

Botschaft
des Bundesrates an die Bundesversammlung
zum Entwurf betreffend die Änderung der Bundesverfassung auf dem
Gebiete der Kranken-, Unfall- und Mutterschaftsversicherung
und
Bericht zum Volksbegehren für die soziale Krankenversicherung
(Vom 19. März 1973)

Sehr geehrter Herr Präsident,
sehr geehrte Damen und Herren,

Wir unterbreiten Ihnen hiermit den Entwurf einer neuen Verfassungsbestimmung über die Kranken-, Unfall- und Mutterschaftsversicherung (neuer Art. 34^{bis}) sowie unsern Bericht zum Volksbegehren für die soziale Krankenversicherung, das von der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz am 31. März 1970 eingereicht wurde.

1 Übersicht

Die Kranken- und Unfallversicherung ist der älteste Zweig der bundesrechtlich geordneten Sozialversicherung. Der Verfassungsartikel (Art. 34^{bis}) stammt aus dem Jahre 1890 und gibt dem Bund eine umfassende Kompetenz, die Kranken- und Unfallversicherung einzurichten und sie allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch zu erklären. Das darauf fussende Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) hat bisher in seinem Grundkonzept keine Änderung erfahren. Die Krankenversicherung ist seit Anbeginn eine bundesrechtlich freiwillige, durch Subventionen geförderte Individualversicherung mit Pflege- und Geldleistungen; die obligatorische, von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragene Unfallversicherung schützt seit ihrer Einführung einen Teil der Arbeitnehmerschaft gegen die Folgen von Betriebs- und Nichtbetriebsunfällen. Vor allem die aussergewöhnliche Steigerung der Krankenpflegekosten und die Entwicklung der übrigen Zweige der Sozialversicherung gaben in den letzten Jahren Anlass zu verschiedenen parlamentarischen Vorstössen, Eingaben von politischen Parteien und Verbänden sowie zu zahlreichen Publikationen, in denen namentlich eine grundlegende Änderung der Krankenversicherung, aber auch eine Erweiterung der obligatorischen Unfallversicherung verlangt wurde.

¹ Am 31. März 1970 reichte die Sozialdemokratische Partei der Schweiz ein Volksbegehren für die soziale Krankenversicherung ein, die sich zum Ziel setzt, die verfassungsmässige Grundlage für eine obligatorische und lohnprozentual finanzierte allgemeine Krankenpflege- und Krankengeldversicherung sowie für eine alle Arbeitnehmer umfassende Unfallversicherung zu schaffen.

Das Eidgenössische Departement des Innern hatte schon im Jahre 1967 eine Expertenkommission für die Revision der Unfallversicherung und im Jahre 1969 eine Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung bestellt. Nach Einreichung der Initiative wurde in Aussicht genommen, ihr einen Gegenentwurf auf Gesetzesstufe, nämlich vorerst ein Gesetz über die Krankenversicherung und später ein solches über die Unfallversicherung, gegenüberzustellen. Der Bericht der Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung, der die Grundlage für das erste Gesetzeswerk hätte bilden sollen und der eine obligatorische Spitalversicherung, eine bundesrechtlich freiwillige Versicherung der allgemeinen Krankenpflege und eine obligatorische Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer vorsah, fand jedoch im Vernehmlassungsverfahren eine derart geteilte Aufnahme, dass wir zur Überzeugung gelangt sind, dem Stimmbürger sei ein Gegenentwurf auf Verfassungsebene zu unterbreiten.

Die vorliegende Botschaft besteht aus drei Teilen. Der erste Teil befasst sich mit den geltenden Verfassungsbestimmungen, stellt die Gesetzgebung über die Kranken- und Unfallversicherung sowie die Entwicklung dieser Versicherungszweige dar und berichtet über die Revisionsarbeiten. Den zweiten Teil bildet unser Bericht über das Volksbegehren der Sozialdemokratischen Partei. Er zeigt die Gründe auf, weshalb wir der Auffassung sind, die Initiative sei zur Verwerfung zu empfehlen. Im dritten Teil erläutern wir den Gegenentwurf, den wir dem Volksbegehren gegenüberzustellen vorschlagen. Dieser Gegenentwurf beruht auf dem Konzept einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Heilanstaltsbehandlungen und ähnliche aufwendige Untersuchungen und Behandlungen (Grossrisikoversicherung), einer bundesrechtlich freiwilligen Versicherung für andere Untersuchungen und Behandlungen, ferner einer obligatorischen Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer und einer umfassenden obligatorischen Unfallversicherung für Arbeitnehmer. Dem Bund sollen zudem Mittel in die Hand gegeben werden, um für eine wirtschaftliche Durchführung der Versicherung zu sorgen, eine gesamtschweizerische Spitalplanung sowie die Bemühungen der Kantone um eine ausreichende ärztliche Versorgung zu fördern und Vorkehrungen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen zu treffen.

2 Erster Teil: Allgemeines

21 Die geltenden Verfassungsbestimmungen

Die Verfassungsgrundlage für die Kranken- und Unfallversicherung bildet der Artikel 34^{bis}, für die Mutterschaftsversicherung der Artikel 34^{quinquies} Absatz 4 BV. Diese Bestimmungen lauten wie folgt:

Art. 34^{bis}

¹ Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung einrichten, unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen.

² Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären.

Art. 34^{quinquies} Abs. 4

⁴ Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Mutterschaftsversicherung einrichten. Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären, und es dürfen auch Personen, die nicht in den Genuss der Versicherungsleistungen kommen können, zu Beiträgen verpflichtet werden. Die finanziellen Leistungen des Bundes können von angemessenen Leistungen der Kantone abhängig gemacht werden.

Artikel 34^{bis} geht auf eine Botschaft aus dem Jahre 1889 (BBl 1889 IV 825) zurück, worin der Bundesrat den eidgenössischen Räten den Entwurf zu einer Verfassungsbestimmung vorschlug, die den Bund ermächtigen sollte, vor allem die obligatorische Unfallversicherung einzuführen, gleichzeitig aber auch «über die Krankenversicherung gesetzliche Bestimmungen zu treffen und für sämtliche Lohnarbeiter den Beitritt zu einem Krankenkassenverband verbindlich zu erklären». Im Nationalrat fand man diesen Text zu unbestimmt: Der Bund müsse nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet werden, die Kranken- und die Unfallversicherung einzurichten. In diesem Sinne wurde der Verfassungstext verdeutlicht, vom Parlament beschlossen und in der Volksabstimmung vom 26. Oktober 1890 mit 283 228 gegen 92 200 Einzelstimmen und 20½ gegen 1½ Ständesstimmen angenommen.

Artikel 34^{quinquies} Absatz 4 bildet die Verfassungsgrundlage für die bundesrechtliche Einrichtung der Mutterschaftsversicherung. Diese Bestimmung wurde wie der ganze Familienschutz-Artikel im Anschluss an das Volksbegehren «Für die Familie» (vgl. Bericht des Bundesrates hiezu BBl 1944 I 865 ff.) am 25. November 1945 von Volk und Ständen mit grossem Mehr angenommen.

22 Die Gesetzgebung über die Kranken- und Unfallversicherung

Schon im Jahre 1891 erteilte das zuständige Departement Nationalrat Forrer den Auftrag, einen Gesetzesentwurf auszuarbeiten. Im Jahre 1896 unterbreitete der Bundesrat dem Parlament die sogenannte Lex Forrer. Diese wurde 1900 als «Bundesgesetz betreffend die Kranken- und Unfallversicherung mit Einschluss der Militärversicherung» zwar vom Nationalrat mit 113 gegen 1 Stimme, bei 12 Enthaltungen und vom Ständerat einstimmig bei 1 Enthaltung angenommen, jedoch in der Volksabstimmung mit 341 714 gegen 148 035 Stimmen verworfen. Das verworfene Gesetz sah im wesentlichen eine obligatorische Krankenversicherung für alle unselbständigerwerbenden Personen vor, deren Jahreseinkommen einen bestimmten Grenzbetrag nicht überstieg. Die Versicherungsleistungen bestanden in der Gewährung von Krankenpflege sowie eines Krankengeldes von 60 Prozent des Tagesverdienstes, und zwar während eines Jahres für die einzelne

Krankheit. Ausser den Leistungen im Krankheitsfall war noch ein Sterbegeld vorgesehen. Die Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung sollte durch Prämien erfolgen, die 4 Prozent des Lohnes nicht übersteigen durften, sowie durch Beiträge des Bundes in der Höhe von 1 Rappen für jedes Mitglied auf den Tag der Mitgliedschaft gerechnet. Die Prämien sollten beim Arbeitgeber erhoben und von ihm zur Hälfte am Lohn des Versicherten abgezogen werden. Die obligatorische Unfallversicherung hätte den gleichen Personenkreis umfasst wie die Krankenversicherung, und auch die Leistungen wären bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit die nämlichen gewesen wie in der Krankenversicherung. Bei Invalidität war eine Rente von höchstens 60 Prozent des Lohnausfalles vorgesehen, im Todesfall, neben einem Sterbegeld, eine Hinterlassenenrente, deren Höhe sich nach dem Verwandtschaftsgrad richtete, deren Gesamtsumme aber 50 Prozent des Jahresverdienstes nicht übersteigen durfte. Die Prämien der Unfallversicherung wären zu $\frac{1}{5}$ vom Bund bezahlt worden, während der Rest beim Arbeitgeber erhoben werden sollte, der seinerseits $\frac{1}{4}$ der Prämie vom Lohn des Versicherten hätte abziehen dürfen. Die Identität der versicherungspflichtigen Personen in der Kranken- wie in der Unfallversicherung hätte erlaubt, die Leistung von Krankenpflege und Krankengeld während der ersten 6 Wochen von Unfallkrankheiten den Krankenkassen zu übertragen.

Trotz der Verwerfung der ersten Vorlage über die Kranken- und Unfallversicherung wurden die gesetzgeberischen Vorarbeiten auf diesem Gebiet bald wieder aufgenommen. hatte doch der Gedanke einer Verbesserung der bestehenden Unfallgesetzgebung und einer Förderung der Krankenversicherung durch den Bund eine weite Verbreitung erfahren. Im Jahre 1906 legte der Bundesrat dem Parlament einen neuen Gesetzesentwurf vor (BBl 1906 VI 229 ff.), der für die Unfallversicherung weitgehend die Lex Forrer übernahm, für die Krankenversicherung dagegen die Förderung des Krankenkassenwesens durch Bundesbeiträge vorsah. Dieser Entwurf wurde in den Jahren 1908–1911 von den Räten einlässlich behandelt. Gegen das neue Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) wurde zwar wiederum das Referendum ergriffen; nach einem heftigen Abstimmungskampf wurde es aber im Jahre 1912 mit knappem Mehr angenommen. Das Konzept entsprach der heute noch geltenden Ordnung:

Auf dem Gebiet der Krankenversicherung verzichtet der Bund auf ein eigenes Versicherungsobligatorium, ermächtigt dagegen die Kantone bzw. die Gemeinden, die Versicherung als obligatorisch zu erklären. Die Krankenkassen werden unter bestimmten Voraussetzungen anerkannt und vom Bund subventioniert; sie haben bestimmte Pflichtleistungen (Krankenpflege und/oder Krankengeld) während einer gewissen Mindestdauer zu erbringen. Die Finanzierung beruht auf Mitgliederbeiträgen und fixen Bundessubventionen. Den Kantonen ist es untersagt, Arbeitgeberbeiträge als obligatorisch zu erklären.

Während rund 50 Jahren blieb diese als vorläufig gedachte gesetzliche Ordnung – abgesehen von verschiedenen Bundesbeschlüssen über die Erhöhung der Subventionsansätze – unverändert. Wohl wurden verschiedentlich Vorstösse für

eine Neuordnung unternommen. So beauftragte der Bundesrat in den Jahren 1921, 1947 und 1952 Expertenkommissionen mit der Prüfung der Frage einer Gesetzesrevision. Die Expertenvorschläge blieben aber ohne Folge. Erst im Jahre 1961 unterbreitete der Bundesrat den eidgenössischen Räten den Vorschlag für eine Teilrevision der Krankenversicherung (BBl 1961 I 1417 ff.). Diese Revisionsvorlage beschränkte sich im wesentlichen darauf, den Beitritt zur Krankenversicherung zu erleichtern, die Pflichtleistungen der Krankenkassen dem medizinischen Fortschritt anzupassen, ferner die Subventionen des Bundes zu erhöhen und zu den Leistungen in Beziehung zu setzen, die Rechtspflege neu zu ordnen und schliesslich das Tarifwesen (zu dem eine Ergänzungsbotschaft erschienen war, BBl 1962 II 1265 ff.) eingehender zu regeln. Nach langwierigen parlamentarischen Verhandlungen, bei denen das Arztrecht alle übrigen Probleme in den Schatten stellte, wurde das Bundesgesetz über die Änderung des Ersten Titels des KUVG im März 1964 verabschiedet und trat am 1. Januar 1965 in Kraft. Die Struktur der Krankenversicherung war unverändert. Diese blieb weiterhin eine bundesrechtlich freiwillige, vor allem durch Beiträge der Versicherten und Subventionen des Bundes finanzierte Individualversicherung – und damit ein Unikum in Europa.

Die obligatorische Unfallversicherung bildete im Referendumskampf um das KUVG vom Jahre 1912 das Hauptangriffsziel. Die Gegnerschaft richtete sich einerseits gegen die Schaffung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) als Monopolanstalt, andererseits gegen die Nichterfassung des Kleingewerbes und der Landwirtschaft. Nach dem positiven Ausgang der Volksabstimmung schuf ein Ergänzungsgesetz von 1915 die Grundlage für einen reibungslosen Übergang von der privaten Unfall- und Haftpflichtversicherung zur obligatorischen Unfallversicherung; ferner erhielt der Bundesrat die Ermächtigung, das Versicherungsobligatorium auf weitere Unternehmensarten mit erhöhten Betriebsgefahren sowie auf Regiearbeiten öffentlicher Verwaltungen auszudehnen. Wegen des Ersten Weltkrieges konnte die SUVA den Versicherungsbetrieb erst am 1. April 1918 aufnehmen.

Seither wurden im Unfallversicherungsteil des KUVG keine grundlegenden, jedoch mehrere kleinere Änderungen vorgenommen. So wurde das Maximum des für das Krankengeld und die Renten massgebenden anrechenbaren Verdienstes entsprechend der Lohnentwicklung verschiedentlich heraufgesetzt. Weitere Änderungen betrafen namentlich den Ausbau der Massnahmen zur Verhütung von Berufskrankheiten, die Heraufsetzung des Grenzalters für den Anspruch von Waisenrenten und die Neuordnung der finanziellen Beziehungen zwischen Bund und SUVA. Bedeutsam ist ferner die in einem besonderen Bundesgesetz von 1962 geregelte Ausrichtung von Teuerungszulagen an die Rentner der SUVA.

Versichert sind bei der SUVA die Arbeitnehmer der öffentlichen und privaten Verkehrs- und Transportunternehmen, der industriellen Betriebe, des gesamten Baugewerbes sowie einer Reihe von Gewerbebranchen mit erhöhten Betriebsgefahren. Die Versicherung deckt sowohl die Betriebsunfälle, einschliesslich der vom Bundesrat bezeichneten Berufskrankheiten, als auch die Nichtbetriebsun-

fälle. Die Versicherungsleistungen umfassen insbesondere die Gewährung zeitlich unbeschränkter Krankenpflege, ein Krankengeld von 80 Prozent des versicherten Verdienstes vom dritten Tag nach dem Unfall an sowie die Gewährung einer Invalidenrente von 70 Prozent des versicherten Verdienstes bei gänzlicher Erwerbsunfähigkeit und von Hinterlassenenrenten bei Unfalltod.

Eng mit der Versicherung der Betriebsunfälle verbunden ist von jeher die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten.

23 Die Entwicklung der Kranken- und Unfallversicherung

231 Krankenversicherung

Die Zahl der Versicherten bei den Krankenkassen ist im Laufe der Jahre dauernd gestiegen. Waren im Jahre 1915 14 Prozent der Bevölkerung in irgendeiner Weise gegen Krankheit versichert, so betrug der Anteil der Pflegeversicherten an der Gesamtbevölkerung im Jahre 1945 48 Prozent und im Jahre 1970 89 Prozent (= 5 569 400 Personen). Man kann sich fragen, welche Bevölkerungskreise der Versicherung heute nicht angehören. Verschiedene Indizien weisen darauf hin, dass vor allem ältere Leute nicht für Krankenpflege versichert sind. Im übrigen ist zu beachten, dass die Krankenkassen für bestehende oder früher durchgemachte und zu Rückfällen neigende Krankheiten einen befristeten Vorbehalt anbringen können, so dass Neubetretende mit Gesundheitsschäden zwar versichert werden, aber vorübergehend nicht oder nur beschränkt leistungsberechtigt sind. Von der Möglichkeit, die Versicherung als obligatorisch zu erklären, haben die Kantone und Gemeinden einen sehr unterschiedlichen Gebrauch gemacht. Nach einer groben Schätzung, die von der Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung angestellt wurde, dürften die vielfältigen kantonalen und kommunalen Obligationen für Minderbemittelte, für ausländische Arbeitnehmer, für Schüler und Jugendliche usw. ein gutes Viertel der Pflegeversicherten umfassen.

Was die Entwicklung der Leistungen der Krankenkassen anbelangt, so waren im Jahre 1915 die Krankengeldleistungen gut doppelt so hoch wie die Krankenpflegeleistungen. Damals war die Deckung des Verdienstaufalles bei Krankheit das hauptsächliche Anliegen der an der Krankenversicherung interessierten Kreise, und zahlreiche Krankenkassen, die heute zur Hauptsache Krankenpflegeleistungen erbringen, waren beim Inkrafttreten des KUVG lediglich Taggeldkassen. Erst 1925 übertrafen die Pflegeleistungen die Geldzahlungen. Bis 1945 erhöhte sich der Aufwand in beiden Leistungsgruppen langsam, aber stetig, wobei die Steigerung vor allem durch die Zunahme der Versichertenbestände bedingt war. Ab 1945 stiegen die Krankenpflegekosten steil an, und zwar eindeutig stärker, als es dem Zuwachs der Versicherten entsprochen hätte. Seit dem Zweiten Weltkrieg verzeichnet bekanntlich die Medizin eine starke Entwicklung, die sich in erhöhter Wirksamkeit, aber auch in einer erheblichen Verteuerung der Untersuchungs- und Behandlungskosten ausdrückt. Namentlich die

letzten Jahre zeigen einen beunruhigenden Verlauf der Krankenpflegekosten, für den mit Recht der Ausdruck «Kostenexplosion» geprägt worden ist. Verglichen mit 1960 (= 100) ist der Index der Krankenpflegekosten je Versicherten bis 1970 auf 291 angestiegen; betrachtet man die einzelnen Komponenten, so beträgt der entsprechende Indexstand 1970 für ärztliche Behandlung 239, für Arzneimittel 290 und für die Spalkosten sogar 492. Vergleichsweise sei erwähnt, dass im gleichen Zeitraum der Index der Konsumentenpreise von 100 auf 139, jener der Arbeiterlöhne von 100 auf 202 angestiegen ist. Von den Gesamtausgaben der Krankenkassen im Jahre 1970 von annähernd 2 Milliarden Franken entfielen rund 70 Prozent auf die Krankenpflegeversicherung und rund 15 Prozent auf die Krankengeldversicherung; die restlichen Posten umfassen insbesondere die Verwaltungskosten (rund 9 Prozent).

Finanziert wird die Krankenversicherung von jeher vor allem durch Beiträge und Kostenbeteiligungen der Versicherten und durch Subventionen der öffentlichen Hand; die Arbeitgeber sind – anders als in den übrigen Sozialversicherungswerken – am Finanzaufwand nur in geringem Masse beteiligt. Im Jahre 1970 entfielen von den Gesamteinnahmen der Krankenkassen von etwas über 2 Milliarden Franken rund 67 Prozent auf die Beiträge und 6 Prozent auf die Kostenbeteiligungen der Versicherten, 23 Prozent auf öffentliche Subventionen, 1,5 Prozent auf ausgewiesene Beiträge der Arbeitgeber und der Rest vor allem auf Zinserträge. Die Finanzierung erfolgt nach dem Umlageverfahren. Die Ausgaben einer bestimmten Finanzierungsperiode sind durch die Einnahmen zu decken, werden also zur Hauptsache auf die Versicherten und die öffentlichen Subventionsgeber überwält. Dabei fällt ins Gewicht, dass die Beiträge der Versicherten in der Regel individuelle Fixbeiträge sind, die meist nach Eintrittsalter und Geschlecht, aber nicht nach dem Erwerbseinkommen oder dem Familienstand abgestuft sind; lohnprozentuale Beiträge finden sich praktisch nur in der Krankengeldversicherung. Die Bundessubventionen sind seit 1964 in der Krankenpflegeversicherung zur Hauptsache von den landesdurchschnittlichen Krankenpflegekosten abhängige Kopfbeiträge mit unterschiedlichen Ansätzen für Männer, Frauen und Kinder und in der Krankengeldversicherung fixe Kopfbeiträge. Ein eigentlicher Sozialausgleich fehlt im Finanzierungssystem der Krankenversicherung. Die Kostensteigerungen in der Krankenpflegeversicherung führten in den letzten Jahren zu beträchtlichen Erhöhungen der Versichertenbeiträge. Mit Wirkung ab 1. Januar 1971 wurden zudem im Sinne einer Sofortmassnahme die Ansätze für die Kostenbeteiligung der Versicherten heraufgesetzt. Mit der Erhöhung der durchschnittlichen Pflegekosten sind auch die Leistungen der öffentlichen Hand beträchtlich gestiegen; so hat der Beitrag des Bundes seit 1966 im Durchschnitt jährlich um nahezu 17 Prozent zugenommen.

Die Krankenversicherung wird durch rechtlich und finanziell selbständige Krankenkassen durchgeführt. Die Zahl der Krankenkassen betrug beim Inkrafttreten des KUVG 453, stieg dann stetig an und bewegte sich in den Jahren 1929 bis 1956 um 1150. Seither ist die Zahl der Kassen beträchtlich zurückgegangen, und vor allem in den letzten Jahren ist eine ausgesprochene Konzentrationsbewe-

gung eingetreten. Heute bestehen noch rund 750 anerkannte Krankenkassen. Ihr Versichertenbestand schwankt von Kasse zu Kasse zwischen 15 und über einer Million Mitglieder. Die zwölf grossen Kassen mit über 100 000 Versicherten umfassen zusammen rund zwei Drittel des gesamten Versichertenbestandes.

Für weitere Angaben über die Entwicklung der Krankenversicherung sei auf den Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission vom 11. Februar 1972 für die Neuordnung der Krankenversicherung verwiesen.

232 Unfallversicherung

Seit der Einführung der obligatorischen Unfallversicherung hat sich die Gesamtzahl der unselbständig Erwerbenden nahezu verdoppelt – nämlich von 1 431 866 im Jahre 1920 auf 2 705 273 im Jahre 1970 –, während im gleichen Zeitraum die Zahl der SUVA-Versicherten sich fast verdreifacht hat, also von 604 395 auf 1 731 194 oder von 42 auf 64 Prozent aller unselbständig Erwerbenden angestiegen ist. Die ungleiche Zunahme der unselbständig Erwerbenden einerseits und der SUVA-Versicherten andererseits ist in erster Linie auf den Rückgang der landwirtschaftlichen und kleingewerblichen Arbeitnehmer und die Entwicklung der Industrie zurückzuführen.

Die Versicherungsleistungen der SUVA (einschl. Deckungskapitalien) für die Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle stiegen von 41,4 Millionen Franken im Jahre 1919 auf 891 Millionen Franken im Jahre 1971 an. Im gleichen Zeitraum erhöhte sich der Anteil der Leistungen für Nichtbetriebsunfälle von 19,5 auf 47 Prozent. Während die Prämien für die Versicherung der Betriebsunfälle dank erfolgreicher Unfallverhütungsmassnahmen im Durchschnitt erheblich herabgesetzt werden konnten, mussten die Prämien für die Versicherung der Nichtbetriebsunfälle hauptsächlich infolge der zunehmenden Verkehrs- und Sportrisiken erhöht werden.

Heute sind beinahe zwei Drittel aller Arbeitnehmer von der SUVA für Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle versichert. Ausserdem sind die familienfremden landwirtschaftlichen Arbeitnehmer gemäss Landwirtschaftsgesetz obligatorisch bei privaten Versicherungsgesellschaften und teilweise bei Krankenkassen gegen Betriebsunfälle versichert. Schliesslich schreiben die Kantone Tessin und Genf für praktisch alle übrigen Arbeitnehmer eine Unfallversicherung bei privaten Versicherungsgesellschaften vor, die sowohl die Betriebs- als auch die Nichtbetriebsunfälle zu umfassen hat. Schätzungsweise dürften heute etwas über 90 Prozent aller Arbeitnehmer auf Grund eines Obligatoriums, gestützt auf arbeitsvertragliche Vereinbarungen oder auf freiwilliger Basis gegen Unfall versichert sein. Offen ist jedoch die Frage, wie weit in den nicht auf einem Obligatorium beruhenden Versicherungsverträgen die Deckung der Nichtbetriebsunfälle eingeschlossen ist und welche Höhe die vorgesehenen Versicherungsleistungen erreichen.

24 Vorstösse für eine Änderung der Kranken- und Unfallversicherung

241 Volks- und Standesinitiative

Schon im Oktober 1968 hatte der Kanton Waadt in einer Standesinitiative die Bundesbehörden aufgefordert, die Vorarbeiten für die Einführung einer «assurance maladie généralisée sur le plan fédéral» so bald als möglich an die Hand zu nehmen.

Wie bereits unter Ziffer 1 erwähnt, reichte sodann am 31. März 1970 die Sozialdemokratische Partei der Schweiz eine Volksinitiative für die soziale Krankenversicherung ein, die die Ersetzung der geltenden Bestimmungen der Artikel 34^{bis} und 34^{quinquies} Absatz 4 durch einen neuen Artikel 34^{bis} anstrebt. Wir werden unter Ziffer 3 näher auf dieses Volksbegehren eingehen.

242 Parlamentarische und andere Revisionsbegehren

In einer Reihe von parlamentarischen Vorstössen wurde in letzter Zeit eine Neugestaltung der Kranken- und Unfallversicherung gefordert. Die meisten Interventionen hatten allerdings nicht die verfassungsmässige, sondern die gesetzliche Ordnung zum Gegenstand und werden daher in der vorliegenden Botschaft nicht einzeln aufgeführt, sondern nur summarisch erwähnt.

Auf dem Gebiete der Krankenversicherung erstreben die Vorstösse namentlich die Schaffung einer obligatorischen Versicherung, die Einführung einer Mutterschaftsversicherung und einer Familienversicherung, die besondere Finanzierung der Spitalkosten, die Neugestaltung der Bundesbeiträge, die Einführung obligatorischer Arbeitgeberbeiträge, die Mitwirkung der privaten Versicherungsgesellschaften an der Durchführung der obligatorischen Krankenversicherung, die Aufhebung der Liste der kassenzulässigen pharmazeutischen Spezialitäten (Spezialitätenliste) und den Einbezug der Häftlinge in die Krankenversicherung.

Auf dem Gebiet der Unfallversicherung werden vor allem die Ausdehnung des Versicherungsobligatoriums auf Handel und Gewerbe, der Ausbau der Versicherungsleistungen, die Gleichstellung der Pflegekinder mit den Waisen sowie eine Verstärkung der Massnahmen zur Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten verlangt.

Im übrigen haben verschiedene berufliche und soziale Organisationen, so vor allem der Christlich-nationale Gewerkschaftsbund und der Schweizerische Invalidenverband dem Bundesrat umfassende Vorschläge für eine Neugestaltung der Krankenversicherung unterbreitet. Die Kommission für Altersfragen stellte in ihrem Bericht vom Dezember 1966 fest, dass der Schutz der Betagten gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Unfall ungenügend sei und daher verbessert werden sollte.

Alle diese Vorstösse und Anregungen sind von den Expertenkommissionen (vgl. Abschn. 25) einlässlich geprüft worden.

Erst nach Abschluss des Vernehmlassungsverfahrens zum Bericht der Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung wurden drei Motionen eingereicht, wovon zwei im Nationalrat und eine im Ständerat, die die Verfassungsbestimmung über die Kranken- und Unfallversicherung zum Gegenstand haben, nämlich:

- 11 427 Motion Blatti betr. Krankenversicherung vom 4. Oktober 1972
- 11 514 Motion Hofmann betr. Ausbau Krankenversicherung vom 14. Dezember 1972
- 11 530 Motion Naegeli betr. Gesundheitsvorsorge/Versicherung vom 20. Dezember 1972

Diese drei Motionen sind im Parlament noch nicht behandelt worden. Wir werden in den Abschnitten 41 und 422 dazu Stellung nehmen.

25 Die Revisionsarbeiten auf Expertenebene

Bei der Beantwortung einer Interpellation Trottmann in der Sommersession 1967 erklärte sich der Bundesrat bereit, durch ein Rundschreiben an die Kantonsregierungen und an die interessierten Verbände untersuchen zu lassen, ob eine Totalrevision der Krankenversicherung wünschbar sei. Diese Umfrage erging Ende Dezember 1967. Im Vordergrund stand dabei die Frage, ob der Zeitpunkt für eine umfassende Neuordnung der Krankenversicherung für gekommen erachtet werde. Für den Fall der Bejahung dieser Frage wurden die Angefragten um ihre Meinung zu einer Reihe weiterer Vorschläge, insbesondere zu einem allfälligen Bundesobligatorium und zur Frage einer Vereinheitlichung des Tarifwesens, ersucht. In den Antworten auf diese Umfrage wurde die Revisionsbedürftigkeit der Krankenversicherung überwiegend bejaht und – mit unterschiedlicher Gewichtung – wie folgt begründet: Kostenexplosion seit 1965, ungenügende bzw. unzweckmässige Finanzierung, Fehlen eines wenigstens teilweisen Bundesobligatoriums, ungenügender Versicherungsschutz gegen grosse Risiken (Spitalbehandlung, Alterskrankheiten), Schwerfälligkeit der Organisation und des Tarifwesens, mangelnde Koordination mit andern Sozialversicherungszweigen. Unter diesen Umständen sei es nötig, die einzelnen Probleme durch eine Expertenkommission studieren zu lassen.

Daraufhin bestellte das Eidgenössische Departement des Innern im Februar 1969 eine 50köpfige Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung mit dem Auftrag, die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung zu analysieren und alle Fragen, die sich im Hinblick auf eine Neugestaltung der Krankenversicherung stellen, zu prüfen und ihm zuhänden des Bundesrates darüber Bericht zu erstatten. Über die Ergebnisse der Expertenberatungen berichten wir in Abschnitt 26.

Die Revision der obligatorischen Unfallversicherung wurde mit der Einsetzung der entsprechenden Expertenkommission im Januar 1967 durch das Departement des Innern eingeleitet. Deren Arbeiten erfuhren in den Jahren 1970 und 1971 einen Unterbruch, weil im Interesse der zu erstrebenden Koordination mit

den Leistungen der andern Sozialversicherungszweige abgewartet werden musste, bis insbesondere die künftigen Leistungen der AHV und IV bekannt waren. Im Jahre 1972 konnte die Expertenkommission ihre Arbeiten soweit vorantreiben, dass voraussichtlich im Sommer 1973 ihr Bericht ins Vernehmlassungsverfahren gelangen wird.

26 Der Bericht der Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung

Die Expertenkommission hat in vier Plenarsitzungen und in zahlreichen Sitzungen ihrer Subkommissionen und Arbeitsgruppen zunächst im Sinne von Sofortmassnahmen Vorschläge für die Neuordnung des Finanzierungsverfahrens und der Kostenbeteiligung der Versicherten ausgearbeitet und sodann ein Konzept für die Neuordnung der Krankenversicherung entwickelt, das in der Folge als «Flimser Modell» bezeichnet wurde. Der Expertenbericht und die zugehörigen Grundsätze wurden am 18. April 1972 veröffentlicht. Gleichzeitig wurde er den Kantonsregierungen, den politischen Parteien und den interessierten Organisationen zur Vernehmlassung unterbreitet.

261 Wichtigste Änderungsvorschläge

Im Bericht wird den Vorschlägen der Expertenkommission vorausgeschickt, dass die künftige Krankenversicherung in ihren Grundlinien auf eidgenössischer Ebene zu ordnen sei und dass die Neuordnung gleichermassen dem Stand und den stets wachsenden Kosten des Gesundheitswesens sowie der wirtschaftlichen Lage und den sozialen Bedürfnissen unserer Bevölkerung Rechnung zu tragen habe. Der Bevölkerung müsse vor allem für schwere und wirtschaftlich bedrohliche Risiken ein umfassender Versicherungsschutz gewährt werden, wogegen für kleinere Risiken am bisherigen System der bundesrechtlich freiwilligen Versicherung festgehalten werden könne.

In diesem Sinne schlägt die Kommission vor, als finanziell selbsttragenden Teil der Krankenpflegeversicherung eine allgemeine obligatorische Spitalversicherung zu schaffen. Diese hätte zwei Komponenten zu umfassen: die Versicherung der Spitalbehandlung und die Spitalsubventionen. Die Versicherung der Spitalbehandlung soll den in der Schweiz wohnhaften oder erwerbstätigen Personen bei Krankheit, Mutterschaft und gegebenenfalls bei Unfall zeitlich unbeschränkten Schutz bieten. In die Spitalversicherung wären ebenfalls stunden- oder tageweise Heilanstaltsbehandlungen (partielle Heilanstaltsaufenthalte) einzubeziehen, sofern sie nach Methode und Dauer der Behandlung einer stationären Behandlung gleichkommen, also in der Praxis des selbständigen Arztes nicht durchführbar sind. Den Versicherten würden bei Heilanstaltsaufenthalt in der allgemeinen Abteilung – mit Ausnahme eines Kostenanteils in der Höhe der ersten fünf Tagespauschalen und eines bescheidenen täglichen Anteils an den Verpflegungskosten – keine Kosten erwachsen. Den Patienten der Halbprivat- oder Privatab-

teilung würde die Pauschale der allgemeinen Abteilung desselben oder eines vergleichbaren Spitals vergütet. Die Tagespauschale würde für jede Heilanstaltskategorie einheitlich nach dem bereinigten Personalaufwand und allenfalls weiteren Aufwendungen bemessen und dürfte nicht mehr als 70 Prozent des gesamten Betriebsaufwandes betragen. Die Spitalversicherung würde im Interesse eines besseren Sozialausgleichs nicht durch feste Beiträge, sondern durch einen Zuschlag zum AHV/IV/EO-Beitrag in der Höhe von 1,8 bis 2 Lohnprozenten finanziert; von den Altersrentnern der AHV wäre ein Beitrag von 2 Prozent ihrer Rente zu erheben. Zur Förderung einer sachgerechten Spitalplanung sollen Spitalsubventionen gewährt werden für den Bau, den Ausbau oder die Einrichtung von allgemeinen Abteilungen in jenen Spitälern, die sich dem von der Versicherung angewandten System der Tagespauschalen anschliessen und den Erfordernissen der Spitalplanung entsprechen. Die Subventionen würden aus allgemeinen Bundesmitteln finanziert.

Im Gegensatz zur obligatorischen Spitalversicherung soll die Versicherung der übrigen Krankenpflege (einschl. Leistungen bei Mutterschaft und gegebenenfalls bei Unfall) nach Auffassung der Kommission von Bundes wegen wie bisher den Charakter einer freiwilligen Individualversicherung behalten. Sie bestände aus drei Teilen: der allgemeinen Krankenpflegeversicherung und – neu – der Zahnbehandlungskostenversicherung, beide mit gesetzlichen Mindestleistungen, sowie den Zusatzversicherungen, in deren Ausgestaltung die Kassen frei wären.

Den Kantonen und Gemeinden soll es weiterhin vorbehalten bleiben, die allgemeine Krankenpflegeversicherung für die ganze Bevölkerung oder für einzelne Bevölkerungsgruppen als obligatorisch zu erklären. Die Versicherung soll im übrigen den Betagten sowie den aus dem Ausland zurückkehrenden Schweizerbürgern zu erleichterten Bedingungen offenstehen. Sie würde im wesentlichen die Versicherung der ambulanten Behandlung sowie bei Spitalbehandlung die Spitalpauschale für die ersten fünf Tage je Einweisung umfassen. Die Pflegeleistungen sollten ergänzt werden durch individuelle prophylaktische Leistungen (regelmässige Vorsorgeuntersuchungen), durch zahnchirurgische und verwandte Leistungen und einige weitere Sonderleistungen (z.B. Transportkosten im Notfall).

Die Krankenkassen hätten ferner – als grundsätzliche Neuerung – eine besondere freiwillige Zahnbehandlungskostenversicherung einzurichten, die gesetzlich umschriebene Mindestleistungen für konservierende Zahnbehandlungen und für Zahnprothetik zu übernehmen hätte.

Finanziert würde die bundesrechtlich freiwillige Krankenpflegeversicherung wie bisher im allgemeinen durch individuelle Fixbeiträge und Kostenbeteiligungen der Versicherten und durch Subventionen von Bund und Kantonen. Die Subventionen sollen jedoch – im Gegensatz zu heute – nicht allgemein, sondern gezielt zugunsten der Frauen, Kinder und der wirtschaftlich schwachen Versicherten ausgerichtet werden und dadurch deren Beitragslast tragbar gestalten. Als Korrelat zu einer sozialeren Lastenverteilung strebt die Kommission eine gewisse Kostenbremsung an. So soll die Beteiligung des Versicherten an den Kosten der

ambulanten Behandlung erweitert und damit einer allzu grossen Konsumfreudigkeit entgegengewirkt werden.

Als weitere Neuerung schlägt die Kommission eine obligatorische Krankengeldversicherung für alle Arbeitnehmer und allenfalls für bestimmte Gruppen Selbständigerwerbender bei Krankheit, Mutterschaft und gegebenenfalls bei Unfall vor. Dabei wären für Arbeitnehmer Leistungen in der Höhe des SUVA-Krankengeldes anschliessend an die Lohnfortzahlung, d. h. vom 31. Tag an, vorzusehen. Finanziert würde diese Versicherung je hälftig durch Beiträge der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer.

Die Grundlagen des Arztrechts (freie Arztwahl, Behandlungsfreiheit, primär vertragliche Tariffestsetzung) sollen unverändert bleiben. Im Bereich des Tarifwesens sollen dagegen die Vergütungen der Ärzte und der Zahnärzte wie bei den übrigen Medizinalberufen durch Verträge auf Bundesebene festgelegt werden, und zwar in Anlehnung an die bestehenden Regelungen der SUVA, Militärversicherung und Invalidenversicherung. Bei einem allgemeinen vertragslosen Zustand würde der Bundesrat nach Anhören der Parteien und einer eidgenössischen Einigungsinstanz die Höchstbeträge festsetzen, bis zu denen den Versicherten die Behandlungskosten rückzuvergüten sind (Rückerstattungstarif), wobei die Honorarforderungen der Ärzte für die Behandlung von Versicherten der unteren und mittleren Einkommensklassen durch Kassenleistungen nach den Ansätzen des Rückerstattungstarifs als getilgt zu betrachten wären.

Die Durchführung der Krankenversicherung soll weiterhin den Krankenkassen obliegen; die Mitwirkung der Privatassekuranz namentlich in der Krankengeldversicherung wäre näher zu ordnen. Schliesslich soll die Koordination mit andern Sozialversicherungszweigen verbessert werden.

Der Gesamtaufwand der sozialen Krankenversicherung (Spitalversicherung, allgemeine Krankenpflegeversicherung, Krankengeldversicherung) nach der Neuordnung wird von der Expertenkommission auf 5,24 Milliarden Franken geschätzt; davon würden 3,24 Milliarden zu Lasten der Versicherten, 1,15 Milliarden zu Lasten der Arbeitgeber und 0,85 Milliarden zu Lasten der öffentlichen Hand gehen.

Für weitere Einzelheiten sei auf den Bericht der Expertenkommission vom 11. Februar 1972 verwiesen.

262 Stellungnahmen zum Expertenbericht

Die Veröffentlichung des Expertenberichts gab Anlass zu regen Diskussionen über die Neuordnung der Krankenversicherung. Von verschiedenen Kreisen wurden besondere Modelle für eine neue Krankenversicherungsordnung ausgearbeitet und den Bundesbehörden unterbreitet. So hat eine Gruppe von Berner Ärzten und Krankenkassen (Aktionsgemeinschaft für eine wirklich soziale Krankenversicherung) ein als «Modell 72» bezeichnetes Projekt vorgelegt, ferner hat eine Solothurner Gruppe KUVG unter dem Titel «Staatsmedizin Ja oder Nein?» einen «neuen Weg für eine soziale Krankenversicherung» aufgezeigt und die

Grütli-Krankenversicherung ein eigenes Revisions-Modell entwickelt. Allen drei Modellen gemeinsam ist die Ablehnung eines Bundesobligatoriums und einer auch nur teilweisen lohnprozentualen Finanzierung der Krankenversicherung. Der Sozialausgleich soll durch vermehrte Heranziehung und gezielten Einsatz öffentlicher Mittel herbeigeführt werden, die nach dem «Modell 72» und dem «Modell Grütli» teilweise durch Sondersteuern (Steuer auf gesundheitsschädigenden Waren, Lohnvolumenabgabe) zu beschaffen wären; die Versicherten wären nach dem «Modell 72» und dem Solothurner Modell nach ihrem steuerbaren Einkommen in Klassen einzuteilen und würden entsprechend abgestufte Prämienbeiträge erhalten. Nach dem «Modell 72» sollen zudem bestimmte, für Familien besonders belastende Risiken (Frauen, Kinder) auf die ganze Risikogemeinschaft umgelegt werden. Hinsichtlich der Leistungen übernehmen das «Modell 72» und das «Modell Grütli» weitgehend die Vorschläge der Expertenkommission, wogegen sich das Solothurner Modell im wesentlichen auf die Schaffung einer Spitaltaggeldversicherung beschränkt.

Ein grundlegend anderes Revisionskonzept hat das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen ausgearbeitet. Danach soll die Krankenpflegeversicherung allgemein als obligatorisch erklärt und zur Hälfte durch Lohnprozente, zu 20 Prozent durch Fixbeiträge der Versicherten nach gleichen Ansätzen für Männer und Frauen, zu 10 Prozent durch Kostenbeteiligungen und für den Rest durch Beiträge der öffentlichen Hand finanziert werden. Für die Ausgestaltung der Leistungen und der Krankengeldversicherung übernimmt dieses Modell im wesentlichen die Vorschläge der Expertenkommission. Das Konkordat hat zusammen mit der Fédération des Sociétés de secours mutuels de la Suisse romande und der Federazione ticinese delle Casse-malati am 15. September 1972 eine Petition an die Bundesbehörden gerichtet und darin um die Verwirklichung folgender Postulate ersucht:

- Solidarischer Versicherungsschutz für alle
- Weiterer Ausbau der Leistungen
- Solidarische Finanzierung durch alle
- Schluss mit der Diskriminierung der Frauen
- Praktizierter Familienschutz
- Gesichertes Einkommen bei Krankheit
- Freie Wahl von Arzt und Krankenkasse

Die Petition trug nach Angabe der Petenten 599 134 Unterschriften.

Im Vernehmlassungsverfahren, das am 18. April 1972 eingeleitet und Ende August 1972 abgeschlossen wurde, äusserten sich Kantone, politische Parteien, Wirtschaftsverbände und an der Krankenversicherung interessierte Organisationen zum Bericht der Expertenkommission. Von den 103 eingegangenen Vernehmlassungen nahmen 33 nur zu Teilaspekten Stellung oder enthielten sich einer eindeutigen Stellungnahme. Die restlichen 70 äusserten sich zu den allgemeinen Fragen der Krankenversicherung. In den grundsätzlichen Belangen, vor allem in der zentralen Frage des Obligatoriums und der Finanzierung der Krankenpflegeversicherung, gingen die Meinungen auseinander. 20 Vernehmlassungen sprachen

sich für den Expertenvorschlag einer obligatorischen Spitalversicherung mit lohnprozentualer Finanzierung aus, 28 für eine vollobligatorische Krankenpflegeversicherung, entweder mit lohnprozentualer Finanzierung oder mit Finanzierung über Lohnprozente und Fixbeiträge, und 22 für eine bundesrechtlich freiwillige Pflegeversicherung mit Neugestaltung der Finanzierung vor allem über Sondersteuern. Eine Sonderauswertung der 53 Vernehmlassungen der Kantone, der politischen Parteien und jener Verbände, die in der Expertenkommission vertreten waren, also der Verbände der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer, der Krankenkassen und der Medizinalpersonen, ferner der Frauenverbände und der grossen sozialen Organisationen, zeigte ungefähr das gleiche Bild: 16 Vernehmlassungen sprachen sich für das «Flimser Modell» aus, 19 für ein Vollobligatorium und 18 für eine bundesrechtlich freiwillige Krankenpflegeversicherung.

Von den Kantonen nahmen 6 für das «Flimser Modell», 7 für ein Vollobligatorium auf Bundesebene und 11 für eine bundesrechtlich freiwillige Krankenpflegeversicherung Stellung. Von den Parteien äusserten sich 2 für das «Flimser Modell», 1 für ein Vollobligatorium und 2 für eine grundlegend freiwillige Pflegeversicherung; 1 Partei gab die Meinung ihrer kantonalen Sektionen bekannt, die untereinander stark auseinander gingen. Von den Arbeitgeberverbänden sprachen sich 3 für das «Flimser Modell» und 2 für eine freiwillige Ordnung aus. Von den Arbeitnehmerverbänden traten 4 für das Vollobligatorium und 1 für eine freiwillige Pflegeversicherung ein. Geteilt waren auch die Meinungen der Medizinalpersonen: 2 Verbände sprachen sich für das Flimser Modell, 2 für eine bundesrechtlich freiwillige Versicherung aus. Demgegenüber setzten sich die Krankenkassenverbände für das oben erwähnte Konzept eines Vollobligatoriums mit teils lohnprozentualer, teils fixer Beitragsleistung ein. Die sozialpolitischen Organisationen traten entweder für das Flimser Modell oder für ein Vollobligatorium ein, nicht dagegen für die grundsätzliche Weiterführung der heutigen Ordnung. Auf die Begründung der verschiedenen Standpunkte soll hier nicht eingegangen werden; es sei lediglich festgehalten, dass sich die Gegner des Flimser Modells in der Ablehnung einer Aufspaltung der Krankenpflegeversicherung finden und dass sie befürchten, der Expertenvorschlag würde zu einer erhöhten Inanspruchnahme der kostspieligen Spitalmedizin führen. Überhaupt wird sehr oft verlangt, dass die Kostensteigerung mit allen Mitteln gebremst werden müsse.

Im Gegensatz zum allgemeinen Konzept der Krankenpflegeversicherung fanden die Vorschläge der Expertenkommission über den Leistungsausbau fast einhellige Zustimmung. Lediglich in 4 Vernehmlassungen wird eine Erweiterung des Leistungsbereichs abgelehnt, in den übrigen aber wird namentlich der Ausbau der Spitalleistungen, die Einführung prophylaktischer Massnahmen und zahnärztlicher Leistungen begrüsst. Ebenso fand der Vorschlag einer versicherungsmässigen Besserstellung der Betagten ein positives Echo. In einer grossen Zahl von Vernehmlassungen wurde aus wirtschaftlichen Gründen als Korrelat zu ausgebauten Spitalleistungen eine Leistungserweiterung im Bereich der Hauspflege gefordert: 12 Kantone, 4 Wirtschaftsverbände, je ein Verband der Krankenkassen und der Medizinalpersonen sowie verschiedene soziale Organisationen sprechen

sich dafür aus, dass die Krankenkassen – im Gegensatz zur heutigen Regelung – für die Hauspflege durch Krankenschwestern oder Krankenpfleger auch dann aufkommen sollen, wenn diese nicht selbständig sind, sondern ihre Tätigkeit im Dienste eines Vereins oder einer Gemeinde ausüben.

Zur Frage des Arzttarifes wurde nicht in allen Vernehmlassungen Stellung genommen. Für einen einheitlichen Tarif haben sich 2 Kantone, 2 Parteien und 4 Wirtschaftsverbände, für einen einheitlichen Rahmentarif mit kantonaler Taxpunktbewertung 7 Kantone, 1 Partei und 2 Wirtschaftsverbände und für einen kantonalen oder regionalen Tarif 6 Kantone und 2 Verbände ausgesprochen.

Dem Vorschlag, eine obligatorische Krankengeldversicherung für alle Arbeitnehmer und allenfalls für bestimmte Gruppen Selbständigerwerbender einzuführen, stimmten 11 Kantone, 4 Parteien, 4 Wirtschaftsverbände, die Krankenkassenverbände und eine grosse Zahl sozialpolitischer Organisationen zu. Dagegen nahmen 7 Kantone, 5 Wirtschaftsverbände und ein Verband der Medizinalpersonen Stellung, meist mit der Begründung, dass diese Frage im Bereich des Arbeitsvertragsrechts zu regeln sei.

27 Verfassungs- oder Gesetzesrevision

Im nachfolgenden zweiten Teil werden wir darlegen, weshalb wir der Volksinitiative für die soziale Krankenversicherung nicht zustimmen können. Zwar hatten wir ursprünglich die Absicht, innerhalb der im Geschäftsverkehrsgesetz vorgesehenen und von Ihnen um ein Jahr, d. h. bis Ende März 1973, verlängerten Frist (Art. 27 Abs. 1 und 29 Abs. 3 GvG) nicht nur den Bericht zum Volksbegehren, sondern auch eine Vorlage über die Totalrevision des ersten Titels des KUVG vorzulegen, also der Verfassungsinitiative einen Gegenentwurf auf Gesetzesebene gegenüberzustellen. Dies wäre durchaus möglich gewesen, wenn das Vernehmlassungsverfahren zum Expertenbericht eine weitgehende Übereinstimmung in den grundlegenden Fragen ergeben hätte. Dem war aber, wie gezeigt wurde, nicht so. Wohl haben sich rund zwei Drittel der Vernehmlassungen für ein Obligatorium der ganzen oder eines Teils der Krankenpflegeversicherung auf Bundesebene ausgesprochen und auch eine wenigstens teilweise Finanzierung dieser Versicherung durch Lohnprozente befürwortet, doch bestehen auch zwischen diesen Stellungnahmen wesentliche Unterschiede. Für eine nochmalige Erörterung aller umstrittenen Fragen und die Ausarbeitung eines ausgewogenen Gesetzesentwurfs war die verfügbare Zeit zu kurz. So blieb nur die Möglichkeit, das Volksbegehren entweder ohne Gegenentwurf oder mit einem Gegenvorschlag auf Verfassungsebene dem Parlament und hernach Volk und Ständen zu unterbreiten. Für beide Lösungen hatten sich schon im Vernehmlassungsverfahren zum Expertenbericht Stimmen erhoben.

Um im einzelnen die Meinungen über das weitere Vorgehen zu erforschen, führte der Vorsteher des Departements des Innern in den letzten Monaten mit den Spitzenverbänden der Wirtschaft und den an der Krankenversicherung interessierten Organisationen, mit einer Delegation der kantonalen Sanitäts- und

Finanzdirektoren und mit Vertretern politischer Parteien konsultative Besprechungen. Bei den Verbänden waren die Auffassungen geteilt. Hauptsächlich die Verbände der Arbeitgeber und der Medizinalpersonen traten dafür ein, dass der Volksinitiative für die soziale Krankenversicherung ein Gegenentwurf auf Verfassungsebene gegenübergestellt werde, wogegen die Arbeitnehmerverbände und die Organisationen der Krankenkassen sich überwiegend für die alleinige Vorlage des Volksbegehrens verbunden mit einer Absichtserklärung des Bundesrates und für eine rasche Ausarbeitung eines neuen Krankenversicherungsgesetzes aussprachen. Die Vertreter der kantonalen Sanitäts- und Finanzdirektoren befürworteten einhellig einen Gegenentwurf auf Verfassungsebene. Bei den politischen Parteien, die nicht dem Volksbegehren nahestehen, herrschte ebenfalls die Auffassung vor, dass dem Verfassungsgesetzgeber eine Alternative zur Initiative der Sozialdemokratischen Partei zu unterbreiten sei. Entsprechende Begehren enthalten denn auch die oben erwähnten Motionen Blatti, Naegeli und Hofmann.

Nach sorgfältiger Prüfung aller Argumente hat sich der Bundesrat entschlossen, dem Volksbegehren einen Gegenentwurf auf Verfassungsebene gegenüberzustellen. Zwar liesse die geltende Verfassungsbestimmung dem Bundesgesetzgeber breiten Raum für die Ausgestaltung der Kranken-, Unfall- und Mutterschaftsversicherung, und eine neue Verfassungsnorm wäre nicht Vorbedingung für eine Reform dieser Sozialversicherungszweige. Da jedoch das Volksbegehren ein bestimmtes Reformkonzept in der Verfassung verankern will, scheint es uns notwendig, die von uns als sachgerecht betrachtete Lösung ebenfalls auf Verfassungsebene vorzulegen, damit Parlament, Volk und Stände im gleichen Verfahren zu beiden Vorschlägen Stellung nehmen können. Bei diesem Vorgehen nehmen wir nun allerdings in Kauf, dass die geltende allgemeine Kompetenznorm in der Bundesverfassung durch eine programmatische Bestimmung ersetzt wird; doch wurde dieser Schritt, der letztlich die Folge des im Sozialbereich gerne benützten Verfassungsinitiativrechts ist, erst kürzlich auch auf dem Gebiet der AHV und IV getan. Der gelegentlich gehörte Einwand, dass auf diese Weise die Revision der Krankenversicherung verzögert werde, ist nicht stichhaltig; angesichts der wiederholt erwähnten Meinungsverschiedenheiten wäre auch bei alleiniger Vorlage des Volksbegehrens die Ausarbeitung eines Gegenentwurfs über die Krankenversicherung erst nach der Volksabstimmung sinnvoll gewesen.

Wir nehmen also im folgenden vorerst zum Volksbegehren Stellung und erläutern dann unsern Gegenentwurf.

3 Zweiter Teil:

Bericht über die Volksinitiative für die soziale Krankenversicherung

31 Einleitende Bemerkungen

Die von der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz am 31. März 1970 mit 88 424 gültigen Unterschriften eingereichte Volksinitiative für die soziale Krankenversicherung hat folgenden Wortlaut:

Artikel 34^{bis} und Artikel 34^{quinquies} Absatz 4 der Bundesverfassung sind durch folgende Bestimmungen zu ersetzen:

Art. 34^{bis} (neu)

¹ Der Bund richtet auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Mutterschaftsversicherung sowie die Unfallversicherung ein. Er berücksichtigt die bestehenden Krankenkassen.

² Die Krankenpflegeversicherung einschliesslich Zahnbehandlung ist obligatorisch. Für schwerbelastende sowie langdauernde Krankheiten oder ihnen gleichzustellende nicht im Sinne von Absatz 4 versicherte Unfälle, bei Spitalaufenthalt und für Mutterschaft deckt sie im Rahmen der von der Gesetzgebung zu umschreibenden Grundsätze die gesamten Kosten.

³ Die Erwerbsersatzversicherung ist mindestens für die in Absatz 2 erwähnten Fälle obligatorisch. Sie ist so zu ordnen, dass das Krankengeld wenigstens 80% des vorher bezogenen Einkommens, für Nichterwerbstätige mindestens den Taggeldern der Invalidenversicherung entspricht. Die Grenze des versicherbaren Höchst Einkommens wird durch das Gesetz festgelegt.

⁴ Die Unfallversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund kann das Obligatorium auf weitere Kreise der Bevölkerung ausdehnen.

⁵ Die Finanzierung der Versicherung gemäss Absatz 2 und 3 erfolgt durch Beiträge des Bundes, der Kantone und der Versicherten. Die Prämien sind für Erwerbstätige und ihre Familien in einem Prozentsatz des Erwerbseinkommens festzulegen. Für Arbeitnehmer übernimmt der Arbeitgeber mindestens die Hälfte der Prämien.

⁶ Der Bund und die Versicherungsträger fördern alle Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen.

⁷ Der Bund führt die Koordination mit den übrigen Zweigen der Sozialversicherung herbei.

⁸ Alles übrige regelt die Gesetzgebung.

Massgebend ist der deutsche Text der Initiative. Das Volksbegehren enthält eine Rückzugsklausel.

Die Initiative hätte nach Artikel 27 Absatz 1 des Geschäftsverkehrsgesetzes innerhalb von 3 Jahren, d. h. bis Ende März 1973, von der Bundesversammlung behandelt werden müssen. Diese hat jedoch auf unsern Antrag hin von der im Geschäftsverkehrsgesetz (Art. 29 Abs. 3) vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch gemacht und die Frist zur Beschlussfassung über das Volksbegehren um ein Jahr verlängert. Wir unterbreiten Ihnen daher fristgerecht Bericht und Antrag zur Initiative; die eidgenössischen Räte werden dieses Geschäft bis Ende März 1974 verabschieden müssen.

Die Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung hat sich mit den Auswirkungen des Volksbegehrens befasst. Wir verweisen auf die Seiten 233 ff. des Expertenberichts und werden im folgenden auf einzelne Feststellungen zurückkommen.

32 Die Zielsetzung des Volksbegehrens

Nach den Erläuterungen, die die Initianten in einem Flugblatt gegeben haben, soll mit dem Volksbegehren folgendes erreicht werden:

Die Krankenpflegeversicherung unter Einschluss der Zahnbehandlung wird für jedermann obligatorisch erklärt (ärztliche Behandlung in der Sprechstunde, zu Hause, Spitalaufenthalt, Operationen, Arzneien usw.).

Verfassungsmässig festgelegt wird, dass bei langdauernden sowie finanziell schwer belastenden Krankheiten, bei Spitalaufenthalt (selbstverständlich inklusive die notwendigen Operationen) und bei Mutterschaft die vollen Kosten durch die Versicherung zu decken sind. In diesen Fällen sind also weder Selbstbehalt noch Franchise zulässig.

Der Gesetzgeber hat den massgeblichen Ärzte- und Spitaltarif aufzustellen, da es bei der sozialen Krankenversicherung nicht darum gehen kann, dass sie die Aufwendungen in einem luxuriösen Privatspital ganz übernimmt. Hier hätte der Versicherte für die Kostendifferenzen selbst aufzukommen.

Nicht voll versichert sind die leichteren Krankheiten und natürlich die Bagatellfälle. Hierbei hat die Gesetzgebung die näheren Bestimmungen aufzustellen.

Die Krankengeldversicherung (Erwerbsersatz im Krankheitsfall) wird für die grossen Risiken – wichtig vor allem bei langdauernden Krankheiten und bei Mutterschaft – ebenfalls obligatorisch erklärt. Die Krankengelder müssen mindestens 80 Prozent des vorher bezogenen Einkommens betragen, wobei die Gesetzgebung die Höchstgrenze des versicherbaren Einkommens festlegt. Für Nichterwerbstätige gelten die Ansätze der Taggelder der Invalidenversicherung.

Die Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung wird umgestaltet. Die Prämien sollen in einem Prozentsatz des Lohnes erhoben werden. Damit ist zugleich die ganze Familie versichert. Diese Bestimmungen bringen eine spürbare Entlastung der kleinen Einkommen und der kinderreichen Familien.

Wie das in unsern Nachbarstaaten schon längst üblich ist, werden die Arbeitgeber verpflichtet, mindestens die Hälfte der Krankenversicherungsprämien ihrer Arbeitnehmer zu tragen.

Die Krankenkassen werden als Träger der Versicherung anerkannt.

Ausserdem ist vorgesehen, dass jeder Arbeitnehmer obligatorisch gegen Unfall zu versichern ist. Heute ist das in Betrieben, die der Schweizerischen Unfallversicherung (SUVA) unterstellt sind, der Fall. Zudem sollen alle Massnahmen zugunsten der Verhütung von Krankheiten und Unfällen gefördert und die Krankenversicherung mit den übrigen Zweigen der Sozialversicherung koordiniert werden.

33 Die Beurteilung des Volksbegehrens

331 Allgemeines

Der Initiativtext enthält keine Forderung, die nicht schon auf Grund der geltenden Artikel 34^{bis} und 34^{quinquies} Absatz 4 der Bundesverfassung auf dem Gesetzgebungswege verwirklicht werden könnte, denn diese beiden Bestimmungen räumen dem Bund eine umfassende Gesetzgebungskompetenz auf dem Gebiete der Kranken-, Unfall- und Mutterschaftsversicherung ein. Die Verfassungsinitiative will nun aber die geltenden allgemeinen Kompetenznormen ersetzen durch eine Bestimmung, die den Bundesgesetzgeber auf ein bestimmtes Konzept für die zu schaffende gesetzliche Ordnung verpflichtet. Dass dies verfassungsrechtlich möglich und zulässig ist, steht ausser Zweifel. Da zudem die Kranken-, die Unfall- und die Mutterschaftsversicherung in einem engen rechtlichen und sachlichen Zusammenhang stehen, ist der Grundsatz der Einheit der Verfassungsmaterie gewahrt. Die Gültigkeit des Volksbegehrens ist somit gegeben.

Inhaltlich lehnt sich Absatz 1 des Initiativtextes an die geltenden Artikel 34^{bis} Absatz 1 und 34^{quinquies} Absatz 4 Satz 1 an und gibt dem Bund die Befugnis, auf dem Wege der Gesetzgebung und unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen die Kranken- und Mutterschaftversicherung sowie die Unfallversicherung einzurichten. Die Absätze 2–5 enthalten die Normen für die Ausgestaltung der einzelnen Versicherungszweige, nämlich der Krankenpflegeversicherung (Abs. 2 und 5), der Krankengeldversicherung (Erwerb ersatzversicherung, Abs. 3 und 5) und der Unfallversicherung (Abs. 4). Die Absätze 6–8 enthalten allgemeine Bestimmungen über die Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen, über die Koordination der Sozialversicherungszweige und über die Gesetzgebungsbefugnis.

Wir nehmen zu den Vorschlägen für die Ausgestaltung der einzelnen Versicherungszweige und zu den übrigen Bestimmungen wie folgt Stellung.

332 Krankenpflegeversicherung

Die Krankenpflegeversicherung soll nach dem Volksbegehren obligatorisch sein und auch die Zahnbehandlung, die Mutterschaft und die nicht obligatorisch versicherten Unfälle einschliessen. Bei schwerbelastenden sowie langdauernden Krankheiten und ihnen gleichzustellenden Unfällen, bei Spitalbehandlung und für Mutterschaft sind im Rahmen gesetzlicher Grundsätze die gesamten Kosten zu decken. Die Versicherung ist durch Beiträge des Bundes, der Kantone und der Versicherten zu finanzieren, wobei die Prämien der Erwerbstätigen in Prozenten des Erwerbseinkommens festzulegen sind.

332.1. *Das Vollobligatorium*

Die Krankenpflegeversicherung ist heute von Bundes wegen freiwillig. Die Kantone sind jedoch ermächtigt, die Versicherung allgemein oder für bestimmte Bevölkerungsgruppen als obligatorisch zu erklären oder diese Befugnis den Gemeinden zu übertragen. Wie schon erwähnt, waren im Jahre 1970 89 Prozent der Wohnbevölkerung für Krankenpflege versichert: der Anteil der obligatorisch Versicherten betrug nach einer Schätzung der Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung rund ein Viertel der Pflegeversicherten.

Ein Bundesobligatorium in der Krankenpflegeversicherung hätte den unbestreitbaren Vorteil, dass die heute bestehenden Altersgrenzen und Versicherungsvorbehalte aufgehoben werden könnten. Die Betagten, die sich in früheren Jahren nicht für den Krankheitsfall versichern konnten oder von der Versicherungsmöglichkeit nicht rechtzeitig Gebrauch gemacht haben, können bekanntlich überall dort, wo nicht ein uneingeschränktes Kantons- oder Gemeinde-Obligatorium besteht, der Krankenversicherung nicht oder nur zu erheblich erschwerten Bedingungen beitreten. Dies hat zur Folge, dass eine Bevölkerungsgruppe, die in besonderem Masse des wirtschaftlichen und gesundheitlichen Schutzes bedarf, zu einem geringeren Teil krankenversichert ist als die aktive Bevölkerung. Die geltende Vorbehaltsregelung, die in einer freiwilligen Versicherung notwendig ist und den

Krankenkassen erlaubt, bei Neubeitretenden für bestehende oder zu Rückfällen neigende Krankheiten eine auf längstens fünf Jahre befristete Leistungssperre anzuordnen, führt ferner dazu, dass hochgradig Pflegebedürftige zwar versichert, aber während einer bestimmten Zeit nicht leistungsberechtigt sind. In beiden Fällen könnte ein Bundesobligatorium Abhilfe schaffen. Dazu kommt, dass ein Obligatorium – wie noch zu zeigen sein wird (vgl. Abschn. 332.2) – die Vorbedingung für einen Sozialausgleich innerhalb der Versicherung darstellt.

Gegen ein Vollobligatorium auf Bundesebene wird indessen vorgebracht, dass es über das sozialpolitisch Erforderliche hinausgehe, dass es die Selbstverantwortung des Einzelnen schmälere und damit zu einer unerwünschten Steigerung des «Medizinalkonsums» führe. Die günstige wirtschaftliche Entwicklung der letzten Jahrzehnte und der Ausbau der übrigen Sozialversicherungszweige haben in der Tat einen grossen Teil unseres Volkes in die Lage versetzt, für die Behandlungskosten von Krankheiten geringer Schwere und Dauer, sei es direkt, sei es über eine individuelle Versicherung, aufzukommen. Es würde daher über den Rahmen einer zeitgemässen Sozialpolitik hinausgehen, wenn auch für solche Risiken eine obligatorische und kollektiv finanzierte Volksversicherung vorgesehen würde. Die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen würde damit aufgehoben, ohne dass hiefür wirtschaftlich oder versicherungstechnisch eine Notwendigkeit bestünde. Im Gegenteil. Gerade bei kleinen Krankheitsrisiken spielt die Einstellung des Einzelnen eine wichtige Rolle, so dass nicht von der Hand zu weisen wäre, dass eine alle Risiken umfassende obligatorische und kollektiv finanzierte Krankenpflegeversicherung erheblich höhere Versicherungskosten zur Folge haben könnte.

Die Initianten waren sich offenbar dieser Problematik bewusst. Die Volksinitiative sieht daher vor, dass nur für schwerbelastende sowie langdauernde Krankheiten und ihnen gleichzustellende Unfälle, bei Spitalaufenthalt und für Mutterschaft die gesamten Pflegekosten zu decken seien. Offenbar wäre bei den übrigen Krankheiten und Unfällen dem Versicherten eine angemessene Kostenbeteiligung (Selbstbehalt oder «Franchise») aufzuerlegen. Eine solche Kostenbeteiligung würde jedoch am Prinzip des Vollobligatoriums nichts ändern; um wirksam zu sein, müsste sie zudem verhältnismässig hoch angesetzt werden, was die wirtschaftlich schwachen Versicherten hart treffen könnte.

Der Bundesrat hält daher eine vollobligatorische Krankenpflegeversicherung, die sämtliche Risiken und Leistungen einschliesst, trotz ihrer unbestreitbaren Vorteile für nicht nötig und nicht zeitgemäss.

332.2 Die Leistungen

Die Krankenpflegeleistungen sollen nach dem Volksbegehren bei Krankheit, Mutterschaft und subsidiär bei Unfall gewährt werden. Dies entspricht weitgehend dem heutigen Rechtszustand.

Neu soll die Zahnbehandlung in die Versicherung einbezogen werden. Nun sind auch wir der Meinung, dass in einer neugestalteten Krankenversicherung die

Zahnbehandlung – wegen ihrer grossen gesundheitlichen Bedeutung und ihrer finanziellen Belastung für den Einzelnen – versicherbar sein sollte. Indessen lassen die Ausführungen der Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung (Expertenbericht S. 104 ff.) erkennen, dass die Zahnbehandlung ausgesprochene Besonderheiten aufweist, die es kaum erlauben, sie versicherungsmässig mit der allgemeinen Krankenpflege in eine Linie zu setzen; vor allem hängt der Umfang der Behandlungsbedürftigkeit entscheidend von der richtigen Zahnpflege und der allgemeinen Prophylaxe, vielfach aber auch von ästhetischen Wünschen des Patienten ab. Die Expertenkommission hat daher vorgeschlagen, lediglich zahnchirurgische und verwandte Leistungen sowie prophylaktische Zahnuntersuchungen zu den Pflichtleistungen der Krankenpflegeversicherung zu zählen und im übrigen eine besondere freiwillige Versicherungsabteilung zu schaffen, bei der unter bestimmten Voraussetzungen und in bestimmtem Umfang die konservierende Zahnbehandlung und die Prothetik versichert werden können. Eine solche Differenzierung, die wir für sinnvoll halten, wäre im Rahmen eines Vollobligatoriums der Zahnpflegeversicherung nicht möglich. Eine Vollversicherung müsste im Prinzip die Zahnbehandlungskosten – abgesehen von Selbstbehalt und «Franchise» und allenfalls einer betragsmässigen Limitierung für Prothesen – übernehmen und wäre kaum in der Lage, Versicherte auszuschliessen, die durch Vernachlässigung ihrer Zähne den Schaden vergrössert haben. Die Gesamtheit der Versicherten hätte somit für zum Teil vermeidbare Kosten aufzukommen. Eine solche Regelung scheint uns weder aus gesundheits- noch aus sozialpolitischer Sicht erstrebenswert.

332.3 *Die Finanzierung*

Nach dem Initiativtext soll die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung durch Beiträge der öffentlichen Hand und der Versicherten erfolgen, und zwar hätten die erwerbstätigen Versicherten – offenbar ähnlich wie in der AHV und IV – lohnprozentuale Beiträge zu entrichten, die bei Arbeitnehmern mindestens zur Hälfte zu Lasten des Arbeitgebers gingen. Die Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung hat auf Grund bestimmter Annahmen und ausgehend vom AHV-Beitragssystem eine summarische Schätzung der erforderlichen lohnprozentualen Beiträge vorgenommen. Sie kam zum Schluss, dass für die Krankenpflegeversicherung 4,8 Prozent vom Erwerbseinkommen – also je 2,4 Prozent zu Lasten des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers – erhoben werden müssten (Expertenbericht S. 235 ff. und Tab. 16).

Lohnprozentuale Beiträge, die nach dem System der AHV/IV erhoben werden, bewirken einen ausgeprägten Sozialausgleich. Der Versicherte mit einem hohen Erwerbseinkommen entrichtet höhere Beiträge als jener mit einem kleinen Einkommen, und der Familienvater leistet – wegen der Beitragsbefreiung der nichterwerbstätigen Ehefrau und der Kinder – nicht mehr Beiträge als der Alleinstehende. Sozialpolitisch weist daher diese Finanzierungsform gegenüber dem heute in der Krankenpflegeversicherung üblichen Fixbeitrag eindeutige Vorteile auf. Dies zeigt auch Tabelle 16 des Expertenberichts. Danach hätte ein verheirate-

ter Arbeitnehmer mit zwei Kindern im Jahre 1974 nach geltender Ordnung, also bei gleichbleibendem Leistungssystem und bei Finanzierung durch individuelle Fixbeiträge, an die Krankenpflegeversicherung von einem Lohn von 15 000 Franken 8,9 Prozent, von 20 000 Franken 6,7 Prozent und von 40 000 Franken 3,4 Prozent abzuliefern, wogegen er an ein nach dem Volksbegehren ausgebauten System durchwegs 2,4 bzw. zusammen mit seinem Arbeitgeber 4,8 Lohnprozente beizutragen hätte.

Nun stellt sich allerdings die Frage, ob sich die mit einer lohnprozentualen Finanzierung verbundene ausgeprägte Solidarität für den ganzen Bereich der Krankenpflegeversicherung rechtfertigen lässt. Eine Solidarität zugunsten der Schwerkranken ist – ähnlich wie jene zugunsten der Invaliden – zweifellos am Platze. Für das Gebiet der kleineren Krankheitsrisiken mit ihren mannigfachen subjektiven Einflüssen verdient dagegen, wie schon oben ausgeführt, die Selbstverantwortung den Vorrang. Zwar soll auch hier die Versicherungsmöglichkeit bestehen, aber der Versicherte soll im Prinzip die risikogerechte Prämie entrichten. Nur in Fällen, in denen dies nicht möglich oder nicht zumutbar ist, soll die Prämie durch öffentliche Mittel ermässigt werden. Wir halten somit dafür, dass der vom Volksbegehren vorgesehene Finanzierungsmodus die Solidarität zu weit spannt.

Dazu kommt, dass die Belastung der Arbeitgeber aus Gründen der Konkurrenzfähigkeit der Wirtschaft gewisse Grenzen nicht überschreiten sollte. Die Volksinitiative würde – nach den Schätzungen der Expertenkommission – die Arbeitgeber in der Krankenpflegeversicherung mit einem Beitrag von 2,4 Prozent der Lohnsumme belasten, zu dem in der Krankengeldversicherung ein Beitrag von 0,7 Prozent käme. Eine Gesamtbelastung von etwas mehr als 3 Prozent liegt nun aber an der Grenze des wirtschaftlich Vertretbaren; denn man muss die bestehenden und künftigen Aufwendungen der Arbeitgeber für andere Sozialversicherungszweige (AHV/IV/EO; 2. Säule; SUVA) mit in Betracht ziehen und berücksichtigen, dass für die Finanzierung eines Teils der Krankenpflegeversicherung andere Möglichkeiten offenstehen.

332.4 Die Organisation

Gleich wie der geltende Artikel 34^{bis} BV würde auch der Initiativtext den Bund verpflichten, die bestehenden Krankenkassen zu berücksichtigen. Nun sind aber die Krankenkassen, denen zumindest in der Krankenpflegeversicherung in der Regel nicht Betriebsgemeinschaften, sondern Einzelversicherte angehören, nicht in der Lage, lohnprozentuale Beiträge zu erheben. Das von den Initianten vorgeschlagene Finanzierungssystem würde somit organisatorische Umstellungen nötig machen: Die Beiträge der Versicherten würden über den Apparat der AHV/IV erhoben und – zusammen mit den Beiträgen der öffentlichen Hand – den Krankenkassen zur Erbringung ihrer Leistungen zugeführt. Technisch ist eine solche Aufgabenteilung durchaus möglich. Indessen würde sie die Krankenkassen zwar nicht in ihrer Hauptfunktion als Kostenträger im Krankheitsfall, aber doch in ihrer finanziellen Selbständigkeit ganz erheblich einschränken. Die einzelne

Kasse wäre nur noch im Bereich der freiwilligen Versicherung (Spitalzusatzversicherung u. dgl.) für ihren Finanzhaushalt selbst verantwortlich; sie bliebe wohl vollumfänglich administrativer Träger, aber nur in sehr beschränktem Masse finanzieller Träger der Krankenversicherung. Zwar sind die Kassen wegen der Beiträge der öffentlichen Hand schon heute finanziell nicht völlig auf sich selbst gestellt, und auch in Zukunft wird sich ein besserer Sozialausgleich nur über eine gewisse Beschränkung der finanziellen Selbständigkeit der Kassen erreichen lassen. Indessen gilt es auch hier ein vernünftiges Mass nicht zu überschreiten. Besonders für Krankheiten geringerer Schwere scheint es uns wichtig, den direkten Zusammenhang zwischen Beitrag und Leistung aufrechtzuerhalten, damit die Kasse die Prämie nach dem «Medizinalkonsum» ausrichten und beispielsweise die Zurückhaltung ihrer Mitglieder bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch entsprechend niedrigere Prämien honorieren kann. Diesem Gesichtspunkt trägt u. E. die Initiative zu wenig Rechnung. Durch die fast völlige Trennung des Finanzierungssystems vom Leistungssystem würde eine differenzierte Prämienpolitik der Krankenkassen verunmöglicht und das Interesse der Versicherten an einer Konsumbeschränkung geschwächt, gesamthaft gesehen also ein Anreiz zur Kostenbeschränkung beseitigt.

333 Krankengeldversicherung

Die Krankengeldversicherung (Erwerbsersatzversicherung) soll nach dem Volksbegehren mindestens für schwerbelastende und langdauernde Krankheiten und Unfälle, bei Spitalaufenthalt und Mutterschaft obligatorisch sein. Das Krankengeld hätte bei Erwerbstätigen mindestens 80 Prozent des ausfallenden, einen bestimmten Höchstbetrag nicht überschreitenden Erwerbseinkommens zu betragen und bei Nichterwerbstätigen mindestens dem IV-Taggeld zu entsprechen. Die Finanzierung wäre gleich zu ordnen wie in der Krankenpflegeversicherung, würde also auf Beiträgen der öffentlichen Hand und Prämien der Versicherten beruhen, wobei letztere für Erwerbstätige und ihre Familien in Prozenten des Erwerbseinkommens zu erheben und bei Arbeitnehmern mindestens zur Hälfte vom Arbeitgeber aufzubringen wären.

Der Erwerbsausfall bei langdauernder Krankheit stellt ohne Zweifel ein schweres Risiko dar. Eine obligatorische Krankengeldversicherung mit Leistungen, die etwa denjenigen der SUVA entsprechen, scheint uns mindestens für Arbeitnehmer gerechtfertigt. Nach Schätzungen der Expertenkommission liesse sie sich mit Beiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber von je 0,7 Prozent des Lohnes finanzieren.

Fragwürdig ist dagegen die Gleichstellung der Selbständigerwerbenden mit den Arbeitnehmern und die verfassungsmässige Festlegung eines Taggeldanspruches für Nichterwerbstätige. Bei den Selbständigerwerbenden ist das Bedürfnis zur Deckung des Erwerbsausfalles je nach Erwerbsgruppe verschieden, und bei den Nichterwerbstätigen erhalten grosse Gruppen (z. B. die Betagten und Invaliden) auch während der Krankheit Leistungen anderer Sozialversicherungszweige

(AHV/IV). Wenn sich demnach ein Krankengeldobligatorium für Selbständigerwerbende und Nichterwerbstätige als notwendig erweisen sollte, so müsste eine differenzierte Lösung angestrebt werden, die praktisch nur im Gesetz getroffen werden kann; die Verfassung sollte sich dagegen auf eine Ermächtigung des Gesetzgebers beschränken.

334 Unfallversicherung

Nach dem Volksbegehren soll die Unfallversicherung für alle Arbeitnehmer obligatorisch sein und allenfalls auf weitere Bevölkerungskreise ausgedehnt werden können.

Dass die obligatorische Unfallversicherung sich nicht nur auf Arbeitnehmer in den der SUVA unterstellten Betrieben und in der Landwirtschaft erstrecken soll, ist eine berechtigte sozialpolitische Forderung. Gegen die Verankerung dieses Grundsatzes in der Verfassung lässt sich nichts einwenden.

335 Übrige Bestimmungen

Der Bund und die Versicherungsträger haben nach dem Initiativtext alle Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen zu fördern; der Bund hat ferner für die Koordination der Kranken- und Unfallversicherung mit den übrigen Zweigen der Sozialversicherung zu sorgen.

Das Prinzip, dass alles getan werden soll, um Krankheiten vorzubeugen und Unfälle zu verhüten, findet unsere volle Zustimmung. Auch die Koordination unter den verschiedenen Sozialversicherungszweigen ist ein wichtiges und dringendes Anliegen; indessen handelt es sich hier um eine allgemeine Staatsaufgabe, die sich nicht auf das Gebiet der Kranken- und Unfallversicherung beschränkt und daher keiner besonderen Verfassungsnorm bedarf.

34 Schlussfolgerungen

Der Ausbau der Kranken- und Unfallversicherung ist ein wichtiges und dringendes Postulat. Die Lösung, die die Volksinitiative für die soziale Krankenversicherung anstrebt, ruft jedoch ernsthaften Bedenken. Vor allem gilt dies für die vorgeschlagene vollobligatorische und rein lohnprozentual finanzierte Krankenpflegeversicherung. Ein Bundesobligatorium, das sich auf alle, also auch auf kleine Krankheitsrisiken erstreckt, entspricht bei der heutigen wirtschaftlichen Lage unseres Volkes kaum einem sozialpolitischen Bedürfnis. Ein solches Obligatorium schmälert vielmehr – selbst wenn es mit einer Kostenbeteiligung verknüpft ist – die Selbstverantwortung des Einzelnen und fördert daher tendenzmässig den «Medizinalkonsum». Besonders problematisch wäre ein Vollobligatorium der Zahnpflegeversicherung. Mit der voll lohnprozentualen Finanzierung aller Risiken würde zudem das Solidaritätsprinzip zu weit gespannt und der Zusammenhang zwischen Prämie und Leistung gänzlich durchbrochen; die Kran-

kenkassen verlören weitgehend ihre finanzielle Selbständigkeit und damit die Möglichkeit, die Prämien den jeweiligen Aufwendungen ihrer Risikogemeinschaft anzupassen. In der Krankengeldversicherung würde das vorgeschlagene Obligatorium für Selbständigerwerbende und Nichterwerbstätige den unterschiedlichen wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen zu wenig Rechnung tragen. Schliesslich ist nicht zu übersehen, dass die Arbeitgeber in der Krankenpflege- und der Krankengeldversicherung nach den Schätzungen der Expertenkommission mit einem Beitrag von etwas über 3 Prozent der Lohnsumme belastet würden, was angesichts der Belastungen aus anderen Sozialversicherungszweigen und der Art des Risikos an der Grenze des Vertretbaren liegt.

Alle diese Bedenken haben uns veranlasst, der Volksinitiative einen Gegenentwurf gegenüberzustellen, der den wirtschaftlichen, sozialen und gesundheitspolitischen Verhältnissen besser Rechnung trägt. Der Bundesrat beantragt daher, Volk und Ständen die Ablehnung der Volksinitiative für die soziale Krankenversicherung vorzuschlagen.

4 Dritter Teil: Der Gegenentwurf

41 Allgemeines

Wir haben unter Ziffer 27 die Gründe dargelegt, die den Bundesrat veranlassen, zu beantragen, es sei dem Volksbegehren ein Gegenentwurf gegenüberzustellen. Es sind nicht verfassungsrechtliche Gründe: Das im Gegenentwurf entwickelte Versicherungskonzept liesse sich – gleich wie das Konzept der Volksinitiative – schon auf Grund der geltenden Verfassungsbestimmungen verwirklichen. Dagegen halten wir es aus allgemein politischen Überlegungen für notwendig, Parlament, Volk und Ständen eine verfassungsmässige Alternativlösung für den Ausbau der Kranken- und Unfallversicherung zu unterbreiten, die u. E. den heutigen wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen besser gerecht wird als das Volksbegehren.

Zum Inhalt des Gegenentwurfs machen die oben erwähnten Motionen Blatti, Naegeli und Hofmann konkrete Vorschläge.

Nach der Motion Blatti soll die neue Verfassungsnorm Bundeskompetenzen für die Einführung einer obligatorischen Unfallversicherung und einer Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer sowie zur Förderung einer gesamtschweizerischen Spitalplanung und rationellen Organisation von Heilanstalten enthalten. Im Gegensatz zur heutigen Ordnung wären die Kantone zu verpflichten, die Krankenpflegeversicherung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen obligatorisch zu erklären, wobei sie dieses Obligatorium auf weitere Bevölkerungsgruppen ausdehnen könnten. Die ambulante Behandlung wäre durch risikogerechte Individualprämien und Beiträge der öffentlichen Hand zu finanzieren, wobei letztere zur Ermässigung der Prämien der Familien und Minderbemittelten einzusetzen wären. Dagegen soll die Finanzierung der Heilanstaltsbehandlung durch Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber sowie durch Beiträge der öffentlichen Hand und allfällige zweckgebundene Sondersteuern erfolgen.

Nach der Motion Naegeli soll die freie Ausübung der Medizinalberufe im neuen Verfassungsartikel garantiert werden, ebenso die kantonale Spital- und Tarifhoheit. Ferner sollen die Kantone zur Einführung getrennter Versicherungen für Krankheit, Unfall, Zahnpflege, Familienplanung und Mutterschaft sowie des Grossrisikos aus Krankheit und Unfall verpflichtet werden. Zur Finanzierung dieser Versicherungen sollen verschiedene Systeme getrennt oder kombiniert zur Anwendung gelangen. Für das Grossrisiko wäre der Beitragssatz unveränderlich auf 1 Prozent des Netto-Erwerbseinkommens zu fixieren. Zur Erschliessung neuer Einnahmequellen soll der Bund ermächtigt werden, gesundheitsschädliche sowie nicht lebensnotwendige Genuss- und Bedarfsartikel fiskalisch zu belasten. Über das Versicherungsobligatorium hätte der Bund in Verbindung mit den Kantonen zu entscheiden, wobei solche Obligatorien nicht generell erlassen werden und höchstens die gesamte Jugend sowie ein Viertel der volljährigen Bevölkerung umfassen dürften.

Die Motion Hofmann schliesslich will im neuen Verfassungsartikel die freie Ausübung der Medizinalberufe gewährleistet wissen. In der Krankenversicherung sollen ausdrücklich Leistungen der Gesundheitsvorsorge und schwere Zahnerkrankungen eingeschlossen werden. Die Kantone wären zu verpflichten, die Krankenpflegeversicherung für schwere und langdauernde Behandlungen und Untersuchungen für die ganze Bevölkerung obligatorisch zu erklären. Die Finanzierung dieser Versicherung hätte durch Individualprämien und Kostenbeteiligung der Versicherten sowie durch Beiträge der öffentlichen Hand zu erfolgen. Für Arbeitnehmer hätte der Arbeitgeber die Hälfte der Prämien zu übernehmen. Der Anteil des Bundes wäre in erster Linie aus Bundessteuern auf gesundheitsgefährdenden Gebrauchsgütern zu decken. Für andere als schwere und langdauernde Behandlungen und Untersuchungen wären die Kantone ermächtigt, die Versicherung als obligatorisch zu erklären. Diese Versicherung würde finanziert durch Individualprämien und Kostenbeteiligungen der Versicherten sowie Beiträge der öffentlichen Hand, welche letztere zur Ermässigung der Prämien für Familien und Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu verwenden wären. Die Einführung einer obligatorischen Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer und weitere Erwerbstätige sowie einer obligatorischen Unfallversicherung für Arbeitnehmer wäre Sache des Bundes. Ferner hätte der Bund die Massnahmen für eine gesamtschweizerische Spitalplanung und für eine wirtschaftliche Führung der Heilanstalten zu fördern, wobei er an Heilanstalten, die der Zentralversorgung dienen, Investitionsbeiträge gewähren könnte. Bestrebungen der Kantone, eine ausreichende medizinische Versorgung der ganzen Bevölkerung, unter Einschluss der Hauspflege, zu gewährleisten, würden vom Bund unterstützt. Im übrigen bliebe das Gesundheitswesen, insbesondere die Führung der Heilanstalten, Sache der Kantone.

Das Bundesamt für Sozialversicherung hat – ausgehend von den verschiedenen parlamentarischen und ausserparlamentarischen Anregungen – einen Vorschlag für einen verfassungsmässigen Gegenentwurf zur Volksinitiative ausgearbeitet. Dieser sah für den Bereich der Krankenpflegeversicherung eine obligatori-

sche Grossrisikoversicherung und die bundesrechtlich freiwillige Versicherung der anderen Risiken, ferner hauptsächlich für Arbeitnehmer eine obligatorische Krankengeldversicherung und eine ebensolche Unfallversicherung vor. Dieser Vorschlag wurde bei den konsultativen Besprechungen, die der Vorsteher des Departements des Innern mit den Wirtschaftsverbänden und den an der Krankenversicherung interessierten Organisationen, den Vertretern der kantonalen Sanitäts- und Finanzdirektoren und politischer Parteien führte (vgl. Abschn. 27), mit der Aufforderung zur Stellungnahme ausgeteilt. Der Vorsteher des Departements des Innern berief hierauf eine kleine Expertengruppe ein und gab ihr den Auftrag, gestützt auf die Vorarbeiten den Text des Gegenentwurfs zuhanden des Bundesrates zu bereinigen. Die Expertengruppe setzte sich zusammen aus den Herren

Dr. M. Frauenfelder, Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung,
Prof. Dr. J.-F. Aubert, Nationalrat, Corcelles NE

Rechtsanwalt R. Barde, Genf

Dr. Th. Bratschi, Bundesrichter, Luzern

Prof. Dr. Th. Fleiner, Marly

PD Dr. med. M. Geiser, Bern

Dr. B. Hunziker, Regierungsrat, Aarau

F. Leuthy, Bern

Dr. A. Pfluger, Oberrichter, Solothurn

Der Entwurf, den wir Ihnen unterbreiten, entspricht mit zwei Abweichungen, auf die wir unten näher eingehen werden, den Vorschlägen der Expertengruppe.

42 Die Grundzüge des Gegenentwurfs

421 Wortlaut und Charakter der Verfassungsnorm

Nach dem Gegenentwurf ist Artikel 34^{bis} der Bundesverfassung wie folgt neu zu fassen:

¹ Der Bund richtet auf dem Wege der Gesetzgebung eine soziale Kranken- und Unfallversicherung ein. Dabei berücksichtigt er die bestehenden Krankenkassen und wahrt grundsätzlich die freie Wahl der Medizinalpersonen¹ und deren Behandlungsfreiheit.

² Die Krankenversicherung gewährt Leistungen der Gesundheitsvorsorge sowie Pflege- und Geldleistungen bei Krankheiten, mit Einschluss von Zahnerkrankungen, bei Mutterschaft und, falls hiefür anderweitig keine Versicherung besteht, bei Unfall. Sie ist folgendermassen auszugestalten:

- a. Die Versicherung für Heilanstaltsbehandlungen und ähnliche aufwendige Untersuchungen und Behandlungen ist für die ganze Bevölkerung obligatorisch. Sie wird durch Beiträge der Versicherten finanziert. Für Arbeitnehmer übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge.

- b. Die Versicherung für andere Untersuchungen und Behandlungen ist von Bundes wegen freiwillig. Sie wird durch Beiträge der Versicherten, des Bundes und der Kantone finanziert. Bund und Kantone haben insbesondere dafür zu sorgen, dass sich die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen zu tragbaren Bedingungen versichern können. Die Kantone können die Versicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.
- c. Die Versicherung für Krankengeld ist für Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund oder die Kantone können das Obligatorium auf weitere Bevölkerungsgruppen ausdehnen. Die Versicherung wird durch Beiträge der Versicherten finanziert. Für Arbeitnehmer übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge.

³ Die Unfallversicherung ist für Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund oder die Kantone können das Obligatorium auf weitere Bevölkerungsgruppen ausdehnen. Die Versicherung der Betriebsunfälle geht zu Lasten des Arbeitgebers.

⁴ Der Bund sorgt für eine wirtschaftliche Durchführung der Versicherung und fördert eine gesamtschweizerische Spitalplanung. Er unterstützt die Bestrebungen der Kantone, eine ausreichende medizinische Versorgung zu gewährleisten, und fördert Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen.

Der neue Artikel 34^{bis} BV soll die Grundlage bilden für die soziale Kranken- und Unfallversicherung mit Einschluss der Mutterschaftsversicherung. Im Gegensatz zur bisherigen Bestimmung hat er nicht bloss den Charakter einer Kompetenznorm, sondern will überdies – gleich der Volksinitiative – dem Gesetzgeber verbindliche Richtlinien für die Ausgestaltung dieser Sozialversicherungszweige geben. Diese Richtlinien weichen jedoch in einigen wesentlichen Punkten von denjenigen der Volksinitiative ab.

422 Krankenversicherung

Auf dem Gebiete der Krankenversicherung strebt der Gegenentwurf vor allem eine Erweiterung des Versicherungsschutzes und eine Neugestaltung der Finanzierung verbunden mit einer Verbesserung des Sozialausgleichs an. Im Gegensatz zur Volksinitiative sieht er jedoch nicht ein umfassendes Obligatorium mit durchgängig lohnprozentualer Finanzierung vor, sondern beschränkt Bundesobligatorium und Finanzierungssolidarität auf wirtschaftlich bedrohende Risiken und lässt im übrigen Raum für die Selbstverantwortung des Einzelnen und für eine freiheitliche Gestaltung der Versicherungsverhältnisse. In diesem Sinne enthält der Gegenentwurf die Verpflichtung für den Gesetzgeber, die Krankenpflegeversicherung für grosse Risiken (Heilanstaltsbehandlungen und ähnliche aufwendige Untersuchungen und Behandlungen) obligatorisch zu gestalten und auch die Versicherung für Krankengeld (Lohnausfall) jedenfalls für die Arbeitnehmer obligatorisch zu erklären, wobei die Absicht besteht, die Aufwendungen dieser Versicherungen zur Hauptsache aus lohnprozentualen Beiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu decken (vgl. Abschn. 433 und 435). Dagegen soll die Krankenpflegeversicherung für Untersuchungen und Behandlungen, die nicht zu den Grossrisiken zählen, von Bundes wegen freiwillig sein. Dem Einzelnen soll es also grundsätzlich freistehen, ob er sich hierfür versichern will oder nicht, und er soll, falls er von der Versicherungsmöglichkeit Gebrauch macht, im Prinzip eine risi-

kogerechte Prämie entrichten. Immerhin haben Bund und Kantone durch gezielte Subventionen dafür zu sorgen, dass sich die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungskreise auch für diese Risiken zu tragbaren Bedingungen versichern können. Den Kantonen soll es zudem freistehen, auch diesen Versicherungszweig allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch zu erklären. Mit diesem Konzept will der Gegenentwurf folgendes erreichen: Einerseits soll ein den wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen unseres Volkes angemessener Krankenversicherungsschutz gewährleistet und die Finanzierung der Versicherung mit dem Volumen und der Dynamik der Gesundheitskosten und mit den Erfordernissen einer zeitgemässen Sozialpolitik in Einklang gebracht werden. Andererseits aber soll die Versicherungsfreiheit des Einzelnen und der Zusammenhang zwischen Prämie und Leistung im Rahmen des Möglichen aufrechterhalten werden, nicht zuletzt damit keine neuen Anreize zum «Medizinalkonsum» und zu überdimensionierten Kostensteigerungen im Gesundheitssektor entstehen.

Die Grundidee einer obligatorischen Pflegeversicherung für schwer belastende und einer bundesrechtlich freiwilligen Versicherung für andere Krankenpflegerisiken sowie einer obligatorischen Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer übernimmt der Gegenentwurf vom «Flimser Modell». Er unterscheidet sich jedoch vom Expertenvorschlag durch die Grenzziehung zwischen obligatorischer und freiwilliger Krankenpflegeversicherung. Das «Flimser Modell» zählt nur die Spitalbehandlung zu den schwer belastenden Krankenpflegerisiken. Nach dem Gegenentwurf bildet zwar ebenfalls die Spitalbehandlung das Kernstück der Grossrisikoversicherung. Und dies mit Grund. Im Zeitabschnitt von 1960 bis 1970 haben sich die Durchschnittslöhne verdoppelt; sie sind also im Jahresmittel um 7 Prozent angestiegen, wogegen die durchschnittlichen Spitalkosten je Versicherten nahezu auf das Fünffache, also im Jahresmittel um rund 17 Prozent, zugenommen haben. Die Kosten der stationären Behandlung bilden heute für praktisch alle Bevölkerungsschichten eine wirtschaftliche Bedrohung, so dass ein allgemeiner Versicherungsschutz hier am Platze ist. Zudem sind Volumen und Dynamik der Spitalkosten derart, dass sich eine besondere Finanzierung und eine sachgerechte Lastenverteilung zwischen Versicherung und Gemeinwesen aufdrängen. Dem «Flimser Modell» ist allerdings vorgeworfen worden, es fördere mit seiner reinen Spitalversicherung den Zug zu einer teureren Behandlungsform. Um diesem Einwand Rechnung zu tragen, ermöglicht es der Gegenentwurf, neben der Spitalbehandlung auch ähnliche aufwendige Untersuchungen und Behandlungen, wie beispielsweise die langdauernde Hauspflege, in die Grossrisikoversicherung einzubeziehen.

Die Finanzierung der Grossrisikoversicherung soll – analog dem «Flimser Modell» – zur Hauptsache über lohnprozentuale Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber erfolgen, doch besteht auch die Möglichkeit, Individualbeiträge zu erheben; auf Beiträge der öffentlichen Hand soll dagegen verzichtet werden. Die lohnprozentuale Finanzierung, die sich in anderen Zweigen unserer Sozialversicherung sowie in ausländischen Krankenversicherungen bewährt hat, schafft einen Sozialausgleich zwischen Gross- und Kleinverdienern, zwischen den Geschlechtern und – wegen der Beitragsbefreiung der nichterwerbstätigen Ehefrauen

und der Kinder – zwischen Alleinstehenden und Familien und begründet damit eine Solidarität unter den Versicherten, die für den Bereich schwerer Risiken durchaus gerechtfertigt ist. Sie trägt im übrigen der Dynamik der Kostenentwicklung besser Rechnung als der heute in der Krankenpflegeversicherung übliche Fixbeitrag. Nun streben allerdings die Modelle, die eine obligatorische Krankenversicherung ablehnen (vgl. Abschn. 262), einen verstärkten Sozialausgleich über öffentliche Mittel an. Wenn im Jahre 1970 die Gemeinwesen (Bund, Kantone, Gemeinden) nahezu 500 Millionen Franken an die Krankenversicherung beigetragen haben und nach den Schätzungen der Expertenkommission der öffentliche Beitrag im «Flimser Modell» für 1974 auf 856 Millionen Franken zu stehen käme, müsste nach unseren Schätzungen die öffentliche Hand (Bund und Kantone) bei den verschiedenen obligatoriumsreifen Modellen im Jahre 1974 zwischen 1,1 und 1,9 Milliarden Franken in die Krankenversicherung einwerfen. Abgesehen von der Schwierigkeit, diese Mittel in sozialpolitisch billiger Weise, also namentlich über direkte Steuern und Luxussteuern, zu beschaffen und gerecht zu verteilen, ist vor allem ein grundsätzlicher Einwand gegen derart hohe Staatsbeiträge anzubringen: Es lässt sich sachlich kaum vertreten, den Bürger für die Finanzierung der Krankenversicherung fiskalisch in erheblichem Masse zusätzlich zu belasten, ohne ihm gleichzeitig einen vom Alter und Gesundheitszustand unabhängigen elementaren Versicherungsschutz zu bieten.

Die gelegentlich geäußerte Befürchtung, eine obligatorische und hauptsächlich lohnprozentual finanzierte Grossrisikoversicherung werde zu einer Bundesanstalt für Krankenversicherung oder zu einem gesamtschweizerischen Gesundheitsdienst führen, halten wir für völlig unbegründet. Wohl werden durch die vorgesehene Grossrisikoversicherung der Versicherungsschutz und die Finanzierung neu gestaltet, aber am Charakter und der Durchführung der Versicherung soll grundsätzlich nichts geändert werden. Ein Gesundheitsdienst ist aber seiner Natur nach von einer Versicherung verschieden: Er vergütet nicht die Krankenpflegekosten, sondern erbringt die Sach- und Dienstleistungen durch einen eigenen Medizinaldienst. Eine solche Einrichtung wäre mit dem vorgeschlagenen Verfassungstext nicht vereinbar.

Was nun das Verhältnis zu den Motionen Blatti, Naegeli und Hofmann betrifft, so ist allgemein zu bemerken, dass das Krankenversicherungskonzept des Gegenentwurfs der Motion Hofmann am nächsten kommt. In der Tat sieht diese Motion – gleich wie der Gegenentwurf – eine Dreiteilung der Krankenversicherung vor. Ein wesentlicher Unterschied besteht lediglich darin, dass nicht der Bund, sondern die Kantone die obligatorische Grossrisikoversicherung einzuführen hätten. Eine solche Lösung würde jedoch zur unterschiedlichen Behandlung der Versicherten von Kanton zu Kanton führen und wäre mit einer lohnprozentualen Finanzierung kaum vereinbar. Die Motion Naegeli strebt ebenfalls eine von den Kantonen einzuführende lohnprozentual finanzierte Grossrisikoversicherung an, will aber den Beitragssatz verfassungsmässig begrenzen und den Entscheid über das (beschränkte) Obligatorium dem Bund «in Verbindung mit den Kantonen» zuweisen. Diese Lösung würde staatsrechtlich einige Schwierigkeiten bieten und weniger klare Verhältnisse schaffen als der Gegenentwurf. Immerhin

liesse sich die vom Motionär angeregte besondere Zahnpflegeversicherung und allenfalls die Verbindung der Mutterschaftsversicherung mit der Familienplanung vom Gesetzgeber auch auf Grund des Gegenentwurfs verwirklichen. Nach der Motion Blatti wäre das Obligatorium der Krankenpflegeversicherung durch die Kantone einzuführen und auf Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu beschränken. Diese Möglichkeit haben die Kantone auch nach dem Gegenentwurf. Da jedoch schwere Krankheitsrisiken nicht nur für wirtschaftlich Schwache, sondern für einen Grossteil unserer Bevölkerung eine Existenzbedrohung darstellen, halten wir ein weiter gehendes Versicherungsobligatorium für erforderlich. Dagegen ist die in der Motion befürwortete Heranziehung der Arbeitgeber für die Finanzierung der Heilanstaltsbehandlung auch im Gegenentwurf enthalten. – In den Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen des Gegenentwurfs wird noch auf einzelne Anregungen der drei Motionen einzugehen sein.

423 Unfallversicherung

Im Bereich der Unfallversicherung sieht der Gegenentwurf – gleich wie das Volksbegehren – das Obligatorium für sämtliche Arbeitnehmer vor. Heute sind nur rund zwei Drittel der Arbeitnehmer, nämlich jene, die in den der SUVA unterstellten Betrieben und in der Landwirtschaft beschäftigt sind, obligatorisch gegen Unfall versichert. Diese Ordnung widerspricht dem Grundsatz der Rechtsgleichheit und den Erfordernissen einer ausgewogenen Sozialpolitik und ist daher von verschiedenen Seiten zu Recht angefochten worden. Die Motionen Blatti und Hofmann treten denn auch für eine obligatorische Unfallversicherung aller Arbeitnehmer ein.

Dem Bund oder den Kantonen soll es im übrigen freigestellt werden, eine obligatorische Unfallversicherung auch für andere Bevölkerungsgruppen (z. B. Selbständigerwerbende, Schüler und Studenten) einzuführen.

424 Gesundheitspolitische Massnahmen

Gleich wie die Entwicklung des Gesundheitswesens bis zu einem gewissen Grade durch die Ausgestaltung der Kranken- und Unfallversicherung beeinflusst wird, hängen auch die Durchführung, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versicherung von Vorkehrungen ab, die im Bereich des Gesundheitswesens getroffen werden. Nun ist das Gesundheitswesen – wenn man vom Artikel 69 BV absieht – Sache der Kantone. Daran will der Gegenentwurf grundsätzlich nichts ändern. Hingegen scheint es vor allem angesichts der Kostenentwicklung der letzten Jahre angezeigt, dass der Bund einige bedeutsame gesundheitspolitische Vorkehrungen fördert und koordiniert. Entsprechende Anregungen werden denn auch in den Motionen Blatti und Hofmann gemacht.

In diesem Sinne ermächtigt der Gegenentwurf den Bund, die gesamtschweizerische Spitalplanung zu fördern, also auf einen zweckmässigen Einsatz der Mittel und Kräfte im Spitalwesen hinzuwirken und damit letztlich das wilde Wachstum der Spitalkosten zu dämpfen. Ferner soll der Bund die Bestrebungen

der Kantone, eine ausreichende medizinische Versorgung auf ihrem ganzen Gebiet zu gewährleisten, unterstützen. Das geschieht zum Teil schon heute im Rahmen der Krankenversicherung über die Subventionierung von Wartgeldern. Schliesslich hätte der Bund – zur Vermeidung von Krankheits- und Unfallkosten – Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen zu fördern.

Gesamthaft gesehen, gibt somit der Gegenentwurf dem Bundesgesetzgeber die Mittel in die Hand, um durch eine zeitgemässe Ausgestaltung der Versicherungen und durch gezielte Beeinflussung der Gesundheitspolitik die Gesundheitsaufwendungen sozial und wirtschaftlich in einem tragbaren Rahmen zu halten.

43 Erläuterung der einzelnen Bestimmungen des Gegenentwurfs

Der Gegenentwurf bezieht – wie die Volksinitiative – die Mutterschaftsversicherung in die Krankenversicherung ein. Dies entspricht der geltenden Gesetzgebung und hat sich dort durchaus bewährt. Eine Trennung von Kranken- und Mutterschaftsversicherung zöge erhebliche Abgrenzungsschwierigkeiten nach sich und würde den Frauen sozialpolitisch kaum irgendwelche Vorteile bieten. Der neue Artikel 34^{bis} BV ersetzt somit ausser dem bisherigen Artikel 34^{bis} auch Artikel 34^{quinquies} Absatz 4 BV. Im folgenden werden die einzelnen Absätze des von uns vorgeschlagenen *Artikels 34^{bis} BV* erläutert.

431 Absatz 1 (Grundsatz)

Von der bisherigen Verfassungsbestimmung wird der Grundsatz übernommen, wonach der Bund auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung einzurichten hat. Zur Verdeutlichung des Charakters dieser Versicherung wird sie als soziale Kranken- und Unfallversicherung bezeichnet. Damit wird betont, dass es sich um einen Zweig der Sozialversicherung handelt, der nach Art und Ausgestaltung sozialpolitischen Erfordernissen zu genügen hat, und dass die private Kranken- und Unfallversicherung von dieser Verfassungsbestimmung und der darauf fussenden Gesetzgebung nicht direkt berührt wird. In der Expertengruppe wurde allerdings die Befürchtung geäussert, dass damit die Meinung entstehen könnte, die Privatversicherung sei von der Mitwirkung bei der Durchführung der sozialen Kranken- und Unfallversicherung von vornherein ausgeschlossen. Dem ist jedoch nicht so. Die Privatversicherung kann zur Durchführung dieser Versicherung herangezogen werden, wenn sie die von der Sozialversicherung gestellten Bedingungen (z. B. Versicherungsschutz, Prämiengestaltung, Freizügigkeit) erfüllt.

Ebenfalls aus dem bisherigen Verfassungstext stammt die Auflage, dass der Bund die bestehenden Krankenkassen zu berücksichtigen habe. Dieser Vorbehalt zugunsten der bestehenden Krankenkassen wurde seinerzeit vor allem aus abstimmungspolitischen Überlegungen in die Verfassung aufgenommen, weil man der Meinung war, der Verfassungsartikel würde vom Volk nicht angenommen, wenn

er nicht den namentlich in der Westschweiz weitverzweigten freien Krankenkassen ihre weitere Existenz garantiere (vgl. Burckhardt, Kommentar zur BV, Art. 34^{bis} II/N. 3). Man kann sich fragen, ob eine solche Garantie heute noch nötig ist, da die Stellung der Krankenkassen als Träger der sozialen Krankenversicherung von keiner Seite angefochten ist. Um aber jeden Anschein eines Kurswechsels zu vermeiden, wird im Gegenentwurf der Gesetzgeber weiterhin verpflichtet, die bestehenden Krankenkassen zu berücksichtigen.

Im Zusammenhang mit dem Vorbehalt zugunsten der bestehenden Krankenkassen ist von verschiedenen Seiten die Anregung gemacht worden, der neue Verfassungstext möge auch die freie Ausübung der Medizinalberufe gewährleisten. Entsprechende Vorschläge finden sich in den Motionen Hofmann und Nægeli. Die Expertengruppe hat sich sehr eingehend mit dieser Frage befasst. Sie kam zum Schluss, dass eine allgemeine Garantie der freien Ausübung der Medizinalberufe zu verfassungsrechtlichen Zweifeln führen müsste, indem ihr Verhältnis zu Artikel 31 BV (Handels- und Gewerbefreiheit), zu Artikel 33 BV (Fähigkeitsausweise für wissenschaftliche Berufe) und zu den Einschränkungen der Handels- und Gewerbefreiheit durch die Polizei- und Sozialgesetzgebung nicht klar wäre. So könnte in einer solchen besonderen Garantie der Berufsfreiheit ein Vorrecht gegenüber der allgemeinen Handels- und Gewerbefreiheit erblickt und daraus abgeleitet werden, dass Medizinalpersonen ihren Beruf ohne Rücksicht auf polizei- und sozialrechtliche Einschränkungen, ja sogar ohne Rücksicht auf allfällige Fähigkeitsausweise ausüben könnten. Ein derart weitgehendes Freiheitsrecht für eine einzelne Berufsgruppe liesse sich mit den allgemeinen Grundsätzen unserer Rechtsordnung nicht vereinbaren und würde letztlich auch den Interessen der Medizinalpersonen selbst zuwiderlaufen. Es bleibt somit die Frage, ob im Rahmen von Artikel 34^{bis} BV eine anders umschriebene Freiheitsgarantie für Medizinalpersonen vorgesehen werden soll oder ob die auf diese Personen nach Verfassung und feststehender Rechtsprechung anwendbare Handels- und Gewerbefreiheit die Berufsfreiheit hinreichend wahre.

Nun ist nicht zu übersehen, dass die Medizinalpersonen stärker als andere freie Berufe (z. B. Rechtsanwälte) ins Gefüge des Sozialrechts einbezogen sind und dass daher die Gefahr einer unangemessenen Einschränkung der beruflichen Freiheit nicht auszuschliessen ist. Mit der Expertengruppe sind wir daher der Auffassung, dass der Gesetzgeber verpflichtet werden soll, bei der Ausgestaltung der Sozialversicherung auf die Berufsfreiheiten der Medizinalpersonen nach Möglichkeit Rücksicht zu nehmen. Dies kann sich allerdings nur auf Freiheiten beziehen, die mit dem Sozialrecht vereinbar sind. So könnte beispielsweise keine Garantie für die Honorarfreiheit gewährt werden; denn Tarifordnungen und die damit verknüpften Einschränkungen bilden die Grundlage für jede versicherungsmässige Deckung von Krankenpflegekosten. Dagegen soll der Sozialgesetzgeber grundsätzlich zwei wichtige Freiheiten beachten, nämlich die freie Wahl der Medizinalpersonen durch den Versicherten und die Behandlungsfreiheit (Kurierfreiheit) der Medizinalperson. Allerdings können auch diese Freiheiten wohl grundsätzlich, aber nicht völlig uneingeschränkt gewährleistet werden. So findet beispielsweise die freie Wahl der Medizinalperson bei Spitalpatienten ihre Grenze

in der Spitalordnung. Ebenso bildet das in Absatz 4 enthaltene Prinzip der Wirtschaftlichkeit der Versicherung eine Schranke der Behandlungsfreiheit. Unter Vorbehalt derartiger rechtlicher und wirtschaftlicher Einschränkungen muss jedoch nach dem Grundsatz des Gegenentwurfs der Gesetzgeber das Interesse des Versicherten an einer freien Wahl der Medizinalperson und dasjenige der Medizinalperson an einer im Rahmen der wissenschaftlichen Erkenntnisse freien Gestaltung der Behandlung wahren.

432 Absatz 2 Einleitungssatz (Krankenversicherung/ Versicherte Risiken)

In der einleitenden Bestimmung zur Krankenversicherung werden die versicherten Risiken und die Leistungsarten umschrieben. Die Krankenversicherung soll – wie bisher – bei Krankheit und Mutterschaft leistungspflichtig sein. Neu wird vorgesehen, dass zu den Krankheiten auch Zahnerkrankungen zu zählen sind und dass die Krankenversicherung generell bei Unfällen, für die keine anderweitige Versicherung besteht, einzustehen hat. Der Einbezug der Zahnbehandlung in die Krankenversicherung wird in der Volksinitiative gefordert. Die Motion Hofmann schlägt vor, schwere Zahnerkrankungen den Krankheiten gleichzustellen, und in der Motion Naegeli wird eine getrennte Versicherung für Zahnpflege befürwortet. Das «Flimser Modell» schliesst grundsätzlich die Zahnpflege in die Krankenversicherung ein, sieht aber eine differenzierte versicherungsmässige Behandlung der zahnchirurgischen und verwandten sowie der prophylaktischen Leistungen einerseits und der konservierenden Zahnbehandlung und der Zahnprothetik andererseits vor (vgl. Abschn. 261). Wegen der grossen gesundheitlichen und wirtschaftlich-sozialen Bedeutung der Zahnpflege halten wir den Einbezug von Zahnerkrankungen ins Krankheitsrisiko für gerechtfertigt. Dabei bleibt es nach dem Gegenentwurf dem Gesetzgeber überlassen, wie er die Zahnpflege versicherungsmässig behandeln will. Da die Zahnbehandlung nur in Ausnahmefällen (z. B. bei grösseren chirurgischen Eingriffen) unter das in Absatz 2 Buchstabe *a* des Gegenentwurfs umschriebene Grossrisiko fallen dürfte, steht der Einrichtung einer besonderen freiwilligen Zahnpflegeversicherung im Rahmen von Absatz 2 Buchstabe *b* nichts im Wege, so dass einer Lösung, wie sie das «Flimser Modell» als dem besonderen Charakter des Risikos angemessen erachtet, im Prinzip verwirklicht werden könnte. Die subsidiäre Unfallversicherung ist heute zwar nicht gesetzlich verankert, aber doch in den Statuten zahlreicher Krankenkassen vorgesehen. Diese Regelung verdient allgemeine Verbreitung in der Krankenversicherung, damit Personen, die normalerweise nicht besonders gegen Unfall versichert sind, also namentlich Kinder und Betagte, nicht ohne Schutz bleiben und zumindest für die Behandlung der Unfallfolgen Versicherungsleistungen erhalten.

Was die Art der Krankenversicherungsleistungen betrifft, so sollen sie vor allem in Leistungen für diagnostische und therapeutische Untersuchungen und Behandlungen (Krankenpflege) und in Krankengeldern bestehen. Die heutige Krankenversicherung hat – von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen – für krankheitsvorbeugende Massnahmen nicht aufzukommen. Angesichts der grossen Be-

deutung der Prophylaxe für die Verhinderung oder Früherfassung von Krankheiten und für die Vermeidung langdauernder Arbeitsunfähigkeit sollen nach dem Gegenentwurf künftig auch Leistungen der Gesundheitsvorsorge von der Krankenversicherung übernommen werden. In welchem Umfang und für welchen Personenkreis solche Leistungen in Betracht fallen, wird der Gesetzgeber zu bestimmen haben. Jedenfalls können im Rahmen der Versicherung nur individuelle Leistungen vergütet werden; allgemeine vorbeugende Massnahmen hätte der Bund allenfalls auf Grund von Absatz 4 des Gegenentwurfs zu fördern.

433 Absatz 2 Buchstabe a (Krankenpflegeversicherung der grossen Risiken)

Wir haben unter Abschnitt 422 die Gründe dargelegt, die uns veranlassen, eine obligatorische Krankenpflegeversicherung für grosse Risiken vorzuschlagen. In persönlicher Hinsicht soll diese Versicherung die ganze Bevölkerung, also den gleichen Kreis wie die obligatorische AHV/IV, umfassen. Der Sachbereich der Versicherung und ihr sozialer Charakter hängen entscheidend von der Umschreibung des Grossrisikos und von der Art der Finanzierung ab.

Theoretisch lässt sich das Grossrisiko in der Krankenpflegeversicherung nach drei Kriterien umschreiben: nach der Behandlungsart (z. B. Heilanstaltsbehandlung), nach der Art der Krankheit (z. B. auf Grund einer Liste besonders kostspieliger Krankheiten, wie sie in einzelnen ausländischen Krankenversicherungen anzutreffen ist) oder nach der Kostenhöhe (z. B. durch Übernahme der Kosten bei Überschreiten eines bestimmten Grenzbetrags). Nach der Motion Hofmann sollten «schwere und langdauernde Behandlungen und Untersuchungen», nach der Motion Naegeli das «Grossrisiko aus Krankheit und Unfall» in die Grossrisikoversicherung einbezogen werden, wobei letztere den Beitragssatz für diese Versicherung auf 1 Erwerbsprozent beschränkt. Die Expertengruppe hat sich sehr eingehend mit der Frage der Umschreibung des Grossrisikos befasst und die von verschiedenen Seiten gemachten Vorschläge geprüft. Unbestritten war, dass das Grossrisiko nach objektiven Kriterien definiert werden müsse, dass also nicht auf die Verhältnisse im Einzelfall abgestellt werden könne und dass neben der Grossrisikoversicherung genügend Raum für eine freiwillige, durch Individualprämien finanzierte Versicherung bleiben müsse. Die Expertengruppe kam zum Schluss, dass die Heilanstaltsbehandlungen und ähnliche aufwendige Untersuchungen und Behandlungen zum Grossrisiko zu zählen seien. Wir halten diese Umschreibung für zweckmässig und haben sie in den Gegenentwurf aufgenommen. Wie wir schon oben ausgeführt haben, stellt die Spitalbehandlung für den Einzelnen, aber auch für die Versicherung und für die Gemeinwesen eine derart grosse und aus verschiedenen Gründen weiterhin steigende Belastung dar, dass sich eine besondere versicherungsmässige Deckung dieser Behandlungskosten rechtfertigt. Das Spitalrisiko lässt sich zudem objektiv umschreiben und relativ leicht von übrigen Pflgerisiken abgrenzen. Um nun aber die Spitalbehandlung versicherungsmässig nicht einseitig zu begünstigen und allenfalls einem Zug zur teureren Behandlungsform Vorschub zu leisten, sollen auch Untersuchungen und

Behandlungen einbezogen werden, die nicht stationär durchgeführt werden, aber nach Funktion und Aufwand der Spitalbehandlung nahe kommen. Wir denken dabei vor allem an die langdauernde Hauspflege, an Nachbehandlungen von Spitalpatienten oder an aufwendige Untersuchungen und Behandlungen (Operationen, Bestrahlungen u. dgl.), die auch ambulant durchgeführt werden. Die konkrete Umschreibung dieser Pflegerisiken wird dem Gesetzgeber obliegen; er wird zu bestimmen haben, in welcher Weise hiebei die Behandlungsart, die Krankheitsform und die Kostenhöhe zu berücksichtigen sind. Wir sehen im übrigen vor, noch im Laufe dieses Jahres einer Gruppe von Fachleuten den Auftrag zu geben, gestützt auf den vorgeschlagenen Verfassungstext eine für Gesetzgebung und Praxis verwendbare Umschreibung des Grossrisikos zu erarbeiten.

Für die Finanzierung der Grossrisikoversicherung sieht der Gegenentwurf Beiträge der Versicherten vor, wobei bei Arbeitnehmern der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge zu übernehmen hat. Die Formulierung entspricht derjenigen des neuen Artikels 34^{quater} BV (Abs. 2 Buchst. a); es liegt daher nahe, für die Grossrisikoversicherung ein ähnliches Beitragssystem zu wählen, wie es für die AHV/IV gebräuchlich ist. Wir haben schon darauf hingewiesen, dass vor allem in der Grossrisikoversicherung ein Sozialausgleich unter den Versicherten herbeigeführt werden muss. Die lohnprozentuale Finanzierung nach dem System der AHV/IV bietet hiezu ein zweckmässiges Instrument und begründet eine für diesen Versicherungsbereich angemessene Solidarität zwischen Reich und Arm, Alleinstehenden und Familien und Männern und Frauen. Der vorgeschlagene Verfassungstext schliesst allerdings andere Beitragsformen nicht aus. So können für Nichterwerbstätige und vor allem für Betagte feste oder nach Vermögen bzw. Renteneinkommen abgestufte Beiträge vorgesehen werden. Ferner ermöglicht der Gegenentwurf, von den erwerbstätigen Versicherten neben den lohnprozentualen auch fixe Beiträge zu erheben. Der Gesetzgeber wird im einzelnen das Beitragssystem festzulegen haben, wobei er allerdings dem sozialen Charakter der Versicherung Rechnung tragen muss.

Wir haben im übrigen die Frage erwogen, ob neben den Beiträgen der Versicherten und der Arbeitgeber auch solche der öffentlichen Hand zur Finanzierung herangezogen werden sollen. In der Motion Hofmann werden Beiträge der öffentlichen Hand vorgesehen, wobei der Anteil des Bundes vorab «aus Bundessteuern auf gesundheitsgefährdenden Verbrauchsgütern» zu decken wäre. Ähnlich befürworten – allerdings für die gesamte Versicherung – die Motionen Blatti und Naegeli öffentliche Beiträge, die der Bund aus «allfälligen zweckgebundenen Sondersteuern» (Blatti) oder aus der fiskalischen Belastung «gesundheitsschädlicher sowie nicht lebensnotwendiger Genuss- und Bedarfsartikel» (Naegeli) aufzubringen hätte. Die Vorstösse auf eine Sonderbesteuerung gesundheitsgefährdender Güter erscheinen im Zusammenhang mit der Krankenversicherung verständlich. Aus verschiedenen Gründen halten wir jedoch dafür, dass die Vorlage nicht mit Normen über neue oder zusätzliche Fiskalabgaben belastet werden sollte. Sonderverbrauchssteuern müssen auf wenige und ergiebige Objekte beschränkt werden. In Betracht käme unter diesem Aspekt die Belastung des Tabaks und der alkoholischen Getränke. Die fiskalische Belastung des Tabaks

hat schon heute ihre verfassungsrechtliche Grundlage (Art. 41^{bis} BV), desgleichen die Sonderbelastung der gebrannten Wasser (Art. 32^{bis} BV) sowie des Biers (Art. 41^{ter} BV). Dabei sind die erstgenannten zwei Abgaben für die AHV/IV zweckgebunden (Art. 34^{quater} BV), reichen aber, trotz ihrer Erhöhung, selbst zur Deckung der Bundesbeiträge nicht aus. An dieser Zweckbindung etwas zu ändern, wäre nicht sinnvoll. So bliebe die Frage der Schaffung einer Bundeskompetenz (in Art. 41^{bis} BV) für eine zusätzliche Belastung aller alkoholischen Getränke. Eine solche Steuer hätte jedoch den bestehenden Belastungen Rechnung zu tragen, weshalb das Hauptgewicht auf die Besteuerung des Weines fiel, wo aber wieder Rücksicht auf den inländischen Weinbau genommen werden müsste. Der Ertrag einer solchen zusätzlichen Getränkesteuer könnte daher nur ein bescheidenes Ausmass erreichen. Es ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass die alkoholischen Getränke heute immerhin schon Abgaben, inbegriffen die Warenumsatzsteuer, in der Grössenordnung von insgesamt 450 Millionen Franken jährlich tragen, während die alkoholfreien Getränke fiskalisch nicht belastet sind. Vor allem aber ist an das Schicksal der Initiative zur Bekämpfung des Alkoholismus vom 30. Oktober 1963, die eine allgemeine Alkoholsteuer einführen wollte, zu erinnern: sie wurde in der Volksabstimmung vom 16. Oktober 1966 mit einem grossen Stimmenmehr und von allen Ständen abgelehnt. Ein neuer Vorstoss in dieser Richtung würde unsere Vorlage politisch zu stark belasten.

Auch ausserhalb des Bereichs der Sonderverbrauchssteuern wären Lösungen zur Erschliessung neuer zweckgebundener Fiskalquellen zur Finanzierung der Bundesbeiträge an die Sozialversicherung nur schwerlich zu realisieren. Einem dauernden Zuschlag zur Warenumsatzsteuer steht etwa entgegen, dass die verfassungsrechtliche Grundlage für diese Steuer (Art. 41^{ter} BV) bis 1982 befristet ist. Dazu kommt, dass eine allenfalls noch mögliche Erhöhung des Ertrages der heutigen Warenumsatzsteuer – die geltenden verfassungsmässigen Höchstsätze sind mit der Vorlage über steuerliche Massnahmen, denen die eidgenössischen Räte in der Märzsession 1973 zugestimmt haben, schon erreicht – angesichts der steigenden Ausgaben und der Zollauffälle für die Finanzierung allgemeiner Bundesaufgaben zur Verfügung bleiben müsste. Ein weiteres Anheben der Sätze der Warenumsatzsteuer, auf Grund einer neu zu schaffenden Verfassungsbestimmung, brächte ferner eine Erschwerung eines spätern Übergangs zu einem neuen Umsatzsteuersystem (Mehrwertsystem) mit sich; denn je höher die Sätze der alten Steuer, umso komplizierter wird das Übergangsrecht und desto länger die Übergangszeit. Schliesslich ist nicht zu übersehen, dass sich der Sozialausgleich besser und wirksamer durch lohnprozentuale Versicherungsbeiträge als durch Umsatzsteuern erreichen lässt. Auch eine verfassungsrechtliche Kompetenz zur Erhebung einer Bundesnachlassteuer, die wir ebenfalls geprüft haben, kommt nach unserem Dafürhalten nicht in Frage. Es wäre mit starkem Widerstand der Kantone zu rechnen, die darin einen weitem Einbruch des Bundes in die Domäne der direkten Steuern erblicken würden, auf deren Ausschöpfung sie angewiesen sind. Es ist in diesem Zusammenhang auch an verschiedene parlamentarische Vorstösse aus jüngster Zeit zu erinnern, die darauf hünzielen, den Ertrag der heutigen direkten

Bundessteuer (Wehrsteuer) in weit grösserem Ausmasse als bisher oder sogar vollumfänglich den Kantonen zufließen zu lassen.

Aus den dargelegten Gründen schlagen wir vor, die Grossrisikoversicherung – ähnlich wie dies die Expertenkommission für die Spitalversicherung gemäss «Flimser Modell» angeregt hatte – nur durch Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber zu finanzieren.

Die Höhe der Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber hängt von der Ausgestaltung des Leistungs- und Beitragssystems der Grossrisikoversicherung ab. Die Expertenkommission hat für die Spitalversicherung gemäss «Flimser Modell», die die Spitalbehandlung vom sechsten Tag an übernommen hätte und durch lohnprozentuale Beiträge gemäss AHV/IV-System und rentenprozentuale Beiträge der Altersrentner zu finanzieren gewesen wäre, für die erste vierjährige Finanzierungsperiode mit einem Beitragssatz für Versicherte und Arbeitgeber von zusammen 1,8 bis 2 Lohnprozent und für Altersrentner mit einem solchen von 2 Prozent der Altersrente gerechnet. Da der Leistungsbereich der Grossrisikoversicherung gemäss Gegenentwurf über denjenigen des «Flimser Modells» hinausgeht und neben den Heilanstaltsbehandlungen auch ähnliche aufwendige Untersuchungen und Behandlungen umfasst, wären hierfür Beitragssätze von ungefähr 2,5 bis 3 Prozent erforderlich, wobei bei Arbeitnehmern jeweils die Hälfte vom Arbeitgeber zu übernehmen wäre.

434 Absatz 2 Buchstabe b (Krankenpflegeversicherung der anderen Risiken)

Die Krankenpflegeversicherung für Untersuchungen und Behandlungen, die nicht zu den grossen Risiken gehören, soll von Bundes wegen freiwillig sein und durch Individualprämien der Versicherten und gezielte Subventionen der öffentlichen Hand finanziert werden. Den Kantonen soll es im übrigen freistehen, diese Versicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch zu erklären.

In der Expertengruppe ist angeregt worden, für diesen Versicherungszweig nicht nur den Kantonen, sondern auch dem Bund die Möglichkeit einzuräumen, ein allgemeines oder partielles Obligatorium einzuführen. Die Bundesbefugnisse sollten gegenüber dem heutigen Verfassungsartikel nicht geschmälert werden; zudem könnte sich die Grossrisikoversicherung als ungenügend und daher eine erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung als notwendig erweisen. Es trifft zu, dass der geltende Artikel 34^{bis} BV dem Bund die umfassende, wenn auch nie ausgeschöpfte Befugnis einräumte, die Krankenversicherung «allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch zu erklären». Nun ist aber diese Verfassungsbestimmung eine reine Kompetenznorm, wogegen der vorliegende Gegenentwurf programmatischen Charakter hat und ein bestimmtes Versicherungskonzept entwickelt. In diesem Rahmen scheint es uns folgerichtig, klar auseinanderzuhalten, welche Bereiche der Krankenpflegeversicherung von Bundes wegen obligatorisch und welche freiwillig sein sollen, wobei nicht zu umgehen

sein wird, dass eine Änderung dieses Konzepts eine Verfassungsrevision bedingt. Unter den heutigen Verhältnissen halten wir ein Bundesobligatorium für die nicht zu den Grossrisiken zählenden Untersuchungen und Behandlungen weder sozial- noch gesundheitspolitisch für notwendig. Den Kantonen kann es überlassen bleiben, ob und wie weit sie hierfür ein Obligatorium einführen wollen. Im übrigen sehen sowohl die Motion Blatti wie auch die Motion Hofmann lediglich kantonale Obligatoriumsbefugnisse vor.

Die Ausgestaltung dieses Versicherungszweiges wird sich an die heutige Ordnung anlehnen. Grundsätzlich soll jedermann die Möglichkeit geboten werden, sich für diese Pflgerisiken zu versichern. Die Leistungen der Versicherung sind im oben erwähnten Sinne auszubauen (Zahnpflege, Unfall, vgl. Abschnitt 432). Die Finanzierung beruht auf Individualbeiträgen und Subventionen des Bundes und der Kantone. Im Gegensatz zu heute sollen diese Subventionen indes nicht allgemein, sondern vor allem zur Prämienermässigung für wirtschaftlich schwächere Bevölkerungsgruppen (Kleinverdiener, grosse Familien) gewährt werden; darin entspricht der Gegenentwurf den Motionen Blatti und Hofmann. Die Einzelheiten des Versicherungssystems werden auf Gesetzesebene festzulegen sein. Dabei wird auch eine zeitgemässe Lösung für die Beteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten getroffen werden müssen und überdies zu erwägen sein, ob nicht dem Versicherten für die Ausgestaltung des Versicherungsverhältnisses, insbesondere mit Bezug auf die Kostenbeteiligung und die Deckung bestimmter Risiken, eine grössere Wahlmöglichkeit eingeräumt werden kann als bisher.

435 Absatz 2 Buchstabe c (Krankengeldversicherung)

Der Versicherungsschutz gegen Lohnausfall bei Krankheit und Mutterschaft ist heute in verschiedenen Berufszweigen gut ausgebaut, gesamthaft gesehen jedoch uneinheitlich und lückenhaft. Ein umfassender Schutz der Arbeitnehmer gegen diese schwerwiegende wirtschaftliche Bedrohung ist sozialpolitisch geboten und lässt sich nur über eine gesetzliche Ordnung, nicht aber über den Arbeitsvertrag herbeiführen. Der Gegenentwurf sieht daher die Einführung einer obligatorischen Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer vor. Insoweit stimmt er mit der Volksinitiative und der Motion Hofmann überein.

Der Gesetzgeber wird im einzelnen die obligatorische Krankengeldversicherung zu ordnen haben. Vor allem wird er zu bestimmen haben, ob und in welchem Masse Teilzeitbeschäftigte in die Versicherung einzubeziehen sind. Ferner wird er Höhe und Dauer der Leistungen zu umschreiben haben, wobei sich eine Koordination mit der Lohnzahlung, mit den entsprechenden Leistungen der Unfallversicherung und mit den Renten der IV aufdrängt. Für die Finanzierung sieht der Gegenentwurf je hälftige Beiträge der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber vor. Beiträge der öffentlichen Hand kommen für diesen Versicherungszweig nicht in Betracht. Nach dem «Flimser Modell» hätte die obligatorische Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer Leistungen in der Höhe von 80 Prozent des Lohnes in der Regel vom 31. Tag der Arbeitsunfähigkeit an zu erbringen und wäre durch

Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber von zusammen schätzungsweise 1,3 Prozent des Lohnes zu finanzieren. Eine solche Lösung liesse sich auf Grund des von uns vorgeschlagenen Verfassungstextes verwirklichen.

Es mag sein, dass sich auch für andere Bevölkerungsgruppen, insbesondere für bestimmte Gruppen Selbständigerwerbender, eine obligatorische Krankengeldversicherung als notwendig erweist. Um diese Möglichkeit offen zu halten, sieht der Gegenentwurf vor, dass der Bund und – falls er von dieser Befugnis keinen Gebrauch macht – die Kantone das Krankengeldobligatorium auf weitere Bevölkerungsgruppen ausdehnen können. Im übrigen wird als selbstverständlich vorausgesetzt, dass die Krankenkassen weiterhin eine freiwillige Krankengeldversicherung betreiben.

436 Absatz 3 (Unfallversicherung)

Wir haben oben erwähnt, dass heute nur rund zwei Drittel der Arbeitnehmer obligatorisch und umfassend gegen Unfall versichert sind. Eine solche unterschiedliche Behandlung der Arbeitnehmer lässt sich auf die Dauer nicht rechtfertigen. Der Gegenentwurf sieht daher – in Übereinstimmung mit der Volksinitiative und den Motionen Blatti und Hofmann – ein Unfallversicherungsobligatorium für alle Arbeitnehmer vor. Für die Ausgestaltung der Versicherung legt der vorgeschlagene Verfassungstext nur eine Regel fest: Die Versicherung der Betriebsunfälle, durch die die Haftpflicht des Arbeitgebers abgelöst wird, soll zulezten des Arbeitgebers gehen. Die Stellung der Teilzeitbeschäftigten, die Sach- und Geldleistungen und die Finanzierung wird der Gesetzgeber festzulegen haben, wobei allerdings eine möglichst gleichartige Deckung des Unfallrisikos bei allen Arbeitnehmern anzustreben sein wird. Die Expertenkommission für die Revision der Unfallversicherung wird demnächst ihre Arbeiten abschliessen und ihre Vorschläge für die Neugestaltung und Erweiterung der obligatorischen Unfallversicherung veröffentlichen. Das Vernehmlassungsverfahren wird dann zeigen, ob diese Vorschläge eine geeignete Grundlage für die Neuordnung der obligatorischen Unfallversicherung bilden.

Ausser für Arbeitnehmer kann sich auch für andere Bevölkerungsgruppen, z. B. für bestimmte Selbständigerwerbende oder für Kinder, ein obligatorischer Unfallversicherungsschutz als notwendig erweisen. Bund oder Kantone sollen daher befugt sein, gegebenenfalls das Obligatorium auf solche Personengruppen auszudehnen.

437 Absatz 4 (Versicherung und Gesundheitswesen)

Diese Bestimmung ermächtigt den Bund zu verschiedenen Vorkehren, die darauf gerichtet sind, ein gutes Zusammenspiel von Versicherung und Gesundheitswesen zu fördern und der starken Kostenzunahme in beiden Bereichen zu steuern. Dabei wird eine genaue Beobachtung und Analyse der Kostenentwicklung unumgänglich sein, was den Ausbau der statistischen Grundlagen voraussetzt.

In erster Linie hat der Bund für eine wirtschaftliche Durchführung der Versicherung zu sorgen. In diesem Sinne hat er nicht nur die rationelle Geschäftsführung der Versicherungsträger zu überwachen, sondern vor allem die gesetzlichen Mittel dafür zu schaffen, dass der Versicherung nicht Pflegeleistungen (Untersuchungen, Behandlungen, Arzneimittel, Analysen) angelastet werden können, die nach Kosten oder Umfang dem angestrebten diagnostischen oder therapeutischen Zweck nicht angemessen sind. Solche Regeln bestehen schon in der geltenden Gesetzgebung, so beispielsweise in den Bestimmungen über die Auswahl der Arzneimittel und über die Wirtschaftlichkeit der Behandlung (Art. 23 KUVG).

Der Bund hat ferner die gesamtschweizerische Spitalplanung zu fördern und dabei in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen nicht sachgerechten und damit kostensteigernden Spitalinvestitionen entgegenzuwirken. Mit welchen Mitteln dies geschehen soll, ob über gezielte Investitionsbeiträge, wie dies das «Flimser Modell» und die Motion Hofmann anregen, oder auf andere Weise (z. B. über eine differenzierte Tarifgestaltung) wird noch einlässlich zu prüfen und dann vom Gesetzgeber festzulegen sein.

Des weitern soll der Bund die Kantone in ihren Bestrebungen unterstützen, eine ausreichende medizinische Versorgung zu gewährleisten. Damit wird nicht eine Ausweitung, sondern eine zweckmässige regionale Verteilung der Medizinaldienste angestrebt. Vor allem soll durch Subventionierung von Wartgeldern und durch ähnliche Massnahmen die Niederlassung von Medizinalpersonen in Berggebieten und anderen Regionen mit gefährdeter medizinischer Versorgung erleichtert werden.

Schliesslich soll der Bund Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen fördern, um auf diese Weise die von der Versicherung zu deckenden Gesundheitsschäden einzuschränken. Dies kann dadurch geschehen, dass der Versicherung vorbeugende Leistungen überbunden werden (vgl. Abs. 2 Einleitungssatz) oder dass allgemeine Massnahmen finanziell unterstützt oder – vor allem im Bereich der Unfallverhütung – vom Bund angeordnet und koordiniert werden.

44 Gesamtwürdigung

Der Gegenentwurf stellt Richtlinien auf für die künftige Ausgestaltung der Kranken-, Mutterschafts- und Unfallversicherung, lässt aber – wie es für eine Verfassungsbestimmung nicht anders möglich ist – dem Gesetzgeber genügend Raum, eine den gegebenen Verhältnissen angemessene Ordnung zu schaffen. Gegenüber der Volksinitiative, aber auch gegenüber der geltenden Gesetzgebung verdient der Gegenentwurf aus sozial-, gesundheits- und finanzpolitischen Überlegungen den Vorzug.

Sozialpolitisch postuliert der Gegenentwurf einen Versicherungsschutz für wirtschaftlich bedrohende Krankheits- und Unfallrisiken. Er sieht eine die ganze Bevölkerung umfassende Krankenpflegeversicherung für grosse Risiken (Heilan-

staltsbehandlungen und ähnliche aufwendige Untersuchungen und Behandlungen), eine die ganze Arbeitnehmerschaft umfassende Krankengeldversicherung (Lohnausfallversicherung) und Unfallversicherung vor. Die Krankenpflegeversicherung für die nicht zu den Grossrisiken zählenden Leistungen bleibt grundsätzlich freiwillig. Die Leistungen der Krankenpflegeversicherung sollen vor allem durch solche der Gesundheitsvorsorge und der Zahnpflege ergänzt werden; doch steht es dem Gesetzgeber frei, weitergehende Verbesserungen im Sinne der unangefochten gebliebenen Vorschläge des «Flimser Modell» vorzunehmen. Der Sozialausgleich wird durch die lohnprozentuale Finanzierung der Grossrisikoversicherung und durch gezielte Subventionen an die Krankenpflegeversicherung der anderen Risiken verbessert.

Gesundheitspolitisch begründet das im Gegenentwurf umrissene Krankenversicherungssystem keine neuen Anreize zum «Medizinalkonsum», indem es ein umfassendes Obligatorium mit lohnprozentualer Finanzierung lediglich für grosse, relativ leicht objektivierbare Risiken vorsieht, im übrigen aber eine grundsätzlich freiwillige Individualversicherung beibehält und damit die Selbstverantwortung nicht schmälert. Zudem wird dem Bund die Möglichkeit eingeräumt, durch gezielte Massnahmen dem ökonomischen Prinzip in der Versicherung und im Gesundheitswesen ganz allgemein zu vermehrter Beachtung zu verhelfen.

In finanzieller Hinsicht hat der Versicherte weiterhin – allerdings unter Berücksichtigung seiner wirtschaftlichen Verhältnisse – die Hauptlast der Krankenpflegeversicherung und den Aufwand für die Nichtbetriebsunfallversicherung zu tragen. Dem Arbeitgeber erwächst aus der Grossrisikoversicherung eine zusätzliche Belastung, die sich schätzungsweise auf 1,25 bis 1,5 Lohnprozente stellen dürfte. Aus der Krankengeldversicherung und der Unfallversicherung werden dem fortschrittlichen Arbeitgeber kaum nennenswerte Zusatzbelastungen entstehen. Die Belastung des Bundes dürfte nicht wesentlich über den gegenwärtigen Betrag hinausgehen; andererseits erlaubt die vorgesehene Grossrisikoversicherung eine zweckmässige Verteilung der Lasten aus dem Spitalwesen zwischen Versicherung und Gemeinwesen.

Eine Neuordnung der Kranken- und Unfallversicherung sieht sich unvermeidlich einer Vielfalt zum Teil widerstrebender Wünsche und Interessen gegenüber. Der Gegenentwurf bietet ein Konzept, das den wichtigsten Begehren Rechnung trägt und gleichermassen als zeitgemäss und sachgerecht bezeichnet werden darf.

5 Schlussbemerkungen

51 Vorschläge betreffend Abschreibung von Motionen

Mit der vorliegenden Botschaft haben wir zugleich Bericht erstattet über die von den Räten noch nicht behandelten Motionen Blatti (11427), Hofmann (11514) und Naegeli (11530). Durch den vorgeschlagenen Gegenentwurf werden die vorgebrachten Begehren teilweise verwirklicht. Wo dies nicht der Fall ist, gibt

die vorliegende Botschaft Auskunft über die Gründe, die sich dagegenstellen. Wir beantragen daher, die erwähnten Motionen als erledigt abzuschreiben.

52 Antrag

Auf Grund der vorstehenden Erwägungen schlagen wir Ihnen vor, die Volksinitiative für die soziale Krankenversicherung Volk und Ständen mit der Empfehlung auf Verwerfung der Initiative und Annahme des Gegenentwurfes zu unterbreiten. Der Entwurf eines Bundesbeschlusses ist der vorliegenden Botschaft beigelegt.

Wir versichern Sie, sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, unserer vorzüglichen Hochachtung.

Bern, den 19. März 1973

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident:

Bonvin

Der Bundeskanzler:

Huber

(Entwurf)

Bundesbeschluss

über das Volksbegehren für die soziale Krankenversicherung und die Änderung der Bundesverfassung auf dem Gebiet der Kranken-, Unfall- und Mutterschaftsversicherung

*Die Bundesversammlung
der Schweizerischen Eidgenossenschaft,*

gestützt auf die Artikel 85 Ziffer 14, 118 und 121 der Bundesverfassung,
sowie auf Artikel 27 des Geschäftsverkehrsgesetzes vom 23. März 1962¹⁾;
nach Prüfung des am 31. März 1970 eingereichten Volksbegehrens für die
soziale Krankenversicherung;

nach Einsicht in die Botschaft und den Bericht des Bundesrates vom
19. März 1973²⁾,

beschliesst:

Art. 1

Das Volksbegehren für die soziale Krankenversicherung vom 31. März 1970
wird Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet.

Es lautet wie folgt:

Artikel 34^{bis} und Artikel 34^{quinquies} Absatz 4 der Bundesverfassung sind
durch folgende Bestimmung zu ersetzen:

Artikel 34^{bis} (neu)

¹ Der Bund richtet auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und
Mutterschaftsversicherung sowie die Unfallversicherung ein. Er berücksichtigt die
bestehenden Krankenkassen.

² Die Krankenpflegeversicherung einschliesslich Zahnbehandlung ist obliga-
torisch. Für schwerbelastende sowie langdauernde Krankheiten oder ihnen

¹⁾ AS 1962 773

²⁾ BBl 1973 I 940

gleichzustellende nicht im Sinne von Absatz 4 versicherte Unfälle, bei Spitalaufenthalt und für Mutterschaft deckt sie im Rahmen der von der Gesetzgebung zu umschreibenden Grundsätze die gesamten Kosten.

³ Die Erwerbssersatzversicherung ist mindestens für die in Absatz 2 erwähnten Fälle obligatorisch. Sie ist so zu ordnen, dass das Krankengeld wenigstens 80 Prozent des vorher bezogenen Einkommens, für Nichterwerbstätige mindestens den Taggeldern der Invalidenversicherung entspricht. Die Grenze des versicherbaren Höchsteinkommens wird durch das Gesetz festgelegt.

⁴ Die Unfallversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund kann das Obligatorium auf weitere Kreise der Bevölkerung ausdehnen.

⁵ Die Finanzierung der Versicherung gemäss Absatz 2 und 3 erfolgt durch Beiträge des Bundes, der Kantone und der Versicherten. Die Prämien sind für Erwerbstätige und ihre Familien in einem Prozentsatz des Erwerbseinkommens festzulegen. Für Arbeitnehmer übernimmt der Arbeitgeber mindestens die Hälfte der Prämien.

⁶ Der Bund und die Versicherungsträger fördern alle Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen.

⁷ Der Bund führt die Koordination mit den übrigen Zweigen der Sozialversicherung herbei.

⁸ Alles übrige regelt die Gesetzgebung.

Art. 2

Gleichzeitig wird der Gegenentwurf der Bundesversammlung Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet.

Er lautet wie folgt:

I

Artikel 34^{bis} der Bundesverfassung wird wie folgt neu gefasst:

¹ Der Bund richtet auf dem Wege der Gesetzgebung eine soziale Kranken- und Unfallversicherung ein. Dabei berücksichtigt er die bestehenden Krankenkassen und wahrt grundsätzlich die freie Wahl der Medizinalpersonen und deren Behandlungsfreiheit.

² Die Krankenversicherung gewährt Leistungen der Gesundheitsvorsorge sowie Pflege- und Geldleistungen bei Krankheiten, mit Einschluss von Zahnerkrankungen, bei Mutterschaft und, falls hiefür anderweitig keine Versicherung besteht, bei Unfall. Sie ist folgendermassen auszugestalten:

- a. Die Versicherung für Heilanstaltsbehandlungen und ähnliche aufwendige Untersuchungen und Behandlungen ist für die ganze Bevölkerung obligatorisch. Sie wird durch Beiträge der Versicherten finanziert. Für Arbeitnehmer übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge.

- b. Die Versicherung für andere Untersuchungen und Behandlungen ist von Bundes wegen freiwillig. Sie wird durch Beiträge der Versicherten, des Bundes und der Kantone finanziert. Bund und Kantone haben insbesondere dafür zu sorgen, dass sich die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen zu tragbaren Bedingungen versichern können. Die Kantone können die Versicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen als obligatorisch erklären.
- c. Die Versicherung für Krankengeld ist für Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund oder die Kantone können das Obligatorium auf weitere Bevölkerungsgruppen ausdehnen. Die Versicherung wird durch Beiträge der Versicherten finanziert. Für Arbeitnehmer übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge.

³ Die Unfallversicherung ist für Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund oder die Kantone können das Obligatorium auf weitere Bevölkerungsgruppen ausdehnen. Die Versicherung der Betriebsunfälle geht zu Lasten des Arbeitgebers.

⁴ Der Bund sorgt für eine wirtschaftliche Durchführung der Versicherung und fördert eine gesamtschweizerische Spitalplanung. Er unterstützt die Bestrebungen der Kantone, eine ausreichende medizinische Versorgung zu gewährleisten, und fördert Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen.

II

Artikel 34^{quinquies} Absatz 4 der Bundesverfassung wird aufgehoben.

Art. 3

Die Bundesversammlung empfiehlt dem Volk und den Ständen, das Volksbegehren zu verwerfen und diesen Gegenentwurf anzunehmen.

Art. 4

Der Bundesrat wird mit dem Vollzug beauftragt.

**Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf betreffend die
Änderung der Bundesverfassung auf dem Gebiete der Kranken-, Unfall- und
Mutterschaftsversicherung und Bericht zum Volksbegehren für die soziale
Krankenversicherung (Vom 19....**

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1973
Année	
Anno	
Band	1
Volume	
Volume	
Heft	14
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	11572
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	09.04.1973
Date	
Data	
Seite	940-986
Page	
Pagina	
Ref. No	10 045 717

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.