, à terme il faudra y arriver. Or ce que je crains, dans toute l'opération qu'on est en train de mener avec le régime tarifaire Swiss DRG, c'est qu'après avoir ouvert des perspectives de concurrence par le biais du système DRG, on rétablit, par le biais de la valeur des points, des frontières cantonales – voire à l'intérieur des cantons – infranchissables. Le système Swiss DRG permet des comparaisons, encore faut-il que la tarification n'entraîne pas de telles difficultés que la comparaison devienne impossible.

Les cantons protestent contre l'idée de la libre circulation des patients en disant que cela va tuer la planification. Qui ira dans un autre canton se faire soigner à l'hôpital si ce n'est pas nécessaire? Peut-être qu'un Glaronnais





ira à Zurich parce que sa famille est à Zurich et que, finalement, cela fait partie du bien-être du patient d'être opéré là où se trouve sa famille. Mais ce sera une petite minorité de patients: 1, 2 ou 3 pour cent, ce n'est pas significatif. En tout cas, ça ne peut probablement pas "tuer" la planification hospitalière, parce que 1, 2 ou 3 pour cent des patients, c'est dans les prévisions dont une planification doit tenir en compte.

Je peux vous citer le cas du Valais: si l'hiver est beau, les gens se cassent une jambe – cela fait peut-être 1 ou 2 pour cent de personnes en plus dans les hôpitaux; si l'hiver est médiocre, il y en a qui se cassent une jambe, mais moins.

Donc, 1 ou 2 pour cent de patients qui vont se déplacer d'un canton à l'autre, cela ne remet pas en cause la planification hospitalière. Par contre, c'est un indicateur qui signale si tendanciellement les patients sont plus ou moins contents d'un hôpital et s'éloignent d'un système pour aller vers un autre. C'est un indicateur important qui peut être intéressant à terme.

On a plusieurs problèmes avec ce système. Le premier, c'est évidemment que, si on introduit la libre circulation des patients, il faut éviter que les hôpitaux universitaires soient surchargés par des cas bénins. Là, il faudrait de toute façon, si on y arrive un jour, prévoir des possibilités de limitation pour les hôpitaux à hautes qualifications. Je ne crois pas en effet qu'il serait justifié de laisser aller vers les hôpitaux précités des personnes qui n'ont besoin que de soins tout à fait ordinaires.

Le deuxième problème, c'est celui de savoir, lorsque les cantons doivent participer financièrement, s'ils doivent payer le tarif de l'hôpital où va se faire soigner le patient ou le tarif appliqué dans le canton d'origine. Alors, je dois dire, Monsieur Stähelin, que j'ai souri intérieurement quand vous avez dit, avec une prudence que je fais mienne régulièrement: "Evitons de faire des pas trop grands." Je me souviens de la discussion qu'on a eue au début de ces débats, à propos de la révolution que vous vouliez déclencher avec l'introduction immédiate du système moniste: là, il fallait être visionnaire et prendre des risques. Et tout à coup, je vous ai convaincu et vous devenez plus prudent que le Conseil fédéral, et vous dites: "Allons pas à pas, lentement, mais sûrement, car sinon, le canton de Thurgovie risque d'être un peu en difficultés alors qu'il a très bien travaillé jusqu'à maintenant." J'accepte cette conversion et ce ralliement à un drapeau sans panache qui évite un conflit direct avec les cantons.

J'allais dire que, comme député, je serais tenté de voter la proposition de la minorité Fetz; mais, comme conseiller fédéral, je crois que je ne peux pas recommander de voter en sa faveur, car c'est aller de manière frontale contre l'opinion des cantons; c'est littéralement les provoquer. Malgré toute la sympathie que j'ai, à titre personnel, pour cette cause, à la fin, comme conseiller fédéral, je me vois contraint de vous dire que la solution de la majorité est probablement la plus prudente et la plus acceptable.

Encore faut-il qu'on fasse le pas suivant, ultérieurement. Et cela, c'est l'éternel problème dans ce pays: quand fera-t-on le pas suivant? J'espère qu'au moins, cette petite ouverture vers la libre circulation – c'est passer à l'abandon d'un marché de la santé compartimenté digne du XIXe siècle, à l'abandon des "péages" – obligera les cantons à commencer à faire de la planification supracantonale. Car au fond – et c'est peut-être là l'avantage le plus extraordinaire de la proposition de la majorité –, si les cantons ne sont plus sûrs de conserver leur clientèle captive, ils devront commencer à réfléchir au niveau des régions. Or lorsqu'on parle de régions, on dépasse le cadre des cantons.

En conclusion, je suis personnellement, affectivement, en faveur de la solution Fetz. Mais politiquement, je crois que c'est entrer dans un conflit tel que je vous recommande de rejeter la proposition de la minorité Fetz et de voter la solution de la majorité.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 30 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 6 Stimmen

Abs. 1ter – Al. 1ter

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Abs. 2 – Al. 2

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Der Nationalrat hat entschieden, dass sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt, richtet, wenn bei ambulanten Behandlungen aus medizinischen Gründen ein anderer Leistungserbringer beansprucht wird. Wir schliessen uns dem an. Wir sind aber der Meinung, dass die medizinischen Gründe nicht nur für die ambulanten, sondern auch für die



stationären Fälle geregelt werden müssen. Wir haben das in Absatz 3bis aufgenommen. Wir schliessen uns hier an, aber nur für den ersten Satz.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit
Adopté selon la proposition de la majorité

Abs. 3 – Al. 3

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Hier geht es um die Frage, wie die Finanzierung künftig zu regeln ist, wenn versicherte Personen bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen in ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital gehen. Da im Regelfall die Vergütung gemäss Tarif des Wohnkantons zur Anwendung kommt, muss neu auch definiert werden, dass bei einer Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, eben dieselbe Finanzierungsregelung wie im Wohnkanton zur Anwendung kommt.

Leuenberger Ernst (S, SO): Eine Vorbemerkung: Ich bin Herrn Schwaller sehr dankbar, dass er die Zusammenhänge zwischen der Regelung in Absatz 1bis und der Regelung in Absatz 3 aufgezeigt hat. Es wäre auch möglich gewesen, das alles in einem Aufwisch zu behandeln. Ich muss jetzt halt noch einmal auf einen Teil der Geschichte zurückkommen.

Ich pflege eigentlich immer die Quelle zu nennen, wenn ich etwas nicht selber erfunden habe: Mein Antrag kommt aus der Küche der Departemente Gesundheit und Finanzen des Kantons Solothurn und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Somit bin ich im Bismarck'schen Sinne ein Gesandter; ob ich auch ein Geschickter bin, wird sich noch weisen. Ich habe den Antrag zu Beginn der letzten Woche verteilen lassen, damit niemand überrumpelt wird. Die Echos sind nicht

AB 2007 S 756 / BO 2007 E 756

ausgeblieben. Ich habe mir viel Kritik angehört. Immerhin darf ich die geneigten Leserinnen und Leser darauf aufmerksam machen, dass der Wortlaut meines Antrages der ursprünglichen Fassung des Bundesrates von Absatz 3 entspricht.

Einige an dieser Diskussion Beteiligte sind klassische Wiederholungstäter, ich schliesse mich nicht aus. In der Erstberatung vom 20. September 2005 – diese Erinnerung müssen Sie mir erlauben – waren wir mit sehr lebhaften Reaktionen aus den Kantonen konfrontiert, und die Diskussion hier ergab, dass wir einem Antrag Wicki zustimmten, der eine Rückweisung an die Kommission vorsah, mit der Auflage, eine Vernehmlassung bei den Kantonen durchzuführen. Einen Antrag, der verlangte, es sei für die Spitalfinanzierung eine tragfähige Lösung mit den Kantonen zu suchen, hatte ich damals zugunsten des mildereren Antrages Wicki zurückgezogen. Am 8. März 2006 stand die Vorlage erneut zur Beratung im Ständerat an. Zu Absatz 3 von Artikel 41 brachte ich, inspiriert durch meinen Kanton, auch damals einen Antrag ein, der dem heutigen sehr ähnlich war. Die Debatte damals ergab, beispielsweise in Voten von Herrn Schwaller, Frau Forster und Herrn Stähelin, dass das aufgeworfene Problem eigentlich durch Interpretation zu lösen sei. Ich zog dann meinen Antrag zurück und hatte den Eindruck, dass die Kantone grosso modo zufrieden seien.

Heute, in der Differenzvereinbarung, liegt wiederum ein Vorschlag vor, der ganz offensichtlich die Kantone in Wallung bringt, wie vor zwei Jahren. Deshalb versuche ich diese Diskussion noch einmal aufzuwerfen. Jene, die es genau wissen möchten – ich bin gefragt worden: Was soll denn dieser Antrag? –, möchten allenfalls in der Botschaft auf Seite 5577 nachlesen, wie der Bundesrat seinen ursprünglichen Antrag begründet hat.

Ich komme zurück auf die freie Spitalwahl und zitiere wörtlich, was mir mein Kanton dazu schreibt – Ständeräte sind ja gelegentlich nicht nur Vertreter von Krankenkassen, sondern auch noch von Kantonen -: "Mit der freien Spitalwahl müssen die Kantone neu alle Spitalbehandlungen mitfinanzieren. Dies gilt insbesondere auch für die ausserkantonalen Spitalbehandlungen, die problemlos im Wohnkanton möglich wären." Der Kanton Solothurn verfügt nicht über ein kompaktes Kantonsgebiet, dementsprechend lassen sich 44 Prozent aller solothurnischen Patienten ausserkantonal behandeln, während es gesamtschweizerisch offenbar an die 14 Prozent sind. Das ist ein wichtiger Grund dafür, dass die mit der freien Spitalwahl verbundenen Zusatzkosten für den Kanton weit überproportional steigen. Mein Kanton rechnet mir eine Kostenfolge von jährlichen Mehrkosten in der Höhe von 60 Millionen Franken vor oder aber gegen 4 Prozent des Kantonsbudgets. Dass sich in dieser Situation nicht nur der Gesundheits-, sondern auch der Finanzdirektor und mit ihnen die ganze Regierung zur Wehr setzen, ist wohl verständlich. Mein Kanton fährt dann wörtlich weiter: "Die gewinnorientierten Zusatzversicherungen werden mit 60 Millionen Franken Steuergeldern subventioniert. Diese Umverteilung zulasten der Steuerzahlerinnen und Steuerzahler unseres Kantons ist inakzeptabel. Die freie Spitalwahl" –





das geht ein bisschen auf das ein, was vorhin Herr Stähelin ausgeführt hat – "wird zudem eine erhebliche Kostensteigerung auslösen, insbesondere weil der sogenannte Wettbewerb unter den Spitälern über angebotsinduzierte Nachfrage erfolgt, was zu einer Mengenausweitung führt. Bezüglich der Spitalplanung wird ein Druck entstehen, öffentliche Spitäler zugunsten von Privatspitälern ohne effektiven finanziellen Nutzen zu schliessen." Daher finden die Kantone, findet auch mein Kanton, es sei die freie Spitalwahl in dieser Vorlage auszunehmen.

Herr Bundesrat Couchepin hat sich über die kantonalen Aufwallungen etwas lustig gemacht, indem er gesagt hat: Die sollen doch ein Referendum versuchen; freie Spitalwahl ist im Volk sehr populär. Das stimmt. Aber das Gegenteil davon stimmt auch: Wenn irgendwo in diesem Land ein Regionalspital geschlossen werden soll, dann gibt es regionale Aufwallungen, die bis zur Abwahl des kantonalen Gesundheitsdirektors führen. Ich nehme an, dass auch dieser Stimmung Rechnung zu tragen ist.

Es dürfte Ihnen wohl kaum entgangen sein, dass am vergangenen 17. September – das ist eine Woche her – an einer Medienkonferenz mehrere Kantonsvertreter die zur Behandlung anstehende Vorlage kritisch gewürdigt und dringend vor einem Schnellschuss in Richtung Einführung der freien Spitalwahl gewarnt haben. Damit es in Erinnerung gerufen ist: Es handelte sich um den Präsidenten der Gesundheitsdirektorenkonferenz, Herrn Regierungsrat Dürr aus Luzern, um Herrn Landammann Hasler, Gesundheitsdirektor des Kantons Aargau, um Herrn Regierungsrat Gasche, Finanzdirektor des Kantons Bern, um Herrn Wanner, Finanzdirektor des Kantons Solothurn und Vizepräsident der Finanzdirektorenkonferenz, und um Herrn Staatsrat Burgener, Gesundheitsdirektor des Kantons Wallis. Parteipolitisch könnte man problemlos sagen, das sei ein klassischer Vierfärber und könne durchaus ernst genommen werden.

In einem Communiqué, das die Gesundheitsdirektorenkonferenz an diesem 17. September publiziert hat, wird zusammenfassend festgehalten: "Die mit der Revision vorgesehene Kostenverschiebung zulasten der Kantone ist jedoch inakzeptabel. Insbesondere ist die Frage der freien Spitalwahl aus der laufenden Revision zu streichen." Als wichtiger Grund wird in dieser Publikation erneut genannt, es sei anzunehmen, dass sich viele Leute lieber in einem Unispital behandeln lassen als in einem Regionalspital. Das verteuere das System gleich doppelt. Unispitäler haben a priori höhere Kosten als Regionalspitäler. Die Regionalspitäler müssen die Kapazitäten für den Notfall dennoch aufrechterhalten, mit Kostenfolge bei schlechterer Auslastung. Die Kantonsvertreter haben an dieser Pressekonferenz die jährlichen Mehrkosten, die den Kantonen – insgesamt über alle Kantone berechnet – entstünden, auf annähernd eine halbe Milliarde Franken geschätzt. Diese Kostenberechnungen beziehen sich offenbar auf die ursprüngliche Lösung des Nationalrates. Nachdem die SGK-SR die Vorlage nur leicht zugunsten der Kantone modifiziert hat, sei es zulässig, von diesen Zahlen auszugehen, es sei denn, Kommission und Bundesrat wären heute in der Lage, andere Zahlen zu nennen.

Mich hat beeindruckt, dass die grössten Beträge bei den berechneten Mehrkosten in absoluten Zahlen, aufgeschlüsselt nach Kantonen, wie folgt aussehen: für den Kanton Basel-Landschaft 77 Millionen Franken, für St. Gallen 58 Millionen, für Solothurn 57 Millionen, für Aargau 36 Millionen, für Zürich 36 Millionen, für Thurgau 29 Millionen und für die Kantone Bern und Freiburg je 20 Millionen Franken. Ich bitte also darum, bei dieser Differenzbereinigung entweder auf die freie Spitalwahl gänzlich zu verzichten oder diese so stark einzuschränken, dass die von den Kantonen kritisierte Kostenfolge ausbleibt.

Sie erlauben mir zum Schluss noch einen kleinen Hinweis auf Artikel 41a, damit ich nicht nochmals reden muss. Dazu haben jene, die mich gesandt haben, festgehalten, Artikel 41a sei stark interpretationsbedürftig, es sei zum Beispiel unklar, ob der Leistungsauftrag des Standortkantons oder jener des Wohnortkantons gemeint sei. Dass die Kantone die zweite Variante bevorzugen, ist selbstverständlich. Es sei auch unklar, ob es im Ermessen des Standortkantons läge, die Aufnahme von ausserkantonalen Wahleingriffspatienten im Rahmen von Leistungsaufträgen zu unterbinden. Das hat an sich mit meinem Antrag nichts zu tun, aber vielleicht können Sie dazu präventiv im Rahmen der Beratung von Artikel 41a noch Stellung nehmen.

Ich bitte Sie also, meinem Antrag, den Sie jetzt dann zerzausen werden, am Schluss doch noch zuzustimmen.

Stähelin Philipp (C, TG): Ich war ja auch einmal Finanzdirektor, und ich war auch einmal Gesundheitsdirektor, aber ich verstehe den Antrag nicht, ich muss das hier ganz ehrlich deklarieren. Ich habe jetzt aufmerksam zugehört und habe insbesondere den Ausführungen von Kollege Leuenberger entnommen, dass an sich hier die Kantone gegen die freie Spitalwahl seien und dass deshalb dieser Antrag hier

AB 2007 S 757 / BO 2007 E 757

gestellt werde. Aber ich halte mich an den Text, und ich habe Mühe, den Text zu verstehen.

Wenn man Artikel 41 Absatz 3, wie ihn die Kommission vorschlägt, mit dem neuen Antrag Leuenberger-Solothurn vergleicht, stellt man fest, dass es erstens bei beiden um die stationäre Behandlung aus medizinischen





Gründen geht. Was das für Gründe sind, steht in Absatz 3bis unten. Es geht um den Notfall, und es geht um jene Leistungen, die bei stationärer Behandlung nicht in einem Spital angeboten werden, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist – im Übrigen innerkantonal wie ausserkantonal.

Jetzt steht im Antrag Leuenberger-Solothurn zweitens noch das Wort "ausserhalb" drin, das fehlt in unserem Antrag; die Formulierung lautet "ausserhalb des Wohnkantons". Damit will man also offenbar noch unterstreichen, dass ganz sicher jene Spitäler innerhalb des Kantons, welche nicht auf der Spitalliste sind, ausgeschlossen sind. Aber wenn Sie unseren Antrag lesen, sehen Sie, dass das ohnehin auch so ist. Ich sehe hier keine Differenz.

Dann sehe ich hier, dass der Wohnkanton nach dem neuen Antrag Leuenberger-Solothurn den nach Artikel 49a geschuldeten Anteil vergütet. Ich finde hier, wie ich ehrlicherweise gestehen muss, im Gegensatz zum Antrag der Mehrheit die Versicherer nicht mehr. Soll das nun bei einer Auslegung, die ja auch einmal kommen müsste, bedeuten, dass dann die Versicherer hier nichts zahlen? Dann stellt sich die zweite Frage: Wenn nur der Wohnkanton vergütet, vergütet er den gesamten Anteil nach Artikel 49a, oder vergütet er nur jenen Anteil, welcher den Wohnkanton trifft? Diese Frage kann man sich, glaube ich, bei einer Auslegung dieses Textes stellen. Nicht wahr, er bezieht sich eben nicht mehr – wie die Fassung des Bundesrates – auf Artikel 49, sondern auf Artikel 49a; das ist eine kleine Differenz. Also, bezahlen hier nur noch der Bund und der Kanton alleine, oder bezahlen die Versicherer mit? Diese Frage stellt sich mir.

Dann haben wir noch eine Ausnahme, dass nämlich für die Abgeltung des Wohnkantons im Falle einer Behandlung ausserhalb des Kantons aus rein medizinischen Gründen – mit Ausnahme des Notfalls – eine Bewilligung dieses Wohnkantons für diese Behandlung notwendig ist, wenn die gleiche Leistung im eigenen Kanton von einem Spital auf dessen Liste auch angeboten wird. Jetzt kann man sagen: Ja gut, Bewilligungen sind nie schön. Aber was bewirkt hier die Bewilligung, die wir aufgenommen haben? Diese bewirkt, dass der Patient vorher schon weiss, ob er noch etwas mehr zahlen muss, und dies nicht erst im Nachhinein erfährt, wenn das abgehandelt wird. Ich sehe, Sie haben ganz kleine Differenzen; ich sehe aber die Grundsicherung nicht, das muss ich Ihnen sagen. Oder sonst verstehe ich den Antrag schlicht und einfach nicht.

Ich glaube, in das System, wie wir es vorschlagen, passt der Antrag der Mehrheit. Ich weiss aber nicht, ob Sie jetzt besser drausgekommen sind als ich.

Schwaller Urs (C, FR): Ich bin ja beileibe nicht dafür bekannt, die kantonalen Interessen zu vergessen. Ich habe aber mit der Haltung der Gesundheitsdirektorenkonferenz immer mehr Mühe; es ist nun das zweite oder dritte Mal, dass sie entsprechend interveniert. Vereinfacht gesagt, wollen die Kantone überhaupt nichts. Die Kantone wollen den Status quo, sie wollen überhaupt keine Veränderung gegenüber dem heutigen System. Kollege Leuenberger nimmt nun diesen Antrag oder diese Idee auf – ich lasse noch offen, ob der Antrag am richtigen Ort gestellt ist. Aber wenn ich Sie, Herr Leuenberger, richtig verstanden habe, geht es Ihnen an und für sich darum zu sagen, dass es mit der Annahme Ihres Antrages beim Status quo bleiben würde und wir überhaupt nichts verändern würden. In diesem Sinn kann dieser Antrag gerade auch nur abgelehnt werden. Wenn wir nämlich die Kosten etwas besser in den Griff bekommen wollen, müssen wir uns auch in dieser Spitalfrage bewegen.

Wir machen heute mit der Mehrheitsmeinung, die wir vorhin übernommen haben – 30 zu 6 Stimmen –, einen Zwischenschritt. Es ist richtig, was Herr Bundesrat Couchepin gesagt hat. Vielleicht hätte man etwas mutiger sein sollen, aber es ist wahrscheinlich ein Zwischenschritt, der heute auch akzeptabel ist.

Ich will nicht wiederholen, was ich bereits einmal gesagt habe. Mit der Bedingung, dass man nur aus der Liste der Spitäler, die am Wohn- und Arbeitsort aufgeführt sind, auswählen kann, wie auch mit der Einschränkung, dass der Wohnkanton – das scheint mir doch das Entscheidende zu sein! – nicht mehr zu bezahlen hat, ausser in Notfällen oder bei medizinischen Notwendigkeiten, als das, was er auch in seinem teuersten Spital zu bezahlen hat, haben wir meines Erachtens für die Kantone genügend Sicherheiten eingebaut. Gerade bei den planbaren Operationen wird mir das Universitätsspital Basel wahrscheinlich sagen: "Nein, wenn wir hier nur den Anteil erhalten, den der Kanton Freiburg für die gleiche Operation im Kantonsspital bezahlt, können wir dich nicht nehmen." Mir scheint, wir hätten den Kantonen damit die notwendige Sicherheit gegeben, um zu verhindern, dass es zu einer Kostenexplosion von Hunderten von Millionen Franken kommt.

Ich lade Sie ein, den Antrag Leuenberger-Solothurn abzulehnen und sich damit eigentlich direkt oder indirekt auch für diese beschränkt freie Spitalwahl auszusprechen. Mir scheint, es ist ein notwendiger Schritt, sonst höhlen wir die ganze Vorlage aus.

Heberlein Trix (RL, ZH): Auch ich habe Mühe, den Antrag Leuenberger-Solothurn zu verstehen. Was will er eigentlich? Herr Stähelin hat diese Frage auch bereits gestellt. Der Antrag bringt nichts in Bezug auf die freie



Spitalwahl, ausser er wäre am falschen Ort gestellt worden. Wir haben die freie Spitalwahl bereits sehr stark eingeschränkt; Herr Bundesrat Couchepin hat das betont. Ich wäre auch für eine sehr viel weiter gehende Lösung gewesen. Wir sind den Kantonen stark entgegengekommen, und es gibt nicht nur den Kanton Solothurn. Der Kanton Zürich und verschiedene andere Kantone befürworten diese Lösung. Eine Differenz gibt es vielleicht noch im Bereich der Bandbreite der Kostenübernahme – zwischen 45 und 50 oder 55 Prozent. Hier sind die Kantone nicht alle der gleichen Meinung. Auch der Kanton Graubünden sähe eine sehr viel weiter gehende Lösung, als wir sie getroffen haben. Die Kantone gehen immer noch davon aus, dass sie die OKP-Kosten in Nichtlistenspitälern nicht bezahlen müssen. Sie haben damit gespart in all den Jahren, seit das KVG in Kraft ist. Diese Rechnung machen sie nie; das ging zulasten der Krankenkassen, der Prämienhöhe oder der Versicherten.

Wir müssen hier alles mit einbeziehen. Die GDK konnte sich immer wieder äussern. Sie hat die Vorlage gekannt; sie hat die Übergangsbestimmungen, die wir jetzt eben eingeführt haben und die auch nochmals zugunsten der Kantone lauten, vielleicht noch nicht genügend zur Kenntnis genommen. Ich möchte dies hier mindestens einschieben. Wir haben die Wahlfreiheit sehr stark eingeschränkt, und ich möchte Sie bitten, der Kommission zuzustimmen. Es ist keine "mutige" Lösung; wir müssen diesen Schritt jetzt endlich machen. Wir müssen die Diagnosis Related Groups (DRG) gezielt einführen, wir müssen die Kostentransparenz, die Vergleichbarkeit von Qualität und Leistung einführen. Die Zusammenarbeit der Kantone auf diesem Gebiet ist unerlässlich, und ich möchte die GDK aufrufen, mit den gemeinsamen Spitalisten doch besser zusammenzuarbeiten. Gespart werden kann nur durch eine bessere Zusammenarbeit und Koordination der angebotenen Leistungen.

Büttiker Rolf (RL, SO): Ich gebe Herrn Schwaller Recht, dass die Frage, wo eingegriffen werden muss, in diesem Gesetz gestellt werden muss. Denn Herr Leuenberger hat nichts anderes getan, als Artikel 41 Absatz 3 des ursprünglichen Entwurfes des Bundesrates zu übernehmen. Wenn ich das richtig sehe, ergibt dies dann ein Durcheinander im Entscheidmechanismus und auf der Fahne.

Zur Ehrenrettung meines Standeskollegen möchte ich aber doch auch sagen, dass es tatsächlich stimmt, Herr

AB 2007 S 758 / BO 2007 E 758

Bundesrat, dass uns die Regierung in den Schraubstock gespannt hat. Der Gesundheitsdirektor hat eingespannt, und der Finanzdirektor hat den Schraubstock zugezogen. So ist das gelaufen. Man muss aber bezüglich der Diskussion vorhin über Prämienzahler und Konsumentinnen und Konsumenten sehen, dass es natürlich auch noch Steuerzahlerinnen und Steuerzahler gibt. Diese muss man auch vertreten. Als Steuerzahler des Kantons Solothurn – die anderen Kantone sind aufgezählt worden – möchte ich den gewinnorientierten Zusatzversicherungen eigentlich nicht einfach 60 Millionen Steuerfranken zuwenden und diese subventionieren. Diesen Mechanismus muss man dann auch sehen. Eine solche Umverteilung auf dem Buckel der Steuerzahlerinnen und Steuerzahler meines Kantons ist nicht akzeptabel. Ich gehe davon aus, dass dies auch in anderen Kantonen nicht akzeptabel ist.

Die Solothurner Regierung hat über das Wochenende hinweg noch einmal nachgerechnet, und sie ist, Herr Schwaller, wie der Mechanismus auch immer ausgestaltet ist, auf die besagten 60 Millionen Franken gekommen. Der Mechanismus von 120 000 jährlichen ausserkantonalen Pflögetagen à 500 Franken ergibt die 60 Millionen Franken. Es ist natürlich tatsächlich so, dass von den Patienten aus unserem Kantonsgebiet fast die Hälfte in ausserkantonalen Spitälern versorgt wird. Demgegenüber ist es im schweizerischen Mittel nur etwa jeder siebte, achte.

Ich weiss nicht, ob wir mit dieser Art der freien Spitalwahl richtigliegen. Von mir aus gesehen ist das eine interessante Option, und sie ist auch politisch richtig. Aber wir müssen schon aufpassen, wie wir das einführen. Wenn ich die ursprüngliche Formulierung des Bundesrates anschau und nachdem wir Absatz 1bis beschlossen haben, bin ich mir nicht ganz so sicher, ob das diesbezügliche Vorgehen richtig ist. Ich bin mir auch nicht so sicher, Herr Schwaller, ob wir hier eine kostendämpfende Massnahme beschlossen haben; denn die Geschichte wird angebotsorientiert verlaufen. Ich befürchte hier eine Angebots- bzw. Mengenausweitung, und eine Mengenausweitung hat insgesamt in der Regel eine Kostensteigerung zur Folge. Die Solothurner Regierung hat auch noch gesagt, dass sie jetzt im Vergleich zu den Nachbarkantonen büssen muss, die eben viel mehr Spitäler auf die Spitalliste gesetzt haben, als das mein Kanton gemacht hat.

Fazit: Ich werde dem Antrag Leuenberger-Solothurn zustimmen, auch in dem Sinne, dass der Zweitrat diese Regelung nochmals anschaut. Ich bin dafür, dass man eine Differenz schafft und dann diese Spitalwahl etwas sorgfältiger, abgeklärter und vielleicht noch etwas eingeschränkter einführt.



Lauri Hans (V, BE): Ich habe nicht unbedingt im Sinn gehabt, das Wort bei diesem Punkt zu ergreifen. Nachdem ich den Eindruck gewonnen habe, dass die finanziellen Konsequenzen dieser Vorlage für die Kantone etwas in den Hintergrund geschoben wurden, drängt es mich nun doch, noch zwei, drei Sätze dazu zu sagen. Ich habe mich in meinem Kanton kundig gemacht. Mein Kanton Bern ist nicht etwa ein Kanton, der im Bereich Spitalplanung nichts gemacht hat. Er hat über die Grenzen hinweg geplant, er hat in den letzten Jahren viele Spitäler geschlossen, er hat in bestehenden Spitälern viele Abteilungen geschlossen. Er ist also à jour, er hat seine Hausaufgaben gemacht. In dieser Situation sagt man mir nun, man schätze, dass aus diesem Gesetz Mehrbelastungen zwischen 160 und 200 Millionen Franken auf den Kanton zukämen. Ich bin mir bewusst, dass angesichts der Grösse des Kantons diese Zahlen vielleicht noch nicht sehr viel aussagen. Wenn man sie aber mit anderen Finanzierungen in Vergleich setzt, dann müssen wir uns bewusst sein, dass wir beispielsweise für den öffentlichen Verkehr gesamthaft 120 Millionen Franken ausgeben, für die öffentliche Sicherheit 230 Millionen Franken, für die somatische Spitalversorgung rund 900 Millionen Franken.

Was mich auch etwas stört an dieser Übung: Wenn ich das nun in Vergleich setze zum NFA – zu einem Geschäft, das wir während rund vierzehn Jahren bearbeitet haben, das wir als das Ereignis für den Föderalismus bezeichnet haben, das am Schluss, für den Kanton Bern und für andere, mit etwas mehr Handlungsfreiheit von einigen Dutzend Millionen Franken endete –, so gibt mir das schon sehr zu denken. Nun kommt hier eine Vorlage, die offenbar sehr stark "einschenkt" und nicht nur finanziell, sondern auch politisch das, was wir bei diesem NFA in der Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen lange diskutiert haben, mehr oder weniger vom Tisch wischt; das ist mindestens mein Eindruck als Nichtkommissionsmitglied. Ich kann mir gut vorstellen, dass das, was jetzt für den Kanton Solothurn ausgeführt wurde – ich kann das in der Tendenz nur bestätigen –, auch für andere Kantone gilt. Ich glaube, es ist am Platz, dass man hier in dieser Debatte noch einmal darauf hingewiesen hat – wie auch immer man sich dann bei dieser konkreten Frage in der Abstimmung verhält.

Stähelin Philipp (C, TG): Zum letzten Votum: Es trifft natürlich zu, dass die Kantone durch diese Vorlage mehr belastet werden. Das kann man nicht "wegschlecken". Keine Geiss kann das, wir können dies auch nicht. Aber man muss auch wissen, wo der Grund dafür liegt. Er liegt nicht darin, dass hier über die Kantonsgrenze hinweg freie Wahl besteht, sondern darin, dass auch Privatkliniken, anders als bisher, in den Genuss der Mitzahlpflicht der Kantone kommen. Diesbezüglich habe ich an sich nichts dagegen gehört. Absatz 3 ändert daran nichts; das müssen wir auch zur Kenntnis nehmen.

Die Kantone haben es in der Hand, ob sie diese Spitäler in die Spitallisten aufnehmen wollen oder nicht. Das haben wir auch so vorgesehen. Auch das muss man bei den Zahlen, die herumgeboten werden, zur Kenntnis nehmen. Die Kantone haben auch in ihrer Spitalplanung noch ziemlich viel Handlungsspielraum. Ich möchte darauf nur hingewiesen haben.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Ich möchte doch noch einmal betonen, was auch Herr Kollege Stähelin soeben gesagt hat: Der Umstand, dass die Kantone in Zukunft auch private Listenspitäler im OKP-Bereich mitzuzahlen haben, hat eben nichts mit der freien Spitalwahl zu tun; das zum Ersten.

Zum Zweiten: Ich bin Kollege Leuenberger für seine Ausführungen dankbar. Ich habe jetzt auch verstanden, dass er im Prinzip auf die freie Spitalwahl verzichten will. Wir haben diese Frage in der Kommission sehr ausführlich diskutiert. Wir haben auch Kenntnis davon genommen, dass sich der Nationalrat mit einem deutlichen Mehr für die freie Spitalwahl ausgesprochen hat. Wir sind den Kantonen entgegengekommen, indem wir ihrem Anliegen insofern Rechnung getragen haben, als wir sagen: Bei der Finanzierung müssen die Versicherer und der Wohnkanton bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a übernehmen. Aber eigentlich geht es bei Ihrem Antrag ja darum, dass Sie auf die freie Spitalwahl überhaupt verzichten möchten. Ich habe ein gewisses Verständnis für das Anliegen Ihres Kantons. Übrigens hat man mir auch in meinem Kanton dieselben Vorhalte gemacht. Ich muss Ihnen aber sagen: Wir haben versucht, eine Lösung zu finden, die auf der einen Seite den Kantonen, aber auf der anderen Seite eben auch dem Nationalrat entgegenkommt, der sich sehr deutlich für die freie Spitalwahl ausgesprochen hat.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Monsieur Leuenberger a fait référence au message, mais il n'est plus relevant sur un certain nombre de points parce qu'on a changé de système. Donc, oublions un certain nombre d'arguments qui étaient dans le message.

Madame Forster, Messieurs Schwaller et Stähelin ont dit avec raison qu'une partie des coûts supplémentaires ne viennent pas de la liberté de choix, mais de la décision du Tribunal fédéral en son temps, qui est maintenant admise, et selon laquelle, lorsqu'on a une assurance complémentaire, le canton doit aussi payer une part des coûts. Le Tribunal



AB 2007 S 759 / BO 2007 E 759

fédéral a dit que, même un citoyen qui a une assurance complémentaire, a droit à l'égalité de traitement; après tout, il paie des impôts comme les autres et le canton doit payer une participation à son hospitalisation s'il a une assurance complémentaire. C'est vrai que ça réduit le coût de la compagnie d'assurance qui assure la couverture complémentaire, mais ce n'est pas quelque chose qui me paraît aller contre l'équité et la justice sociale. Tout le monde paie des impôts et tout le monde devrait bénéficier du minimum de participation des cantons. C'est ce qui a été décidé en son temps. Mais souvent, les cantons protestent contre cette décision. Ils disent: "Autrefois, lorsqu'il y avait une assurance complémentaire, c'était l'assurance qui payait tout. Maintenant, même lorsqu'il y a une assurance complémentaire, il faudra payer une partie." Est-ce que c'est juste ou non? Moi, je trouve assez juste que le canton paie une partie, même à celui qui a une assurance complémentaire; la même partie que celle qu'il payerait à celui qui n'a que l'assurance de base.

Ensuite, qu'en est-il des chiffres? Quand le canton de Soleure, qui a, sauf erreur, 250 000 habitants, dit: "Cela nous coûte 60 millions de francs de plus!", le problème n'est pas là. Si on accepte que le canton de Soleure doive payer pour l'assurance de base, ces 60 millions de francs ne concerneraient au fond que les gens qui iraient en dehors du canton sans raisons médicales, c'est-à-dire qui feraient usage du libre choix qu'on a maintenant, simplement par confort. On paie en effet aujourd'hui déjà pour ceux qui y vont pour des raisons médicales.

Alors, est-ce que, dans le canton de Soleure qui compte 250 000 habitants, il y aura beaucoup de gens qui iront à l'extérieur? A ma connaissance, comme le canton de Soleure n'a pas de médecine de pointe sur place, on doit aller pour cela à Zurich, à Bâle ou à Berne. 60 millions de francs représentent 6000 cas à 10 000 francs. Alors, est-ce qu'il y aura 6000 personnes disposant d'une assurance complémentaire qui iront se faire hospitaliser en dehors du canton sans raisons médicales, par pure complaisance, par pur confort personnel? Je ne crois pas! Cela me paraît exagéré.

Le problème des cantons, que ce soit celui de Berne ou d'autres, c'est qu'il leur faut maintenant payer la participation de base lorsqu'il y a une assurance complémentaire, ce qui n'était pas le cas autrefois.

Cela dit, venons-en à la proposition Leuenberger-Solothurn. J'ai aussi eu beaucoup de difficultés à la comprendre, et je ne suis d'ailleurs pas sûr de l'avoir bien comprise, mais essayons de lire les textes. Le texte proposé par Monsieur Leuenberger remplace et annule une partie du texte que vous avez voté. Il établit une distinction entre ceux qui se font soigner dans le canton, et qui ont seulement le droit d'aller dans un hôpital qui figure sur la liste hospitalière du canton de résidence, et ceux qui vont hors du canton et qui ont droit aux montants de base. Et Monsieur Leuenberger, vous allez même plus loin que Monsieur Stähelin et que la solution de la majorité, puisque selon celle-ci, "à l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire". Et vous supprimez cela! Par conséquent, vous allez plus loin que la solution de la majorité, puisque vous n'avez même plus besoin, en dehors des cas d'urgence, de l'autorisation médicale.

Donc, avec le point de vue du canton de Soleure – et Dieu sait si j'ai de l'affection pour ce canton historiquement exemplaire, pourvu que ça dure! –, on va plus loin, plus loin dans les obligations que si on acceptait la proposition de la majorité, où on ne peut aller à l'extérieur du canton que s'il y a une obligation médicale. On peut y aller si on a une assurance complémentaire – "freie Wahl" –, et si on n'a pas d'assurance complémentaire, on ne peut y aller qu'avec une raison médicale.

Vous, Monsieur Leuenberger, allez plus loin: vous autorisez à aller hors du canton de résidence même sans autorisation médicale. Objectivement, je crois que votre proposition n'est pas dans l'intérêt du canton de Soleure. Elle correspond à une conception qui a été abandonnée en cours de route et que les directrices et directeurs cantonaux de la santé n'ont pas suivie.

Pour la cohérence du système, il faut repousser la solution Leuenberger-Solothurn, qui n'apporte rien pour les cantons, qui tend à résoudre un problème qui n'est pas lié à la libre circulation des patients: celui de la prise en charge des coûts même si les patients ont des assurances complémentaires. Cette solution fait en outre une distinction entre le cas où on se fait traiter dans le canton de domicile, là il n'y a pas de liberté, et le cas où on se fait traiter dans un autre canton, où il y a plus de liberté que selon la version de la majorité. C'est donc, en théorie, contraire à l'objectif des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

Je vous invite donc à repousser la proposition Leuenberger-Solothurn, qui a suscité un débat intéressant.

Cela me rappelle ce que m'a dit un président de tribunal militaire: "Dans un jugement, il faut toujours introduire une phrase incompréhensible pour préserver la majesté du tribunal et permettre le recours." Dans une loi, un texte incompréhensible ne préserve ni la majesté du législateur ni la possibilité de recours.

Abstimmung – Vote





Für den Antrag der Mehrheit 28 Stimmen
Für den Antrag Leuenberger-Solothurn 3 Stimmen

Abs. 3bis – Al. 3bis

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Hier geht es darum, die medizinischen Gründe nach den Absätzen 2 und 3 zu definieren, und zwar bei ambulanter wie bei stationärer Behandlung. Diese liegen bei einem Notfall oder eben dann vor, wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit
Adopté selon la proposition de la majorité*

Art. 41a

Antrag der Kommission

Titel

Aufnahmepflicht

Abs. 1

Im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten (Aufnahmepflicht).

Abs. 2

Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantones des Listenspitals gilt die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen.

Abs. 3

Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Aufnahmepflicht.

Art. 41a

Proposition de la commission

Titre

Obligation d'admission

Al. 1

Dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités, les hôpitaux figurant sur une liste sont tenus de garantir la prise en charge de tous les assurés résidant dans le canton où se situe l'hôpital (obligation d'admission).

Al. 2

Pour les assurés résidant hors du canton où se situe l'hôpital figurant sur une liste, l'obligation d'admission ne s'applique que dans les cas d'urgence et si elle est basée sur des mandats de prestations.

Al. 3

Les cantons veillent au respect de l'obligation d'admission.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Der Nationalrat ist offenbar davon ausgegangen, dass alle Spitäler einer Aufnahmepflicht unterstellt sind. Da wir einerseits die

AB 2007 S 760 / BO 2007 E 760

freie Spitalwahl einführen und die Kantone andererseits zu einer Planung verpflichten, ist es nach Meinung Ihrer Kommission notwendig, zu definieren, gemäss welchen Bestimmungen die Spitäler verpflichtet sind, einen Patienten oder eine Patientin aufzunehmen. Mit dieser Bestimmung wird nur Bundesrecht definiert und nicht in die Bestimmungen der Kantone eingegriffen. Mit der Formulierung, wie Sie sie aus der Fahne ersehen, wird deutlich gemacht, dass gemäss unserer Lösung die Listenspitäler erstens im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten und zweitens für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmepflicht zu gewährleisten haben. Andernfalls gilt die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen.

Angenommen – Adopté

Art. 49

Antrag der Kommission





Abs. 1

.... Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) vereinbaren

Abs. 3 Bst. a, Abs. 8

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 49

Proposition de la commission

Al. 1

.... le séjour à l'hôpital (art. 39 al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties

Al. 3 let. a, al. 8

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 49a

Antrag der Mehrheit

Abs. 2

Festhalten, aber:

.... mindestens 55 Prozent

Abs. 4

Mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche gemäss Artikel 39 nicht auf der Spitalliste stehen, die jedoch die Voraussetzungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben a bis c erfüllen, können die Versicherer Verträge

Antrag der Minderheit

(Brunner Christiane, Fetz, Ory)

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 49a

Proposition de la majorité

Al. 2

Maintenir, mais:

.... à 55 pour cent au moins

Al. 4

.... avec les hôpitaux ou les maisons de naissance qui ne figurent pas sur la liste hospitalière au sens de l'article 39, mais qui remplissent les conditions fixées à l'article 39 alinéa 1 lettres a à c, des conventions

Proposition de la minorité

(Brunner Christiane, Fetz, Ory)

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil national

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Das ist der zweite wesentliche Artikel in dieser Differenzvereinbarung. In diesem Artikel wird der für alle Einwohner eines Kantons geltende Anteil der Vergütung nach Absatz 49 Absatz 1 festgelegt.

Wir haben uns das letzte Mal entschieden, dass der kantonale Mindestanteil künftig 60 Prozent betragen soll. Dabei gingen wir davon aus, dass die Prämienzahler mit dieser Aufteilung keine Mehrkosten zu tragen haben. Da der Anteil der Kantone heute eine beträchtliche Spannweite von 37 bis 67 Prozent beträgt, haben wir uns gleichzeitig für eine Bandbreite des Kantonsanteils von 45 bis 60 Prozent ausgesprochen. Nur so können einseitige, massive Kostenverschiebungen zulasten der Kantone verhindert werden. Der Nationalrat hat nun den kantonalen Mindestanteil auf 55 Prozent festgelegt und will auf die Bandbreite verzichten. Die GDK befürchtet laut eigenen Aussagen beim Vorschlag des Nationalrates Mehrkosten für die Kantone von rund 500 bis 700 Millionen Franken, wenn die Leistungen von bisher nicht subventionierten Spitälern künftig von den Kantonen mitfinanziert werden. Gemäss GDK würde eine Anbindung an die OKP-Bruttokosten für die Finanzierung so oder so eine solidere Basis bilden.



Aus der Sicht der Kommission möchte ich dazu noch einmal in aller Deutlichkeit festhalten, dass genaue Zahlen im heutigen Zeitpunkt nicht eruiert werden können. Da die Leistungen, die heute von den Versicherern aus der Grund- und der Zusatzfinanzierung an Privatspitäler oder Privat- und Halbprivatabteilungen bezahlt werden, künftig in das Finanzierungssystem eingespielen werden, kommen auf jeden Fall Mehrkosten auf die Kantone zu; wir haben Ihnen das vorher ja bereits dargelegt. Da dies weitgehend mit der Planung des OKP-Bettenbereichs der Kantone zusammenhängt, ist eine Aussage betreffend Mehrkosten zum heutigen Zeitpunkt problematisch.

Ihre Kommission beantragt Ihnen nun, dem Nationalrat insofern entgegenzukommen, als sie bereit ist, auf die 55 Prozent als Anteil der Kantone einzuschwenken. Angesichts der Tatsache, dass die Kantone Tessin, Thurgau, Aargau und Appenzell Innerrhoden eine Kostenbeteiligung von zum Teil relativ weit unter 50 Prozent aufweisen, beantragt Ihnen die Mehrheit der Kommission aber, bei unserem ursprünglichen Konzept zu bleiben. Das heisst, den Kantonen, deren Durchschnittsprämie die schweizerische unterschreitet, soll ein gewisser Spielraum belassen werden.

Gleichzeitig beantragen wir Ihnen dann bei den Übergangsbestimmungen – wir werden später noch darauf zurückkommen, es hat aber einen inneren Zusammenhang mit diesem Artikel –, eine sogenannte 2-Prozent-Regel einzuführen. Damit soll die jährliche Anpassung des kantonalen Anteils bis zu den vorgegebenen 55 Prozent in jedem Fall maximal lediglich 2 Prozent betragen. Mit dieser Regel kommen wir einem Anliegen der Kantone entgegen, können doch damit zu grosse Anpassungssprünge verhindert werden.

Ich bitte Sie, gemäss Antrag der Mehrheit dem Nationalrat beim Anteil von 55 Prozent zu folgen, aber die genannte Bandbreite zu belassen.

Fetz Anita (S, BS): Die Minderheit Brunner Christiane beantragt Ihnen, dem Beschluss des Nationalrates zuzustimmen. Vielleicht erinnern Sie sich noch: Die Debatte über die Spitalfinanzierung führen wir schon sehr lange, und als wir noch über den ursprünglichen Entwurf des Bundesrates gesprochen haben, war die Rede vom Prinzip der dual-fixen Beträge. Das heisst, der Finanzierungsschlüssel zwischen Versicherern und Kantonen soll fix sein. Der Ständerat hat sich dann für ein Modell entschieden, das ich "dual-flex" nennen würde: Der Schlüssel zwischen Versicherern und Kantonen soll also innerhalb einer gewissen Bandbreite flexibel sein. Dies nochmals zum Hintergrund.

Warum beantragen wir Ihnen jetzt Zustimmung zum Nationalrat, also zum dual-fixen Modell mit der entsprechenden gleichen Prozentzahl? Das unterscheidet uns ja nicht. Die 55 Prozent Kantonsanteil würden 45 Prozent Prämienanteil bedeuten. Der Kantonsanteil bedeutet ja immer, dass diese Kosten über Steuern finanziert werden. Prämienanteil bedeutet, dass die Kosten über die Kopfprämien der Leute finanziert werden. Dahinter steht natürlich die Grundsatzfrage, welchen Finanzierungsanteil man als den sozialeren betrachtet. Das ist ein Grund, weshalb wir uns wie der Nationalrat für das Fixum bei den Kantonen entscheiden möchten. Ein zweiter Grund war aber im Nationalrat ausschlaggebend – und dieser Artikel wurde dort mit 113 zu 58 Stimmen

AB 2007 S 761 / BO 2007 E 761

angenommen -: Dieser Grund ist der, dass es natürlich hochkompliziert wird, den flexiblen Anteil der Kantone, welche um die schweizerische Durchschnittsprämie floaten – einmal sind sie darüber, einmal sind sie darunter –, jedes Mal neu zu berechnen. Das hat natürlich starke Auswirkungen, sowohl auf die Kantonsbudgets als auch auf die Fixierung der Prämienhöhe. Es scheint uns wenig sinnvoll, derartige jährliche Schwankungen zu haben.

Noch ein Wort zur GDK-Kostenschätzung: Ich glaube, da sind sich die Mehrheit und die Minderheit einig. Bei den Kosten, welche die GDK uns hier vorlegt, muss man schon wissen, dass das erstens reine Schätzungen sind und zweitens Schätzungen auf der Grundlage, wonach die heute nicht subventionierten Spitäler neu in den Leistungsauftrag aufgenommen werden – und das ist jetzt tatsächlich durch die Kantone steuerbar! Wir haben zwar in dieser Vorlage die privaten Spitäler aufgenommen. Das war sicher nicht die Idee der Minderheit, sondern die Mehrheit von Ihnen wollte das. Aber kein Kanton wird gezwungen, in seine Spitalliste Privatspitäler aufzunehmen: Das ist ganz allein sein Entscheid. Deshalb, meine ich, ist es schon – ich sage jetzt einmal: – nicht ganz "lupenrein", hier Kosten zu berechnen, die eigentlich rein fiktiv sind und erst noch in der Hand der Kantone liegen.

Kurz: Der Entscheid zwischen Mehrheit und Minderheit ist nur der, ob Sie ein fixes, klar berechnetes Modell mit einem Kostenanteil von 55 Prozent für die Kantone und 45 Prozent über die Prämien wollen oder ob Sie, wie die Mehrheit, einen Teil flexibel gestalten wollen. Wir finden, dass die Flexibilität mit extrem viel administrativem Aufwand verbunden ist und sich deshalb nicht lohnt.





Stähelin Philipp (C, TG): Wenn ich hier für den Antrag der Mehrheit votiere, beisse ich im Grunde genommen in einen sauren Apfel – ich beisse als Thurgauer sogar zweimal in einen sauren Apfel, weil wir erstens nur süsse Äpfel haben und weil zweitens unser Kanton heute einen Beitrag von 38 Prozent an die Spitalversorgung leistet. Damit muss er, wenn man der Mehrheit folgt, wenn man also auch nach unten auf 45 Prozent gehen kann, immerhin noch recht ordentlich nach oben zulegen. Wenn Herr Büttiker da wäre, würde ich sagen: Hier geht es jetzt tatsächlich um die Steuerzahler! Die von Ihnen vorgeschlagene Regelung dreht die Höhe der Beiträge für den Thurgauer Steuerzahler nach oben. Sie zwingen damit einen Kanton, der unter dem Strich eigentlich immer dafür gesorgt hat, dass sein Gesundheitswesen gut dasteht, auch in finanzieller Hinsicht, zu Mehrausgaben. Da muss man schon fragen: Ist das eine gescheite Lösung? Das gilt nicht nur für den Kanton Thurgau, das gilt selbstverständlich für andere Kantone auch.

Schauen Sie, Frau Fetz, wenn Sie argumentieren, Sie würden für eine dual-fixe Lösung eintreten, stimmt das eben gerade nicht. Sie haben den Text offenbar etwas speziell interpretiert, wenn Sie die mindestens 55 Prozent als dual-fix anschauen. Das ist grundsätzlich die gleiche Formulierung, die wir heute schon haben. Und es ist eben keine dual-fixe Lösung, sondern zumindest nach oben ist sie offen. Weshalb soll man nicht auch nach unten gehen können, wenigstens bis auf 45 Prozent?

Zu dem Argument der sozialeren Finanzierungsanteile: Schauen Sie, ich bin der festen Überzeugung, dass es für den Bürger und die Bürgerin hier wesentlich wichtiger ist, dass insgesamt die Prämien und das Steuerbetreffnis tief sind, als dass im einzelnen Kanton das eine so und das andere so aussieht. Der Kanton, in welchem man tiefe Prämien und tiefe Steuern zahlt – ich sage jetzt nicht welcher –, ist wahrscheinlich sozialer als der andere, in welchem es hohe Prämien und wahrscheinlich nicht wesentlich tiefere Steuern zu zahlen gibt. Das ist sozial. Ich glaube, für eine soziale Gesetzgebung ist auch die Anwendung, ist das, was man daraus macht, entscheidend; dass der Bürger unter dem Strich möglichst wenig für möglichst gute Leistungen zahlt. Das wollen wir hier erreichen.

Auch Ihren Hinweis auf die Privatspitäler, die neu dazukommen, muss man relativieren. Es sind ja nicht zuletzt die Kantone, welche eben eine sehr zurückhaltende Spitalplanung betrieben haben und eine Spitalliste mit eher wenig Spitälern präsentieren, welche schlussendlich auf der einen Seite eine tiefe Prämienbelastung und auf der anderen Seite auch relativ tiefe Spitalausgaben haben. Wenn Sie einen solchen Kanton dann zwingen, noch mehr Geld auszugeben, mehr Steuergeld auszugeben, dann belohnen Sie gerade diese kostensenkende Politik ja nicht. Also, unter dem Strich meine ich, hier den Zwang zu Mehrausgaben statuieren zu wollen gehe in eine falsche Richtung.

Ich bitte Sie, mit der Mehrheit zu stimmen.

Frick Bruno (C, SZ): Die Neuregelung der Spitalfinanzierung bringt total, je nach Schätzung – wir wissen es erst später genau –, sicherlich aber rund 600 bis 800 Millionen Franken an Mehraufwendungen. Nun stellt sich die Frage: Wer trägt diese Mehraufwendungen? Die Mehraufwendungen erfolgen nicht, weil Leistungen ausgeweitet werden, sondern, wie vorhin diskutiert, weil heute die Privatversicherten bestraft werden, indem die Kantone keinen Beitrag leisten. Diese Ungerechtigkeit beseitigen wir; das bringt Mehrkosten mit sich; das macht den Hauptharst dieser 600 bis 800 Millionen Franken aus. Wer aber soll sie bezahlen?

Wenn wir bei der Lösung des Nationalrates bleiben, gehen diese Aufwendungen zulasten der Kantone. Wenn wir die Kantonsbeiträge auf 55 Prozent senken, dann teilen sich die Krankenversicherer und die Kantone diese Summe in etwa auf. Würden also, wie Sie, Frau Fetz, zu insinuieren pflegen, hier in diesem Saal die Krankenversicherungen und deren Vertreter dominieren, müssten wir uns ja für den Beschluss des Nationalrates und damit für den von Ihnen vertretenen Minderheitsantrag Brunner Christiane starkmachen. Sie bevorzugen die Versicherungen und belasten die Kantone.

Warum tun wir das trotzdem nicht? Es braucht einfach in dieser politisch heiklen und schwierigen Situation eine Verteilung der Schmerzen, indem Kantone und Krankenversicherer den in etwa gleichen Beitrag leisten. Daher ist unsere Kommission mit grosser Mehrheit der Überzeugung, dass es eine gleichmässige Tragung der Lasten sein sollte. Darum sind wir auf diese 55 Prozent gekommen.

Ich bitte im Sinne eines eidgenössisch ausgewogenen Lastenpaketes: Unterstützen Sie den Antrag der Kommissionmehrheit!

Brändli Christoffel (V, GR): Es wird immer wieder gesagt, es gehe hier um eine Auseinandersetzung zwischen den Kantonen und den Versicherern; es gehe also darum, wer mehr bezahlen solle. Aber das ist überhaupt nicht die Frage. Es stellt sich hingegen die Frage: Soll der Prämienzahler oder soll der Steuerzahler für die Mehrkosten aufkommen, die Herr Frick hier dargelegt hat? Damit haben wir es hier mit einer sozialpolitisch hochbrisanten Frage zu tun, die wir beantworten müssen.



Wenn ich an die ursprünglichen Ziele denke – die hat man etwas vergessen, damals hiess es: keine Mehrbelastung für den Prämienzahler –, muss ich sagen, dass wir natürlich davon abgewichen sind. Denn eine neutrale Situation für den Prämienzahler ergibt sich bei einer Aufteilung von 60 Prozent für die öffentliche Hand und 40 Prozent für die Prämienzahler. Wir haben dann in unserem letzten Antrag noch diese 45 Prozent für die Kantone hineingeschmuggelt, die tiefe Prämien haben. Für mich war es eigentlich immer die Idee, dass das im Sinne einer Übergangslösung sei. Wir haben das dann aber generell formuliert, also auch die Möglichkeit geschaffen, dass die Kantone hier eine Absenkung vornehmen können. Das haben wir auch jetzt so formuliert. Ich muss hier einfach schon klar festhalten: Mit dem Vorschlag von 55 Prozent, wie Sie ihn auch ausgestalten, kommt es gezwungenermassen zu Prämienerrhöhungen. Und mit dem Vorschlag 55/45 Prozent kommt es selbstverständlich zu noch grösseren Prämienerrhöhungen.

Es ist ein politischer Entscheid, ob Sie das wollen oder nicht. Es gilt dabei zu berücksichtigen, dass der Steuerzahler schon dadurch entlastet wird, dass in Zukunft Investitionen ebenfalls in die Tarife eingerechnet werden. Hier sind die

AB 2007 S 762 / BO 2007 E 762

Auswirkungen noch nicht so klar, wie sie hie und da von gewissen Kreisen präsentiert werden.

Ich möchte auch darauf hinweisen, warum ich hier eine eher kritische Haltung einnehme: Ich tue das vor allem deshalb, weil die neuesten Daten an der Kostenfront keineswegs erfreulich sind. Sie deuten darauf hin, dass wir 2009 schon von den Kosten her mit erheblichen Prämienerrhöhungen rechnen müssen. Eine Kompensierung über Reserven wird dannzumal kaum mehr möglich sein. Wir müssen schon auch Sorge tragen, dass man jetzt nicht hier und in der Pflegeversicherung Beschlüsse fasst, die die Prämienerrseite noch mehr belasten – und zwar nicht die Krankenversicherer. Ich habe es gesagt: Es ist der einzelne Bürger, der diese Prämien schlussendlich bezahlen muss.

Wenn Sie allenfalls 55 und 45 Prozent beschliessen, dann schaffen Sie eine Differenz zum Nationalrat. Ich bin aber der Meinung, dass sich der Nationalrat dann Gedanken darüber machen muss, wie er diese 45 Prozent ausgestaltet. Es ist nachvollziehbar, wenn man sagt, in einer Übergangsphase könne man für die Kantone, deren Prozentsatz heute schon darunterliege – der Kanton Thurgau hat diese Differenz –, allenfalls eine Lösung suchen. Aber ich würde mich dagegen wehren, wenn man sage, ein Kanton, der jetzt schon 60 Prozent habe, der könne gestützt auf diese Bestimmung auf 45 hinuntergehen. Denn das würde dann zu erheblichen Prämienerrschüben führen. Ich wollte Ihnen diese Zusammenhänge hier aufzeigen. Wehren Sie sich vor und nach den Wahlen auch für die Prämienerrzahler.

Lauri Hans (V, BE): Ich bin der Mehrheit der Kommission sehr dankbar, dass sie hier einen Kompromiss gesucht hat, der offenbar bei den Kantonen und bei der GDK einigermassen auf Akzeptanz stossen kann. Wenn ich das Wort noch einmal ergreife, dann nicht aus dem Grund, hier zu unterstützen, sondern weil ich der Auffassung bin, dass in dieser etwas aufgeladenen politischen Situation zwischen den Kantonen und uns wichtige Anliegen oder Fragen hier auch aus Kantonssicht behandelt werden sollten.

Damit komme ich zu meinem Anliegen: Wir haben hier bei Absatz 2 die Situation, dass für die Abgeltung der stationären Leistungen an der Durchschnittsprämie für Erwachsene angeknüpft wird. Nun sagt man mir, dass diese Anknüpfung problematisch sei, weil die Prämien nicht allein von den Kosten bestimmt würden. So hätten die Versicherer bei den Prämienerrträgen an das BAG durchaus einen unternehmerischen Spielraum. Die Prämien seien überdies teilweise von versicherungstechnischen Komponenten wie Reserven und Rückstellungen oder von Vermögenserrträgen, also vom Börsengang, abhängig. Ich glaube, die Frage ist berechtigt, Frau Kommissionspräsidentin, und ich bitte Sie oder den Bundesrat, hier noch einmal zu erklären: Warum knüpft man an die Durchschnittsprämie an, die eben einen unternehmerischen Handlungsspielraum beinhaltet, und warum knüpft man nicht an die Kosten an?

Wenn es keine überzeugende Antwort gäbe – was ich jetzt nicht zum Voraus weiss –, dann würde ich die Kommission des Nationalrates bitten, darüber noch einmal nachzudenken.

Stähelin Philipp (C, TG): Ich darf hier meinem Vorredner gerne eine Antwort geben: Wenn Sie an die Kosten anknüpfen, dann stellt sich primär einmal die Frage, an welche Kosten. Woher wollen Sie die Kostenzahlen haben? Die Prämienerrhöhe haben Sie; wer eruiert die Kosten? Niemand zurzeit. Wären es die Kantone, dann wären diese selbst jene, die hier Kosten präsentieren und davon dann ihre Bezahlung abhängig machen würden. Es gibt heute schlicht und einfach keine solchen Kostenstatistiken. Das ist der Grund dafür. Ich habe diese Eingabe auch gelesen, habe mir Gedanken gemacht, habe auch mit dem Gesundheitsdirektor meines Kantons gesprochen: Wir verfügen über keine solchen Zahlen. Sie wären auch, wenn sie existieren würden, in keiner Art und Weise irgendwie abgesichert.



Fetz Anita (S, BS): Nur kurz zu Kollege Stähelin: Ich möchte das sehr unterstützen. Ich glaube, bei allen Differenzen, die wir hier oft im Detail haben, ist es eines der Grundängernisse in diesem Land, dass die verschiedenen Akteure immer noch nicht fähig sind, sich an einen Tisch zu setzen und endlich mal die Zahlen offenzulegen. Die Kantone müssen das tun, die Krankenkassen müssen das tun, der Bund muss das tun. Wir haben viel zu viele verschiedene Daten. Wir können nicht einheitlich eruieren, wo die Finanzströme wirklich durchfliessen. Solange wir diese Transparenz nicht haben, bewegen wir uns bei vielen Fragen im Gesundheitsbereich ständig im Bereich der Halbbehauptungen, ob etwas jetzt kostendämpfend oder "kostenexplodierend" wirke. Je nachdem, welchen Hut die verschiedenen Akteure tragen, schauen sie, dass sie nicht betroffen werden. Ich glaube, das wäre der Hauptdurchbruch, den dieses Land schaffen müsste: Die Akteure, die alle über eigene Datenbanken verfügen – das ist ja noch das Verrückte! –, sollten sich endlich an einen runden Tisch setzen und ihre Zahlen abgleichen, sodass wir endlich eine gemeinsame Basis haben, auf der wir nachher echte Zukunftsszenarien für das Gesundheitswesen in der Schweiz entwickeln können. Das musste auch mal gesagt sein.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Nur ganz kurz, weil Herr Lauri mich direkt angesprochen hat: Ich kann nur das bestätigen, was durch Kollege Stähelin bereits ausgeführt worden ist. Es liegt wirklich daran, dass keine Kostenstatistiken vorliegen. Ich gehe davon aus, dass sich die Kantone angesichts dieser Tatsache bemühen, bald eine solche Kostenstatistik vorzulegen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Monsieur Stähelin a répondu à Monsieur Lauri. Le problème des coûts est quelque chose de très difficile à définir parce qu'il y a en particulier les investissements, il y a toute une série de coûts qui sont relativement opaques. D'autre part, nous avons un grand problème: c'est que les coûts, en tout cas ceux payés par l'assurance-maladie, nous sont connus seulement deux ans après qu'ils ont été produits. Par conséquent, il y a une zone d'incertitude pour fixer les primes d'assurance de l'année suivante. Avec le système DRG, les cantons ne feront plus d'investissements. Tout sera contenu dans le prix payé pour la prestation, et les cantons seront libérés d'une partie de leurs coûts vu qu'ils n'auront plus à payer les investissements; ils paieront leur part. Cela rend le calcul assez difficile à faire. Mais je crois qu'en gros, tout le monde est d'accord pour dire qu'à 55 pour cent, globalement – il peut y avoir des différences d'un canton à l'autre –, à la charge des cantons et 45 pour cent à la charge de l'assurance, lorsqu'il y aura le système DRG – c'est-à-dire que les cantons ne paieront plus les investissements –, on sera à l'équilibre. En d'autres termes, les cantons ne paieront ni plus, ni moins qu'actuellement. Il faut reconnaître qu'il peut y avoir des problèmes, mais en gros, pour l'ensemble de la Suisse, 55 pour cent/45 pour cent, c'est à peu près, à quelques millions de francs près, ce que paient les cantons aujourd'hui.

Par conséquent, dès l'instant où l'on descend en dessous de 55 pour cent, on charge davantage l'assurance obligatoire des soins, et je suis d'accord avec Monsieur Brändli pour dire que cela signifie qu'on augmentera les primes. Je suis d'ailleurs toujours frappé par le vocabulaire qu'on utilise. Si on veut décharger les assurés, on dit: "On décharge les primes d'assurance." Mais quand on veut mettre quelque chose à la charge des assurés, on dit: "C'est à la charge de l'assurance-maladie", comme si celle-ci avait une existence indépendante des assurés. Finalement, les assureurs-maladie transfèrent les coûts. D'ailleurs, j'ai parfois le sentiment qu'ils les transfèrent sans plus-value.

Quand j'entends Monsieur Brändli – et je ne peux pas être d'accord avec lui sur ce point – annoncer déjà des augmentations massives des primes pour 2009, quand j'entends les assureurs parler comme ça, je vois un oeil qui rit: "Magnifique, une augmentation du chiffre d'affaires!" et un oeil qui

AB 2007 S 763 / BO 2007 E 763

pleure: "Nos pauvres assurés, si seulement l'Etat avait su faire ce qu'on lui avait demandé!" On ne sait plus très bien ce que veulent les assureurs.

Si j'étais du côté des assureurs-maladie, lorsque je verrais les coûts augmenter – ce qui est par exemple le cas cette année dans le domaine ambulatoire hospitalier –, je demanderais un rendez-vous avec le Conseil fédéral, avec les directrices et directeurs cantonaux de la santé, et je leur dirais: "Que peut-on faire concrètement pour bloquer l'explosion des coûts dans le domaine ambulatoire hospitalier? Est-on en mesure de trouver une solution?" Or, lorsque les coûts augmentent, les représentants des assurances-maladie donnent des interviews pleurnichardes et ne font rien.

Pour le reste, je suis d'accord avec Monsieur Brändli pour dire qu'ici, si on descend au-dessous de 55 pour cent, on charge les assurés et on va faire augmenter les primes d'assurance-maladie. C'est une décision politique que vous allez prendre dans quelques instants. D'après nos calculs, avec la solution du Conseil des



Etats et si les cantons utilisent tous la possibilité de réduire jusqu'à 45 pour cent leur participation – ce n'est pas sûr qu'ils le fassent –, on met à la charge, non pas des assurances-maladie mais des assurés, 350 millions de francs, ce qui représente 1,2 ou 1,3 pour cent d'augmentation des primes.

La solution du Conseil des Etats représente donc 1 à 1,5 pour cent d'augmentation des primes. Il faut le dire! Si vous la votez – et vous avez le droit de le faire –, ne dites pas que vous êtes surpris, vous augmentez les primes, en 2009, de 1 à 1,5 pour cent. Si vous en restez à 55 pour cent, c'est neutre pour les cantons. Il y aura une petite augmentation, probablement aussi pour les assurances-maladie, mais c'est neutre pour les cantons. Voilà la réalité.

Je crois qu'on peut se battre très longtemps, mais à la fin, il s'agit de décider: voulez-vous augmenter les primes, en plus des coûts des augmentations normales dues aux progrès techniques, dues au vieillissement? Voulez-vous, oui ou non, augmenter de 1 à 1,5 pour cent les primes? Si vous voulez le faire, choisissez la solution de la majorité de la commission, si vous ne voulez pas le faire, choisissez la solution du Conseil national.

Pour ce qui me concerne, je souhaite que vous adhérez à la décision du Conseil national.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 29 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 4 Stimmen

Art. 53

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Noch eine Bemerkung zuhanden des Amtlichen Bulletins: Artikel 53 beschlägt das Beschwerdeverfahren. Die Bestimmung wurde im Nationalrat gemäss der Totalrevision der Bundesrechtspflege angepasst.

Buchstabe e – ganz unten auf der Fahne – hat in der Kommission eine längere Diskussion ausgelöst. Wir haben letztlich entschieden, uns dem Nationalrat anzuschliessen. Zuhanden des Amtlichen Bulletins möchte ich noch einmal festhalten, dass die Anforderungen, welche die Kantone bei ihrer Planung erfüllen müssen, vom Bundesrat aufgestellt werden. Wenn ein Kanton offensichtliche Planungsentscheide trifft, die einen Leistungserbringer benachteiligen, so liegt ein Ermessensmissbrauch vor, der angefochten werden kann. Hat ein Kanton hingegen aus objektiv nachvollziehbaren Gründen einen Entscheid gefällt, so ist das Beschwerdeverfahren nicht möglich.

Heberlein Trix (RL, ZH): Ich möchte in diesem Zusammenhang die Diskussion, die wir hier bei der Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates geführt haben, zuhanden des Amtlichen Bulletins kurz wiederholen. Nach dem Wortlaut von Absatz 2 Litera e könnten die Kantone die von National- und Ständerat angestrebte qualitative Verbesserung der Spitalplanung ohne Konsequenzen durchbrechen. Das Fehlen der materiellen Rechtssicherheit wäre beim Verzicht auf die Rüge der Unangemessenheit, die hier enthalten ist, problematisch. Die Planungen in verschiedenen Kantonen, insbesondere bezüglich der angemessenen Berücksichtigung von Privatspitälern, beinhalten – das ist zuzugeben – eine gewisse Willkür, insbesondere auch eine politische Willkür; aber es sind politische Entscheide der Kantone. Andererseits dauerten die Rekursentscheide des Bundesrates zu lange. Dass eine Straffung des Verfahrens stattfinden muss, ist eine Forderung, die wir alle unterstützen können. Zuständig ist ja neu das Bundesverwaltungsgericht.

Nun muss bei dieser doch sehr eingeschränkten, gegenüber unserer ersten Fassung aber ausgedehnten Rekursmöglichkeit festgehalten werden, dass die bei Artikel 39 neu beschlossenen objektivierten Kriterien, nach welchen die Planung geprüft werden muss, auch die Prüfung der Angemessenheit beinhalten. Gemäss Artikel 53 ist ja Artikel 49 des Verwaltungsgerichtsgesetzes für das Verfahren anwendbar. Danach bestehen drei Rekursmöglichkeiten. Ich zitiere das übersetzte Protokoll und die Aussage von Herrn Bundesrat Couchepin: "Artikel 49 sieht drei Rekursmöglichkeiten vor: 1. Verletzung von Bundesrecht; darin inbegriffen sind, und dies ist entscheidend, die Prüfung des Ermessensmissbrauchs und der Ermessensüberschreitung; 2. die unvollständige oder ungenaue Sachverhaltsfeststellung." Ich möchte diese beiden Voraussetzungen betonen, mit unserem ersten Entscheid hatten wir diese Möglichkeit ausgeschlossen. Die Überprüfung der Unangemessenheit kann damit wegfallen. Ich möchte das hier betonen und verweise auf das deutsche Protokoll, Seite 10, weil diese Kriterien eben dann für die Anwendung durch das Bundesverwaltungsgericht entscheidend sind. Es



ist dies eine Abweichung vom normalen Verfahren des Bundesverwaltungsgerichtes. Mit den Erklärungen, die Bundesrat Couchepin in der Kommission abgegeben hat und die er, so hoffe ich, heute entweder bestätigt oder dann durch sein Stillschweigen akzeptiert, möchte ich die Bedenken der Privatkliniken entkräften, die Litera e wieder streichen wollten.

Ich möchte Bundesrat Couchepin bitten, diese Aussagen zu bestätigen: Die Angemessenheit wird im vorhergehenden Verfahren bereits geprüft, auch wenn wir hier die Rüge der Unangemessenheit nicht zulassen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Madame Forster l'a aussi confirmé: les dispositions légales telles qu'elles ont été présentées par Madame Heberlein valent à l'égard de tous, y compris du Conseil fédéral, en particulier du chef du Département fédéral de l'intérieur. Ces lois doivent être respectées. Et la LAMal prévoit ce qu'a dit Madame Heberlein. Je le confirme.

Angenommen – Adopté

Ziff. II

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 sowie die Anwendung der Finanzierungsregelung nach Artikel 49a mit Einschluss der Investitionskosten müssen bis spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein.

Abs. 2

Der Bundesrat bestimmt:

- a. die Einführungsmodalitäten;
- b. das Verfahren, nach dem die vor Inkrafttreten dieser Änderung getätigten Investitionen in die Tarifberechnung einbezogen werden.

AB 2007 S 764 / BO 2007 E 764

Abs. 2bis

Streichen

Abs. 3

Kantone und Versicherer beteiligen sich bis zum Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung an den Kosten der stationären Behandlungen.

Abs. 4

Streichen

Abs. 5

Die Kantone setzen ihren Finanzierungsanteil nach Artikel 49a Absatz 2 spätestens per 1. Januar 2012 fest. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab der erstmaligen Festsetzung höchstens 2 Prozentpunkte betragen.

Abs. 6

Die kantonalen Spitalplanungen müssen spätestens bis zum Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 den Anforderungen nach Artikel 39 entsprechen.

Abs. 7

Die Umsetzung der Regelung nach Artikel 41 Absatz 1bis erfolgt ebenfalls zum Einführungszeitpunkt nach Absatz 1.

Antrag der Minderheit

(Brunner Christiane, Fetz, Ory)

Abs. 5

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates, aber:

.... Einführungsphase nach Absatz 1 die jeweiligen

Ch. II

Proposition de la majorité

Al. 1



L'introduction des forfaits liés aux prestations selon l'article 49 alinéa 1, ainsi que l'application des règles de financement selon l'article 49a, y compris l'inclusion des coûts d'investissement, doit être terminée au plus tard avant le 31 décembre 2011.

Al. 2

Le Conseil fédéral fixe:

- a. les modalités d'introduction;
- b. la procédure selon laquelle les investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente modification sont pris en compte dans le calcul du tarif.

Al. 2bis

Biffer

Al. 3

Les cantons et les assureurs se partagent les coûts des traitements hospitaliers jusqu'à la date d'introduction selon l'alinéa 1, conformément aux règles de financement en vigueur avant la modification de loi.

Al. 4

Biffer

Al. 5

Les cantons fixent leur part au financement selon l'article 49a alinéa 2, au plus tard au 1er janvier 2012. Jusqu'au 1er janvier 2017, l'adaptation annuelle de cette part, à partir de son point de fixation initial, peut s'élever au maximum à 2 points de pour cent.

Al. 6

Les planifications hospitalières cantonales doivent satisfaire aux exigences de l'article 39, au plus tard à la date d'introduction selon l'alinéa 1.

Al. 7

La réglementation selon l'article 41 alinéa 1bis est également mise en oeuvre à la date d'introduction selon l'alinéa 1.

Proposition de la minorité

(Brunner Christiane, Fetz, Ory)

Al. 5

Adhérer à la décision du Conseil national, mais:

.... dans la phase d'introduction selon l'alinéa 1, des parts de rémunération

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: In den Übergangsbestimmungen werden die Einführungsmodalitäten betreffend die leistungsbezogenen Pauschalen sowie die Anwendung der Finanzierungsregel festgelegt. Der Nationalrat hat sich für eine zeitlich gestaffelte Einführung entschieden. Die Einführungsmodalitäten wie der Zeitpunkt sollen dem Bundesrat überlassen werden. Hingegen soll der Bundesrat das Verfahren betreffend getätigte Investitionen bestimmen. Im Nationalrat wurde darauf hingewiesen, dass unsere Kommission die Übergangsbestimmungen auf Divergenzen überprüfen soll.

Die Kommission hat sich dieser Aufgabe zusammen mit dem Departement unterzogen und möchte Ihnen nach eingehender Überprüfung beliebt machen, auf die gestaffelte Einführung zu verzichten. Mit Artikel 1 gemäss Ihrer Kommission wird verlangt, dass sowohl die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen als auch die Anwendung der Finanzierungsregelung bis am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein müssen. Die Staffe­lung auf Vertrags- und Einverständnisebene unter den verschiedenen Partnern wie die Planungsanpassung, das Einfließen der Investitionskosten in die Tarife usw. wird vorher individuell erfolgen. Mit dieser klaren zeitlichen Vorgabe wären alle Beteiligten gezwungen, alles daranzusetzen, die nicht ganz einfache Umstellung auf ein bestimmtes Datum durchzuziehen. Gemäss den uns vorliegenden Angaben ist der Zeitpunkt zwar ambitiös, aber durchaus realistisch.

Gemäss Absatz 2 bestimmt der Bundesrat die Einführungsmodalitäten und das Verfahren, nach dem die Investitionskosten und die Tarifberechnung einzubeziehen sind; gemäss Absatz 3 müssen sich die Kantone und die Versicherer bis zum Einführungszeitpunkt entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung an den Kosten der stationären Behandlungen beteiligen.

Zu Absatz 5: Gemäss Artikel 49a Absatz 2 werden die Finanzierungsanteile von den Kantonen festgelegt. Gemäss unseren Beschlüssen beträgt der kantonale Anteil mindestens 55 Prozent, mit einer Bandbreite bis 45 Prozent. Die Umsetzung hat spätestens bis zum 1. Januar 2012 zu geschehen. Kantone, die bereits vor diesem Zeitpunkt in der Lage sind, auf Pauschalen und die neue Finanzierung umzustellen, können dies tun. Wie bereits bei Artikel 49a dargelegt, geht es aber darum, Budgetsprünge zu vermeiden. Damit kommen wir,



wie ich bereits gesagt habe, einem Anliegen der Kantone entgegen, die vor Budgetsprüngen warnen und eine Glättung der Anpassung fordern.

Gemäss unserem Beschluss dürfen die Kantonsbeiträge im Zeitraum von 2012 bis 2017 nur in Schritten von 2 Prozentpunkten angepasst werden. Damit kann eine mögliche Prämiendynamik vermieden werden. Nach fünf Jahren ist gemäss der Kommission davon auszugehen, dass das System eingespielt ist und keine wesentlichen Sprünge mehr zu erwarten sind, weshalb wir den Zeitraum bis zum Jahr 2017 begrenzen möchten.

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Die Vertreterin der Minderheit, Frau Fetz, lässt mitteilen, dass wir mit dem Entscheid zu Artikel 49a Absatz 2 auch über Ziffer II Absatz 5 entschieden haben.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit
Adopté selon la proposition de la majorité*

Ziff. IIa

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Ch. IIa

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Ziff. III Abs. 2

Antrag der Kommission

.... am 1. Januar 2009 oder

AB 2007 S 765 / BO 2007 E 765

Ch. III al. 2

Proposition de la commission

.... le 1er janvier 2009 ou

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Es geht hier lediglich darum, dass ein Inkrafttreten am 1. Januar 2008 unrealistisch ist. Deswegen soll der 1. Januar 2009 vorgesehen werden.

Angenommen – Adopté