

04.062

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung.
Teilrevision. Managed Care**

**Loi fédérale
sur l'assurance-maladie.
Révision partielle. Managed Care**

Differenzen – Divergences

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBI 2004 5599)
 Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5257)
 Ständerat/Conseil des Etats 05.12.06 (Erstrat – Premier Conseil)
 Ständerat/Conseil des Etats 13.06.07 (Fortsetzung – Suite)
 Nationalrat/Conseil national 04.12.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
 Ständerat/Conseil des Etats 04.03.08 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 04.06.08 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 17.09.08 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 18.09.08 (Differenzen – Divergences)
 Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 24.09.08
 Ständerat/Conseil des Etats 01.10.08 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 01.10.08 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 16.06.10 (Fortsetzung – Suite)
 Ständerat/Conseil des Etats 15.12.10 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 03.03.11 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 30.05.11 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 12.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 14.09.11
 Ständerat/Conseil des Etats 14.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 22.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 29.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 29.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)
 Nationalrat/Conseil national 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)
 Text des Erlasses 1 (BBI 2011 7441)
 Texte de l'acte législatif 1 (FF 2011 6849)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care)**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care)****Art. 12 Abs. 5***Antrag der Einigungskonferenz**Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Minderheit

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)

Ablehnung des Antrages der Einigungskonferenz

Art. 12 al. 5*Proposition de la Conférence de conciliation**Majorité*

Adhérer à la décision du Conseil national

Minorité

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)

Rejeter la proposition de la Conférence de conciliation

Art. 13 Abs. 2 Bst. g*Antrag der Einigungskonferenz**Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)

Ablehnung des Antrages der Einigungskonferenz

Art. 13 al. 2 let. g*Proposition de la Conférence de conciliation**Majorité*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)

Rejeter la proposition de la Conférence de conciliation

Art. 64*Antrag der Einigungskonferenz**Mehrheit**Abs. 2 Bst. b*

b. 15 Prozent ...

Abs. 2 Bst. c

c. 10 Prozent ...

Abs. 3bis

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)

Ablehnung des Antrages der Einigungskonferenz

Art. 64*Proposition de la Conférence de conciliation**Majorité**Al. 2 let. b*

b. 15 pour cent des coûts ...

Al. 2 let. c

c. 10 pour cent des coûts ...

Al. 3bis

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)

Rejeter la proposition de la Conférence de conciliation

Ziff. Iter*Antrag der Einigungskonferenz**Mehrheit**Abs. 1–4*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 5

Die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes vorhandenen Einrichtungen und Krankenkassenbeteiligungen nach Artikel 12 Absatz 5 dürfen während höchstens fünf Jahren weiterbestehen.

Minderheit

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)

Ablehnung des Antrages der Einigungskonferenz

Ch. Iter*Proposition de la Conférence de conciliation**Majorité**Al. 1–4*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 5

Les institutions et participations de caisses-maladie prévues à l'article 12 alinéa 5 existant lors de l'entrée en vigueur de la présente loi peuvent subsister durant une période de 5 ans au maximum.

Minorité

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)
Rejeter la proposition de la Conférence de conciliation

Le président (Germanier Jean-René, président): Le groupe PBD soutient la proposition de la Conférence de conciliation.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Geschätzte Anwesende, darf ich Ihnen zuerst eine Frage stellen? Was ist für Sie ein Kompromiss? Sie wissen, dass wir schon lange über diese Vorlage beraten; Sie wissen, dass wir viele Schritte gemacht haben, und Sie wissen auch, dass die SP-Fraktion in all diesen Beratungen immer wieder Hand geboten hat zu neuen Kompromissen. Sie wissen auch, dass der Ständerat Beschlüsse gefasst hat, zu denen wir Ja gesagt haben, und dass diese Beschlüsse genau so lange hielten, bis die Krankenkasse Helsana einmal mehr intervenierte. Mit jedem Schritt, den wir Ihnen entgegengekommen sind, sind Sie einen Schritt nach rechts gegangen. Ich persönlich bedauere dieses Resultat sehr.

Jeden Abend hören wir auf den Podien, in den Diskussionen mit der Bevölkerung, dass sich die Leute darüber ärgern, dass wir hier ständig Machtspiele machen, statt uns der Sache zu widmen. Genau das haben Sie einmal mehr gemacht. Mit Hinterzimmer-Politik haben Sie ein Resultat geschaffen, das die eine Seite dieses Rates ausgrenzt.

Diese Vorlage war nötig, um den Versicherungen Beine zu machen. Deshalb sind wir mit der Idee gestartet, die Versicherungen mit einem Obligatorium dazu zu verpflichten, in der ganzen Schweiz flächendeckend solche Netzwerke anzubieten. Wir wollten einen Paradigmenwechsel. Was ist das Resultat? Das Resultat ist, dass die Versicherungen keine solche Verpflichtung haben, dass die Angebote in der ganzen Schweiz nicht garantiert sind, dass wir den Paradigmenwechsel verpasst haben und dass die Patientinnen und Patienten stattdessen mehr belastet werden. Die Versicherungen kommen also zu mehr Macht, ohne dass sie in die Pflicht genommen werden. Wenn ich zwischen Versicherungsdiktat und Freiheit wählen kann, dann wähle ich die Freiheit.

Wir wollten den Paradigmenwechsel, wir wollten ein Obligatorium für die Anbieter und Anreize für die Nutzerinnen und Nutzer – so quasi, wie wir das beim Katalysator in den Neunzigerjahren gemacht haben. Sie sind aber auf halbem Wege stehengeblieben: Sie sorgen dafür – im übertragenen Sinn –, dass der Katalysator freiwillig ist, und bestrafen die Autofahrer, die ihn nutzen.

Ohne Obligatorium für die Krankenversicherung ist die Substanz dieser Vorlage weg. Was vor uns liegt, ist eine substanzlose Prestigevorlage, die die Patientinnen und Patienten mehr belastet. Denn alles, was an Substanz in dieser Vorlage ist – der Risikoausgleich und die Unabhängigkeit –, hat mit Managed Care nichts zu tun. Sie werden jetzt sagen, die Prämien könnten gesenkt werden. Da möchte ich Sie darauf hinweisen, dass hinter uns drei KVG-Revisionen liegen. Zuerst kam die Pflegeversicherung. Es wurde versprochen, die Prämien würden sinken. Die SP war skeptisch, hat das Referendum aber nicht ergriffen. Was ist der Effekt? Die Prämien sind gestiegen, die Belastung der Patientinnen und Patienten ist gestiegen. Die zweite Revision war die Spitalfinanzierung. Wieder wurde versprochen, die Prämien würden sinken. Die SP war skeptisch, hat das Referendum nicht ergriffen. Was ist der Effekt? Ein Chaos und erneut ein Prämienwachstum. Die dritte Vorlage ist diese Managed-Care-Vorlage. Sie versprechen wieder, die Prämien würden sinken. Die SP ist skeptisch, und vielleicht ist es jetzt Zeit, dass das Volk entscheidet.

Dabei ist wichtig: Alles, was in dieser Managed-Care-Vorlage steht und zu Managed Care gehört, ist heute schon möglich – auch ohne diese Vorlage. Es sollte eine Beschleunigungsvorlage sein, um den Versicherungen Beine zu machen. Ich frage Sie: Wieso eigentlich, wenn Managed Care doch so gut ist, machen es die Versicherungen nicht von sich aus? Wieso haben wir nach wie vor nicht bei allen Versi-

cherungen und nicht in allen Landesteilen solche Angebote? Wieso müssen eigentlich die Patientinnen und Patienten dafür büßen, dass die Versicherungen ihre ureigenste Aufgabe nicht wahrnehmen?

Wir haben drei Reformen, dreimal wurden Prämienenkungen versprochen, dreimal wurden die Patientinnen und Patienten mehr belastet. Die Krankenkassenlobby funktioniert in diesem Haus, das muss ich neidvoll anerkennen.

Ich persönlich würde sehr gern hier stehen und eine Vorlage vertreten, wenn wir einen Konsens gefunden hätten. Ich würde sehr gern hier stehen, wenn wir eine Gesundheitsvorlage hätten, bei der nicht ein Teil der Bevölkerung ausgeschlossen und nicht in die Kompromisssuche mit einbezogen worden wäre. Ich würde gern einen Kompromiss vertreten, und ich habe mich jahrelang für einen solchen eingesetzt, auch oft gegen internen Widerstand. Ich habe das in der Erwartung gemacht, dass Sie unter einem Kompromiss etwas anderes verstehen als das Durchsetzen Ihrer eigenen Interessen.

In diesem Sinne bitte ich Sie, das Resultat der Einigungskonferenz abzulehnen.

Ruey Claude (RL, VD): C'est vraiment un peu désespérant. Est-ce que nous serons capables de sortir des blocages, de sortir des partis pris idéologiques? Nous le savons, le monde de la santé est un monde complexe: il y a des médecins, des soignants, des économistes, des administratifs, des techniciens, des assureurs, des politiques aussi. C'est interdisciplinaire, c'est difficile. Et puis, le monde de la santé, ce n'est pas n'importe quoi: se jouent la douleur, le sens de la vie, la mort. Evidemment, il n'est pas étonnant qu'il y ait de l'émotionnel dans ce domaine, il n'est pas étonnant qu'il y ait des intérêts contradictoires qui traversent ceci, ou des visions différentes qui existent.

Mais tout de même! Et je le dis à la minorité: est-ce qu'on ne peut pas sortir des stéréotypes? Est-ce qu'on ne peut pas sortir des vieilles querelles? Avez-vous lu l'article de Monsieur Urs Gasche – ce n'est pas la droite qui vous le dit, c'est Monsieur Urs Gasche, qui écrit: «Die SP ist gesundheitspolitisch krank.» Est-ce qu'on pourrait se guérir de cette maladie? Le bien-être de nos concitoyens, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients méritent, me semble-t-il, qu'on soit capable de dépasser ces disputes. Et avec le projet de réseaux de soins intégrés! Vous avez vu le numéro de ce projet? Il date de 2004, ce projet!

Nous avons l'occasion de démontrer que la santé et les soins qu'on donne à nos concitoyens ont la priorité sur les querelles politiciennes! Or c'est ce que nous avons fait en commission. D'abord en sous-commission, où nous nous sommes écoutés les uns les autres, où nous avons fait des pas les uns vers les autres, en commission aussi, et finalement aussi en Conférence de conciliation. Personne ne peut dire que c'est son projet; le projet a été concocté parce que nous avons rapproché nos points de vue, nous avons fait des concessions mutuelles et, finalement, ce projet est un bon projet.

Bien sûr, il n'y a pas l'«Angebotspflicht», mais vous avez vu qu'il y a dans les dispositions transitoires précisément une garantie que s'il n'y a pas de réseaux dans l'ensemble du pays, on trouvera des solutions.

On a accepté que les réseaux de soins intégrés, qui entre-temps ont pourtant été créés par beaucoup d'assureurs-maladie, deviennent indépendants dans les cinq ans à compter de la mise en vigueur des modifications de loi. On a accepté que la quote-part – «Selbstbehalt» – ne soit plus 10 pour cent/20 pour cent, mais 10 pour cent/15 pour cent – ce qui est quand même possible – avec des plafonds à 500 francs et 1000 francs.

On a là un projet qui est centré sur le patient: on aimerait que tout se coordonne pour le soigner le mieux possible. On prévoit des incitations à la création de réseaux réfléchis et non pas artificiels. Et enfin on améliore – et c'est aussi une revendication que j'ai entendue bien souvent dans les meilleurs de gauche – la compensation des risques, en pré-



voyant la possibilité de mieux prendre en charge les malades chroniques.

Alors, de grâce, faisons un pas vers la médecine de premier recours, vers les médecins de famille, parce que c'est de cela qu'il s'agit. Il ne faut pas le dire seulement dans les slogans, il faut le faire en disant oui à ce projet.

Weibel Thomas (CEg, ZH): Obwohl der Handlungsbedarf offensichtlich ist, konnte das Krankenversicherungsgesetz bisher in wichtigen Punkten nicht revidiert werden. Seit Jahren wird die Gesundheitspolitik durch die verschiedenen Interessengruppen blockiert.

Die nun zur Abstimmung gelangende Managed-Care-Vorlage löst nicht alle Probleme im Gesundheitswesen. Es wird jedoch ein kleiner, aber wichtiger Schritt gemacht. Die integrierte Versorgung ist ein medizinisches Versorgungssystem, das eine ganzheitliche, von einer Hand gesteuerte Gesundheitsversorgung durch die gesamte Behandlungskette und über alle Versorgungssektoren hinweg gewährleistet. Das bedeutet, dass im Netzwerk tätige Hausärzte für die Zuweisung zu einem Spezialisten zuständig sind und die Kostenverantwortung mittragen.

Die Vorlage bezieht Versicherer, Leistungserbringer und Versicherte in die Lösung ein. Zentraler Punkt der integrierten Versorgung ist die bessere Qualität der medizinischen Versorgung. Mittelerlöst können im Gesundheitswesen Einsparungen von 10 bis 20 Prozent erwartet werden.

Was enthält die Vorlage konkret? Die Netzwerke übernehmen Budgetmitverantwortung. Die in integrierten Versorgungsnetzen organisierten Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der im Versorgungsnetz betreuten Patientinnen und Patienten. Anreize wie der um 5 Prozentpunkte tiefere Selbstbehalt, nämlich 10 anstelle von 15 Prozent, und eine maximale Kostenbeteiligung von jährlich 500 Franken, also 200 Franken weniger als heute, belohnen Versicherte beim Einstieg in ein integriertes Versorgungsmodell.

Die Versicherten wählen nach wie vor selbstbestimmt das für sie passende Versicherungsmodell und ihren Hausarzt. Wer an der freien Arztwahl ausserhalb von Netzwerken festhält, wird nicht gebüsst, aber er bezahlt für diese Freiheit im Krankheitsfall maximal 500 Franken.

Um die Jagd nach sogenannt guten Risiken einzuschränken, wird mit dieser Teilrevision auch der Risikoausgleich angepasst. Die Liste der Kriterien – Alter, Geschlecht, Spital- und Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr – wird um einen Morbiditätsindikator ergänzt. Damit lassen sich die Unterschiede in den Versicherungskollektiven besser ausgleichen, und die sinnlose Jagd nach guten Risiken wird wirksam bekämpft.

Die Versicherer sollen innerhalb einer Frist von drei Jahren flächendeckend Managed-Care-Modelle in der ganzen Schweiz anbieten. Richtig, die absolute Verpflichtung ist aus dem Gesetz gestrichen worden. Aber wenn es nicht gelingt, ein flächendeckendes Angebot zu machen, kann der Bundesrat auf dem Verordnungsweg korrigierend eingreifen. Zudem dürfen Krankenkassen selber keine ärztlichen Leistungen erbringen, auch nicht indirekt, indem sie medizinische Einrichtungen führen oder sich finanziell daran beteiligen.

Mit dieser Regelung wird Interessenkonflikten vorgebeugt. Insgesamt überwiegen die positiven Aspekte der Vorlage. Deshalb bietet die CVP/EVP/glp-Fraktion Hand zu diesem Kompromiss und wird dem Antrag der Einigungskonferenz zustimmen. Damit wird hoffentlich die Blockade bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens endlich durchbrochen.

Gilli Yvonne (G, SG): Heute geht es darum, Stellung zu beziehen. Ein Nein zu diesem Antrag der Einigungskonferenz käme der Beerdigung einer weiteren wichtigen und mit grossem Aufwand lange beratenen gesundheitspolitischen Vorlage gleich. Wir sind deshalb heute als Gesundheitspolitikerinnen und -politiker aufgefordert, überlegt zu entscheiden. Die Grünen sagen mehrheitlich Ja zu Managed Care, weil ihnen die Förderung der integrierten Gesundheitsversor-

gung wichtig ist. Wir orientieren uns bei unserem Entscheid an zwei Hauptkriterien: Wir wollen erstens keine zusätzliche Verschiebung der Kosten zulasten der Patientinnen und Patienten. Es sind die Patientinnen und Patienten, die die schwächste Lobby in diesem Parlament haben und die in den letzten Jahren mehrfach beträchtliche Prämien erhöhung schlucken mussten. Zweitens wollen wir die hohe Qualität der ambulanten, hausärztlichen Versorgung erhalten und sie weiter verbessern. Dazu braucht es eine Stärkung der Hausärztinnen und -ärzte und Anreize zugunsten der integrierten Versorgung, wie sie diese Vorlage vorsieht.

Das wichtigste Element dieses Gesetzes ist aus dieser Sicht der verbesserte Risikoausgleich. Ein guter Risikoausgleich verhindert, dass Krankenkassen, die teure oder chronisch kranke Patientinnen und Patienten versichern, in Zahlungsschwierigkeiten geraten. Krankenkassen, die junge und gesunde, also billige Patientinnen und Patienten versichern, müssen Ausgleichszahlungen leisten. Bis jetzt war der Risikoausgleich absolut ungenügend, da er nur das Alter, das Geschlecht und die Hospitalisation im Vorjahr berücksichtigte. Neu wird auch der Gesundheitszustand berücksichtigt. Das verhindert in Zukunft, dass Krankenkassen Jagd auf junge und gesunde Patienten machen können, statt sich um die Qualität der Versorgung Kranker zu kümmern und eine integrierte Versorgung anzubieten.

Die Grünen sind enttäuscht, dass für die Patientinnen und Patienten gemäss diesem Gesetz keine stärkere Belohnung resultiert, wenn sie sich auf der Basis von Managed Care versichern, das heißt, wenn sie bereit sind, sich zu verpflichten, ihren frei gewählten Hausarzt als Gatekeeper zu respektieren. Das bedeutet, dass sie nicht direkt spezialärztliche Konsultationen beanspruchen, sondern zuerst ihre Hausärztin konsultieren. Die Patienten, die dazu bereit sind, werden in Zukunft mit einer Prämienermäßigung und einem niedrigeren Selbstbehalt von jährlich maximal 500 Franken belohnt. Die Patienten, die kein solches Versicherungsangebot in ihrer Region haben, werden durch dieses Gesetz nicht bestraft. Ihre Kostenbeteiligung bleibt aber gleich.

Die Grünen werden die Entwicklung hin zu flächendeckenden Modellen und Versicherungsangeboten sorgfältig verfolgen. Wir hoffen, dass der Bundesrat von seiner Kompetenz, weitere Massnahmen zur Förderung der integrierten Versorgung zu ergreifen, bei Bedarf Gebrauch machen wird. Integrierte Versorgung bedeutet für uns nicht den Verzicht auf eine freie Arztwahl, weil die Patienten die Hausärztin immer noch frei wählen können. Das Ziel von Managed Care ist es, dass diese Hausärztin zusammen mit dem Patienten die Behandlungsqualität überprüft, garantiert und verbessert. Mit Managed Care verpflichtet sich deshalb der Hausarzt zu regelmässiger Qualitätsüberprüfung und zu einer verstärkten Zusammenarbeit. Die Hausärztin kann die Qualität der Behandlung nur überprüfen, wenn sie auch weiß, welchen Behandlungen sich der Patient ausserhalb der hausärztlichen Versorgung unterzieht – deshalb das Gatekeeping. Gatekeeper sind also nicht Securitas-Wächter, die den Zugang zu Spezialärzten verhindern, sondern sie sind Türöffner für die Qualitätsüberprüfung auswärtiger Behandlungen im Sinne des Patienten.

Eine Minderheit der Grünen wird dieses Gesetz ablehnen, nicht zuletzt deshalb, weil auch in ländlichen Regionen noch viele Patienten keinen Zugang zu Managed Care haben, und nicht zuletzt deshalb, weil die Kostenbeteiligung der Patienten, die kein Angebot zur Verfügung haben, sehr hoch bleibt. Mehrheitlich empfehlen wir Ihnen aber ein deutliches Ja zu Managed Care, weil der Risikoausgleich endlich verbessert wird, was der Jagd nach guten Risiken ein Ende bereitet. Zusätzlich setzt der verbesserte Risikoausgleich für Krankenkassen zum ersten Mal in der Geschichte des KVG einen Anreiz, Managed-Care-Angebote tatsächlich zu fördern. Wir sind überzeugt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nur über die Qualität wirksam steuern lassen. Die Qualität der hausärztlichen Versorgung kann durch Managed Care gestärkt werden.



Rossini Stéphane (S, VS): Au nom du groupe socialiste, je vous invite à soutenir la proposition de la minorité Fehr Jacqueline.

Dans les méandres de notre processus de décision qui réduit finalement un projet à quelques éléments susceptibles de sceller le consensus, le risque existe d'oublier les fondements des positions des uns et des autres et d'en arriver à tirer des conclusions hâtives ou erronées. Le groupe socialiste est pour une prise en charge appropriée et intégrée des patients; il est par conséquent pour les réseaux de soins intégrés. Depuis des années, dans ce Parlement et ailleurs, nous avons prôné la nécessité d'une véritable alliance thérapeutique, à savoir mettre le médecin au centre pour éviter des traitements et des prises en charge inappropriés. Cette alliance thérapeutique est la condition de traitements de qualité et qui respectent le principe d'économie.

Notre soutien au projet de prise en charge globale – le modèle PGS par exemple, qui avait été proposé et discuté, quand bien même rejeté en commission – reflétait très clairement notre souci d'une action en réseau. Sachant qu'aujourd'hui déjà il est possible pour un assureur-maladie de proposer des formes particulières d'assurance et de pratiquer la prise en charge en réseau, nous devons maintenant apprécier la plus-value réelle de la modification de la loi sur l'assurance-maladie que nous terminons aujourd'hui.

La question qui est posée est assez simple: ce projet permet-il vraiment de faire un pas de plus, de sortir du statu quo et de produire les effets escomptés? En d'autres termes, la substance de cette révision l'emporte-t-elle sur le prestige qui a été attribué à cet objet?

La pratique des réseaux de soins intégrés est actuellement très inégalement répartie sur le territoire. Elle est très différemment perçue aussi, c'est logique, par les assurés et les patients de ce pays, souvent en raison de leur perception et de leur vécu – ou de leur non-vécu – de la pratique des réseaux de soins. Ainsi, de nombreuses régions de ce pays ne connaissent pas de réseau de soins intégrés. Les patients y voient surtout une perte de choix, notamment la perte du choix de leur médecin. Ils peinent donc à percevoir les avantages qualitatifs et financiers de ce système.

Pour le groupe socialiste, deux éléments ont toujours été centraux.

1. Il s'agit de dépasser la situation actuelle en matière d'offre par l'élargissement du modèle de «managed care» à l'ensemble du territoire. Pour que le changement s'opère et que l'on puisse effectivement parler d'une modification de paradigme, il faudrait une obligation pour les assureurs d'offrir la possibilité à tous les assurés, indistinctement de leur domicile, de bénéficier de cette nouvelle offre de prestations. Ce point n'a pas été souhaité par la majorité de la Conférence de conciliation. On en reste donc à une forme de statu quo – plus ou moins, c'est selon.

2. Pour nous, cet élément est extrêmement important: il s'agit de mettre en oeuvre un mécanisme d'incitation positive qui sensibilise les assurés et les oriente vers le «managed care». Comme pour beaucoup de changements dans le domaine de la santé, on sait que l'acceptation passe par des incitations financières, par le porte-monnaie. Toutefois, nous voulions que l'incitation soit positive, avec un taux de participation inférieur pour les personnes qui choisiraient de recourir à un réseau de soins intégrés. La majorité a toujours oeuvré au Conseil national par la punition, avec des taux de 10 et de 20 pour cent, taux que le Conseil des Etats avait baissés à 5 et 15 pour cent, ce que nous considérions comme extrêmement positif dans le sens de l'incitation positive justement.

La Conférence de conciliation a finalement arrêté la position de 10 et 15 pour cent. Elle garde donc la logique de la punition. D'autre part, cette disposition porte à croire qu'il s'agira d'une incitation négative pour les assureurs, puisqu'ils verront leurs contributions directes baisser si les patients assument une quote-part plus élevée. Puis, l'adaptation des montants aux coûts de l'assurance-maladie pourrait être rapidement en mesure d'anéantir nos engagements et se retourner finalement contre les patients.

Pour ces raisons, le groupe socialiste rejette la proposition de la Conférence de conciliation, car elle ne constitue pas dans les faits un véritable changement de paradigme, ce que nous regrettons.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Die SVP-Faktion wird den Ergebnissen der Einigungskonferenz mehrheitlich zustimmen, obwohl wir in verschiedenen Punkten weiter gehende, restriktivere Massnahmen vorgezogen hätten. Das führt dazu, dass Einzelne die Vorlage ablehnen werden. Immerhin muss man zugestehen, dass die Richtung dieser Vorlage stimmt. Allen Akteuren wird etwas abverlangt, und die Vorlage wird schrittweise eine Stabilisierung der Prämien zur Folge haben. Die Hausärzte werden gestärkt, wenn sie die Chance, welche diese Vorlage für sie bringt, auch tatsächlich wahrnehmen. Dass sie das tun, ist zu hoffen.

Diese Revision ist ein überschaubarer Schritt, der die längersehnte Änderung im ambulanten Bereich des Gesundheitswesens bringt. Zusammen mit der Spitalfinanzierung haben wir damit Korrekturen eingeleitet, die den intransparenten Mengenausweitung – wenn auch in bescheidenem Rahmen, das ist festzuhalten – doch etwas Wirksames entgegensezten.

Ich persönlich bin von der Stossrichtung dieser Vorlage überzeugt; sie ist ökonomisch gesehen richtig. Ich werde hier nicht auf die Details eingehen. Es ist dann das Problem der Sozialdemokraten, zusammen mit den Ärzten, die so zwischen 800 000 und 2 000 000 Franken Jahresgehalt für sich beanspruchen, das Referendum durchzuführen. Ich freue mich auf diese Diskussion.

Ich glaube, wir legen mit dieser Teilrevision der Bevölkerung einen Reformschritt vor, der zu Diskussionen Anlass gibt; das ist auch anzustreben. Man kann nicht Reformen vorschlagen, ohne dass irgendjemand davon betroffen ist. Wenn wir der Prämiensteigerung und der Intransparenz im Gesundheitswesen begegnen wollen, müssen wir ihnen etwas entgegensetzen können. Ich glaube, dass wir mit dieser Vorlage das Richtige tun.

Ich bitte Sie, den Ergebnissen der Einigungskonferenz Ihre Zustimmung zu geben.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Quel est l'enjeu? C'est de tourner le paquetot de la politique de santé du bon côté, de le tourner vers le cap de la qualité et non vers le cap – comme cela a souvent été le cas –, de la mauvaise sélection des risques. L'objectif principal du projet, c'est en effet d'accélérer ce mouvement pour mettre sur pied un système plus efficient, par une incitation plus forte pour faire partie des réseaux de soins intégrés et pour viser une réelle amélioration de la compensation des risques. Ces deux éléments ont manqué pendant des années pour faire progresser le système, précisément de façon à ce que la concurrence régulée s'oriente vers la qualité et non plus du tout vers la sélection des risques; en particulier pour orienter la qualité vers la coordination des soins à l'égard des malades chroniques, ce qui est très important aux yeux du Conseil fédéral.

C'est cette dynamique de qualité qui peut, en conséquence, permettre de stabiliser l'évolution des coûts durablement, et pas seulement sur une courte période. On a pu prendre une série de mesures qui ont eu un effet stable à court terme, mais si l'on veut maîtriser durablement l'évolution des coûts de la santé par une amélioration de la qualité, alors il faut réellement des réformes de ce genre.

Vous allez voter sur une série de propositions de la Conférence de conciliation. Ces propositions portent sur trois points principaux, qui montrent clairement la volonté de la Conférence de conciliation de rechercher un compromis efficace.

1. L'indépendance entre assureurs et institutions de soins: le compromis d'ores et déjà largement accepté par le Conseil des Etats – puisque cela a déjà passé au Conseil des Etats – est en fait la solution voulue par votre conseil. On inscrit clairement dans la loi, à l'article 12 alinéa 5, le principe de cette indépendance entre assureurs et institutions de soins, en ajoutant un alinéa 5 aux dispositions transitoires.



res, qui rend ce principe raisonnablement réalisable. Le Conseil fédéral avait en fait déjà pris les devants sur cette question, puisqu'il avait introduit dès le début de l'année une disposition dans l'ordonnance qui limitait le placement des assureurs dans des institutions servant à la pratique de l'assurance-maladie sociale. Sur ce point, le Conseil fédéral constate que la proposition de la Conférence de conciliation va dans le même sens.

2. La fameuse condition pour les assureurs d'offrir au moins une forme d'assurance de réseaux de soins intégrés: le compromis se trouve dans les dispositions transitoires. Il est donc faux de dire qu'il n'y a rien sur ce point, comme on pouvait le comprendre dans certaines prises de position. Au cas où les modèles de réseaux de soins intégrés ne se développent pas comme souhaité dans les trois ans à partir de l'entrée en vigueur de la loi, nous avons, par cette législation que l'on peut décider au cours de la présente session, une épée de Damoclès. Le Conseil fédéral a la possibilité d'intervenir directement et d'imposer cette condition d'offrir au moins un modèle de réseau de soins intégrés aux assurances qui veulent être actives dans le domaine de l'assurance-maladie sociale.

Le compromis qui a été trouvé est clairement un pas fait par le Conseil des Etats qui, au début, ne voulait rien du tout et qui a donc fait un pas en direction du Conseil national, pas qui, de fait, dans la pratique, à notre sens, aura le même effet que si l'on avait la condition à l'article 13 alinéa 2 lettre g.

3. La participation aux coûts: pour le Conseil fédéral, l'article 64 est un tout; ce qui concerne la participation aux coûts est un tout et cet article doit viser trois objectifs: il doit toujours viser la responsabilisation individuelle; il doit viser en plus une réelle incitation à se tourner vers les réseaux de soins intégrés; il doit aussi permettre de donner de la clarté au débat politique sur ce sujet. Le plus important, ce sont les montants maximaux à payer par les patients, et nous voulions qu'ils soient clairement inscrits dans la loi. C'est le cas maintenant, avec 500 francs au maximum pour les assurés dans le cadre des réseaux de soins intégrés, et 1000 francs pour les modèles traditionnels – soit 300 francs en plus pour les modèles traditionnels, mais en tout cas 200 francs en moins pour les réseaux de soins intégrés. En effet, il s'agit, encore une fois, d'un montant maximum, mais les assureurs, pour ce qui concerne les modèles de réseaux de soins intégrés, sont libres de prévoir un montant encore plus bas. De toute manière, les assurés qui sont dans les réseaux de soins intégrés ont une situation meilleure qu'actuellement puisque, maintenant, le montant annuel maximum de la participation est de 700 francs.

La quote-part, soit le pourcentage sur les factures pour arriver jusqu'à ce montant maximum qui, à notre sens, est le plus important, a été fixée dans le compromis à 10 pour cent au maximum pour les réseaux de soins intégrés, et à 15 pour cent fixes pour les autres. La différence avec ce que vous souhaitez quand vous parlez des modèles discutés préalablement est relativement faible, puisqu'il s'agit de 10 pour cent au maximum – ce qui n'empêche pas les assureurs, progressivement, avec les résultats qui seront obtenus dans les réseaux de soins intégrés, de diminuer la participation aux coûts, que ce soit sur le montant maximum ou que ce soit sur la quote-part, s'ils le souhaitent. C'est possible. Donc on peut arriver relativement rapidement à une situation qui soit très proche de la variante qu'aurait souhaitée le groupe socialiste.

Par conséquent, nous estimons qu'il s'agit ici véritablement, avec ce compromis, non pas d'un verre à moitié plein, mais d'un verre véritablement plein aux quatre cinquièmes.

Ce modèle permet d'éviter les hausses de primes. Ce point est très important. Dès le moment où un choix se fait quant à la participation aux coûts, il ne faut pas qu'il y ait des impacts négatifs, en particulier au départ, avec une hausse de primes, sinon on aurait une participation aux coûts trop haute. Le Conseil fédéral estime que la Conférence de conciliation a trouvé une bonne solution en ce qui concerne la participation aux coûts. Nous vous demandons d'adopter la proposition de la Conférence de conciliation sur ces derniers points

d'une loi qui a été longue à mettre au point, mais qui crée finalement maintenant une réelle incitation. Cette proposition est constructive, elle incite fortement à améliorer la qualité. Elle est équilibrée, en particulier à l'égard des points de vue des deux conseils. En approuvant cette proposition, vous ouvrez la voie à une amélioration réelle et durable du système de santé, et le Parlement sera plus favorable aux réformes.

Cette dynamique est particulièrement importante dans l'intérêt général et pas du tout dans la défense d'autres intérêts. En effet, nous allons traiter ces prochains temps d'autres projets de réforme. Par exemple, nous venons de lancer un projet qui concerne le dossier électronique du patient, qui est également très important pour la qualité et la sécurité. Dans cet esprit, une dynamique de réforme dans le Parlement aussi est absolument indispensable pour la politique de santé.

Baettig Dominique (V, JU): Monsieur le conseiller fédéral, ne craignez-vous pas, en cas d'acceptation de ce modèle de réseaux de soins intégrés – que d'ailleurs ni les médecins libéraux ni les malades ne veulent –, dans des régions périphériques encore non équipées comme le Jura, qu'on assiste de fait à une disparition de la médecine privée qui serait remplacée par une médecine hospitalière et étatique, donc de qualité moindre?

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Non, Monsieur Baettig, l'enjeu est à peu près l'inverse. A l'heure actuelle, il y a un mouvement, une évolution en ce qui concerne en particulier la médecine privée et les cabinets privés, qui implique que l'on trouve des solutions. Les solutions vont aller de plus en plus vers les réseaux de soins intégrés. C'est précisément l'une des réponses que l'on peut donner aux professions en difficulté, mais surtout aux régions. C'est donc le travail en réseau qui permet précisément, si l'on arrive aussi en plus à développer le dossier électronique du patient, d'améliorer la qualité, sans que cette amélioration de qualité soit réservée aux sites urbains. A notre sens, c'est donc exactement l'inverse.

De manière générale, j'aimerais dire ici que nous sommes parfaitement conscients des difficultés qui se présentent pour les années à venir pour les médecins et tout spécialement pour les médecins de famille, mais qu'il est absolument nécessaire – les médecins de famille avec qui j'en ai parlé le concèdent également – qu'il y ait une évolution dans la manière de concevoir la profession, évolution qui mène en particulier vers le travail en réseau.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Der Ständerat hat das Resultat der Einigungskonferenz vom 14. September gleichentags mit 28 zu 9 Stimmen gutgeheissen.

Zu den einzelnen Differenzen:

Bei Artikel 12 Absatz 5 ist die Einigungskonferenz mit 21 zu 0 Stimmen dem Nationalrat gefolgt. Krankenkassen dürfen demnach keine medizinischen Einrichtungen führen und sich auch nicht finanziell an solchen Einrichtungen beteiligen. Es ist den Krankenversicherern zuzustehen, dass sie im Bereich von Managed Care Pionierarbeit geleistet haben und gute Angebote haben. Die Einigungskonferenz hat sich aber für folgenden Grundsatz entschieden: Der Leistungsfinanzierer soll nicht Leistungserbringer, der Leistungserbringer nicht Leistungsfinanzierer sein.

Im Zusammenhang mit Artikel 12 Absatz 5 steht Absatz 5 der Übergangsbestimmungen. Danach dürfen vorhandene Einrichtungen und Krankenkassenbeteiligungen, welche beim Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehen, während höchstens fünf Jahren weitergeführt werden.

Bei Artikel 13 Absatz 2 Litera g ist die Einigungskonferenz dem Ständerat gefolgt. Das eine Element der nationalrätslichen Fassung, die Unabhängigkeit der Versorgungsnetze von den Krankenversicherern, ist mit Artikel 12 Absatz 5 erfüllt. Mit 17 zu 6 Stimmen hat die Einigungskonferenz beschlossen, auf eine generelle Verpflichtung der Krankenversicherer, in ihrem Tätigkeitsgebiet besondere Versiche-



rungsformen für die integrierte Versorgung anzubieten, zu verzichten. Es ist davon auszugehen, dass die Nachfrage der Versicherten nach Versicherungsprodukten mit integrierter Versorgung zunehmen wird und die Krankenkassen diese Versicherungsformen anbieten werden. Für den Fall, dass die Versicherer in gewissen Regionen wider Erwarten kein solches Versicherungsangebot machen sollten, kann der Bundesrat gemäss Absatz 2 der Übergangsbestimmungen die Versicherer nach Ablauf der dreijährigen Einführungsfrist, längstens bis zum Ablauf von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Revision, verpflichten, alleine oder in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Versicherern besondere Versicherungsformen für integrierte Versorgungsnetze gemäss Artikel 41c anzubieten. Solange in einer Region kein Versicherungsangebot besteht, gilt die Kostenbeteiligung von 10 Prozent.

Bei der nächsten Differenz, bei Artikel 64 Absatz 2, geht es um die Kostenbeteiligung. Der Kompromiss der Einigungs-Konferenz sieht 10 bzw. 15 Prozent vor. Er wurde mit 18 zu 7 Stimmen beschlossen. Grundsätzlich gilt gemäss Litera b für die die Franchise übersteigenden Kosten ein Selbstbehalt von 15 Prozent. Ausgehend von der ständerätlichen Fassung bei Litera c gilt für integrierte Versorgungsnetze ein Selbstbehalt von 10 Prozent. Diese 10 Prozent sind ein Maximalwert und können gemäss Absatz 2bis reduziert oder erlassen werden. Das ist zu berücksichtigen. Es geht nicht um einen Fixwert, sondern um einen Maximalwert, der reduziert werden kann.

Mit dem Kompromiss, vorerst 10 Prozent vorzusehen, verhindern wir, dass der Systemwechsel zum Zeitpunkt der Einführung der Gesetzesrevision zu Prämien erhöhungen führt. Es ist erstaunlich, dass gerade jene dieses Risiko eingehen wollen, die gegen diese Vorlage votieren.

Bei der maximalen Kostenbeteiligung sind wir im Nationalrat bereits Anfang Session dem Ständerat gefolgt. Für Versicherte in integrierten Versorgungsnetzen wird die maximale Kostenbeteiligung von heute 700 auf 500 Franken gesenkt. Ausserhalb von integrierten Netzen gilt ein maximaler Selbstbehalt von 1000 Franken.

Neben tieferen Prämien ist die tiefere Kostenbeteiligung ein Anreiz für Versicherte, Netzwerken beizutreten. Vor allem chronisch kranke Patienten werden durch die gegenüber heute tiefere maximale Kostenbeteiligung bessergestellt.

Die letzte Differenz betrifft Artikel 64 Absatz 3bis. Danach kann der Bundesrat die jährlichen Höchstbeträge des Selbstbehaltes nach Absatz 3 der Kostenentwicklung im Bereich der Krankenversicherung anpassen. Die Einigungs-Konferenz hat sich hier dem Ständerat angeschlossen. Heute hat der Bundesrat generell die Kompetenz, den maximalen Selbstbehalt festzusetzen. Wenn wir den Selbstbehalt nun ins Gesetz schreiben, ist es richtig, eine Klausel einzufügen, wonach der Bundesrat Anpassungen vornehmen kann. Ansonsten bräuchte es für Anpassungen immer eine Gesetzesänderung.

Die Übergangsbestimmungen stehen jeweils in Zusammenhang mit einem bestimmten Artikel, weshalb ich nicht nochmals darauf eingehen muss.

17 Mitglieder der Einigungskonferenz haben den entsprechenden Anträgen zugestimmt, 5 waren dagegen.

Was ein Kompromiss sei, hat Frau Fehr gefragt. Wir sprechen jetzt nur noch über die Differenzen. Aber die Vorlage beinhaltet noch andere Kompromisse, es wurde darauf hingewiesen. Zu nennen ist insbesondere der verbesserte Risikoausgleich, ein Schritt der rechten Seite für diese Vorlage, und ein besserer Risikoausgleich ist ohne diese Vorlage nicht mehr so schnell zu haben. Ich möchte auch daran erinnern, dass wir mit dieser Vorlage an die Vorlage von 2003 anschliessen, in der gerade die integrierte Versorgung mit Budgetverantwortung und differenzierten Kostenbeteiligungen von 10 und 20 Prozent von SP-Seite, nämlich von der heutigen Bundesrätin Simonetta Sommaruga und dem ehemaligen Nationalrat Jost Gross, eingekauft worden ist.

Ich bitte Sie im Namen der Kommissionsmehrheit, den Anträgen der Einigungskonferenz zuzustimmen und die Vorlage nicht wegen 2,5 Prozent scheitern zu lassen, wegen

2,5 Prozent, welche die linke Seite von den Patienten auf die Prämienzahler verschieben möchte.

Cassis Ignazio (RL, TI), pour la commission: La demande de soins augmente année après année, mais les ressources n'en sont pas moins limitées. Le système de santé doit par conséquent viser un maximum de qualité aux meilleurs coûts.

Contrairement à l'idée reçue selon laquelle, si les coûts baissent, la qualité diminue, nous savons qu'une meilleure qualité de soins fait baisser les coûts. Les réseaux de soins intégrés répondent à la fragmentation du système de soins et à son ultraspecialisation.

En situant le patient au centre du processus et le médecin de famille à son pilotage, le système de réseaux de soins intégrés se veut plus efficient. Il met l'accent sur la coordination entre les différents acteurs sanitaires: hôpitaux, pharmacies, médecins spécialisés et services de soins à domicile. Il confie aux médecins de famille le rôle crucial de porte d'entrée du réseau, ce qui valorise le rôle du médecin de famille, qui actuellement souffre d'un manque de relève.

Bien sûr, il n'est jamais facile de changer quelque chose dans notre système de santé. Toute modification vers l'optimisation est perçue comme une menace; moins d'argent pourrait circuler! Rappelons-nous qu'en décembre 1994 le peuple avait accepté la LAMal à une très courte majorité de 51,8 pour cent. Mais si nous refusons toute innovation parce que nous ne sommes plus prêts à accepter des compromis, nous continuons à nous permettre le luxe de payer les inefficiencies du système, et surtout de le faire avec la carte de crédit de nos enfants.

Sur les trois divergences, la Conférence de conciliation a donc décidé, à l'unanimité, de garantir l'indépendance des fournisseurs de prestations et des réseaux de soins vis-à-vis des caisses-maladie. Pour permettre aux assureurs-maladie qui possèdent déjà aujourd'hui des réseaux de soins ou des cabinets médicaux de se réorganiser, on a inscrit dans la loi une disposition transitoire qui leur donne un délai de cinq ans pour le faire.

Par 17 voix contre 6, la Conférence de conciliation a décidé de ne pas obliger les assureurs à fournir sur tout le territoire suisse des réseaux de soins intégrés et de laisser le système fonctionner avec les incitations financières. De plus, elle laisse au Conseil fédéral la possibilité d'intervenir, si une diffusion sur tout le territoire national avait du mal à se mettre en place.

Finalement, par 18 voix contre 7, la Conférence de conciliation a décidé d'inscrire dans la loi les montants maximaux annuels de 500 et 1000 francs – 500 francs dans les réseaux de soins intégrés et 1000 francs hors de ces réseaux – et des quotes-parts de 10 pour cent jusqu'à un maximum de 500 francs par année et de 15 pour cent jusqu'à un maximum de 1000 francs par année pour ceux qui sont hors des réseaux de soins.

Il tempo delle parole è finito. Ho il piacere di pronunciare le ultime parole di un dibattito durato sette anni. Oggi siamo pronti a decidere e a farlo con coscienza e diligenza malgrado i forti richiami delle sirene elettorali. Sono felice di chiudere questo importante capitolo della politica sanitaria svizzera e vi invito, insieme con la maggioranza della Conferenza di conciliazione, ad approvare questa innovazione equilibrata.

Baettig Dominique (V, JU): Monsieur Cassis, vous avez de nouveau affirmé que le système de réseaux de soins intégrés allait faire baisser les coûts, mais que faites-vous des coûts nécessaires à la coordination? Tout réseau « mange » une part de l'énergie, celle qui est liée aux efforts de coordination et au fait de définir qui est responsable de quoi. Ne pensez-vous pas qu'au contraire, les coûts de la santé augmenteront parce que se rajouteront un certain nombre de coûts de coordination et de fonctionnement?

Cassis Ignazio (RL, TI), per la commissione: Caro collega Baettig, i costi del coordinamento del sistema sono certamente



mente da contabilizzare, ma un sistema scoordinato – glielo posso assicurare – costa molto di più che un sistema coordinato.

**Abstimmung – Vote
(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/6297)**

Für den Antrag der Mehrheit ... 111 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit ... 39 Stimmen

09.057

Förderung der Hochschulen und Koordination im schweizerischen Hochschulbereich

Aide aux hautes écoles et coordination dans le domaine suisse des hautes écoles

Differenzen – Divergences

Botschaft des Bundesrates 29.05.09 (BBI 2009 4561)
Message du Conseil fédéral 29.05.09 (FF 2009 4067)
Ständerat/Conseil des Etats 30.09.10 (Erstrat – Premier Conseil)
Nationalrat/Conseil national 14.06.11 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 16.06.11 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 16.06.11 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 13.09.11 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 22.09.11 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 29.09.11 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)
Nationalrat/Conseil national 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)
Text des Erlasses (BBI 2011 7455)
Texte de l'acte législatif (FF 2011 6863)

**Bundesgesetz über die Förderung der Hochschulen und die Koordination im schweizerischen Hochschulbereich
Loi fédérale sur l'encouragement des hautes écoles et la coordination dans le domaine suisse des hautes écoles**

Art. 1

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständерates

Antrag der Minderheit

(Pfister Theophil, Freysinger, Glauser, Malama, Müri, Perrinjaquet, Schenk Simon, Wasserfallen)
Festhalten

Art. 1

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Pfister Theophil, Freysinger, Glauser, Malama, Müri, Perrinjaquet, Schenk Simon, Wasserfallen)
Maintenir

Pfister Theophil (V, SG): Ich spreche zum Minderheitsantrag zu Artikel 1 HFKG. Mit diesem Gesetz werden die zwei massgebenden gesetzlichen Grundlagen im Hochschulbereich, nämlich das Hochschulförderungsgesetz (HFG), und das Fachhochschulgesetz (FHG) ausser Kraft gesetzt. Es werden also für die Hochschulen, ausgenommen die ETH, absolut neue Grundlagen gelegt, die nicht nur im Rat, sondern auch bei den kantonalen Hochschulen und in der Wirtschaft umstritten sind. Die Minderheit möchte diese totale Zentralisierung der Hochschulen relativieren und die bewährte Lösung gemäss heutigem HFG so weit wie möglich

beibehalten. Ich beantrage Festhalten an der Lösung des Nationalrates.

Bei Artikel 1, dem Zweckartikel, geht es darum, den Inhalt des Gesetzes und die Absichten darzustellen. Konkret heisst es im Entwurf des Bundesrates: «Der Bund sorgt zusammen mit den Kantonen für einen wettbewerbsfähigen und koordinierten gesamtschweizerischen Hochschulbereich ...» Aber: Die Hochschulen sind und bleiben kantonale Hochschulen, und diese stehen in natürlichem Wettbewerb untereinander, sodass die Studierenden die Wahl unter verschiedenen positionierten und verschiedenen profilierten Bildungsanbietern haben. Mit dem HFKG wird dieser Sichtweise allerdings ein Ende gemacht. Es wird eine Hochschulplanung eingerichtet, die der individuellen Ausprägung und Profilierung von Universitäten ein Ende bereitet. Auch ist es weitgehend unklar, wer nun die Verantwortung für den koordinierten gesamtschweizerischen Hochschulraum trägt. Ich verweise auf die oft gemachte Erfahrung, dass gemeinsame Verantwortung letztlich keine Verantwortung bedeutet. Das gilt ganz besonders bei diesem Gesetz. Der Bund bietet zwar einen finanziellen Anreiz – es ist ein Lockvogel – mit Bedingungen, und die kantonalen Universitäten können unter Aufgabe ihrer Autonomie und Eigenverantwortung darauf spekulieren, dass sie etwas davon haben, aber mehr als Hoffnung ist es nicht. Die Vision dieser Gesetzesrevision ist infolge der viel zu langen Behandlungszeit von der Realität, ich erinnere insbesondere an die Mobilität der Studierenden, überholt worden. Heute stehen wir vor der Frage, wie weit internationale Koordination den Erfolg unserer Universitäten sichern und wie weit das enge Korsett einer europäisch geprägten, humboldtschen Hochschule verlassen werden kann. Dazu sind mutige Entscheidungen der Trägerschaften, der verantwortlichen Kantone, erforderlich. Eine schweizweite zentrale Steuerung behindert eine solche innovative Weiterentwicklung. Dieses Gesetz soll nun nicht nach dem Motto «Augen zu und durch» mit allen Mängeln durchgezogen werden. Es wäre wichtig, zumindest im Zweckartikel einen kleinen Rest von Wettbewerb unter den Hochschulen, wie er bis heute im Universitätsförderungsgesetz (UFG) verankert war, beizubehalten.

Ich bitte Sie namens der Minderheit, an der Version unseres Rates festzuhalten und damit den Rest eines Autonomiedankens im Gesetz zu belassen.

Füglsteller Lieni (V, AG): Kollege Theophil Pfister hat die Position der Minderheit zu diesem Zweckartikel ausführlich dargelegt. Die SVP-Fraktion unterstützt diese Minderheit. Sie ist der Ansicht, dass die Version des Nationalrates weitsichtiger ist und der künftigen Entwicklung im Hochschulbereich besser Rechnung trägt. Wir wollen die Wettbewerbsfähigkeit nicht nur auf den gesamtschweizerischen Hochschulbereich beziehen. Wir wollen Hochschulen, welche auch im internationalen Wettbewerb bestehen können. Deshalb braucht es lediglich Rahmenbedingungen, welche eine weitestgehende Autonomie der Hochschulen gewährleisten. Das kam auch in der ständeräätlichen Kommission, die ja eine nur sehr knappe Entscheidung getroffen hat, zum Ausdruck. Unserer Meinung nach macht man mit der Version des Ständersates keinen Schritt nach vorne; im Gegenteil, man zementiert quasi den Status quo und verkompliziert das Ganze noch mit zusätzlichen Organen und teilweise auch mit unzweckmässigen Abläufen.

Deshalb bitte ich Sie namens der SVP-Fraktion, an der Version unseres Rates festzuhalten und die Minderheit Pfister Theophil zu unterstützen.

Gilli Yvonne (G, SG): Die grüne Fraktion unterstützt die Version des Ständersates und lehnt den Antrag der Minderheit Pfister Theophil ab. Wir sind der Meinung, dass es doch eine wesentliche inhaltliche Differenz gibt und dass es klar eine Aufgabe des Bundes ist, die Koordination, die Qualität und die Wettbewerbsfähigkeit des gesamtschweizerischen Hochschulbereichs zu regeln. Die Wortwahl der Minderheit schwächt diese klare Aufgabenzuteilung deutlich ab. Zusätz-

