Empfehlung an die Stimmberechtigten

Bundesrat und Parlament empfehlen den Stimmberechtigten aus den dargelegten Gründen, am 6. Dezember 1987 wie folgt zu stimmen:

- JA zum Bundesbeschluss betreffend das Konzept BAHN 2000
- JA zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
- NEIN zur Volksinitiative «zum Schutz der Moore – Rothenthurm-Initiative»

Volksabstimmung vom 6. Dezember 1987

Abstimmungserläuterungen des Bundesrates

Worum geht es?

BAHN 2000

BAHN 2000 ist ein Konzept zur Förderung des öffentlichen Verkehrs. Bis zum Jahr 2000 soll das Angebot von Bahn und Bus schrittweise verbessert werden: häufigere und direktere Verbindungen, bessere Anschlüsse, kürzere Reisezeiten und attraktivere Dienstleistungen sind die Ziele von BAHN 2000.

Abstimmungstext: S. 2
Erläuterungen: S. 3 - 7

Kranken- und Mutterschaftsversicherung

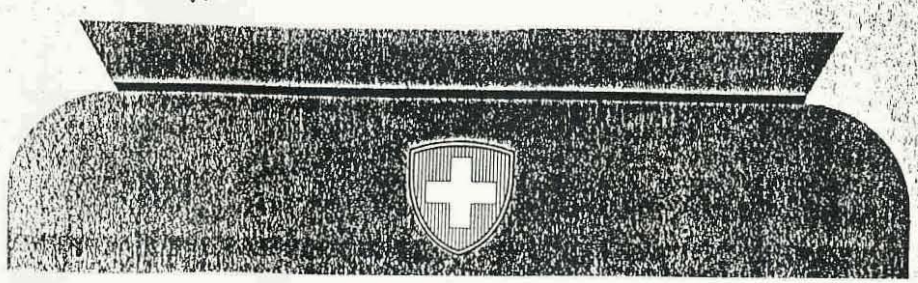
Die Revision des Gesetzes über die Krankenversicherung ist ein wichtiger Schritt, um der Kostenexplosion im Gesundheitswesen wirksam zu begegnen und die Mutterschaftsversicherung gerecht und sozial auszubauen.

Abstimmungstext: S. 14 - 33
Erläuterungen: S. 8 - 13

Initiative zum Schutz der Moore

Die Volksinitiative «zum Schutz der Moore – Rothenthurm-Initiative» verlangt ein Bauverbot in den Moorlandschaften und richtet sich damit auch gegen einen Teil des Waffenplatzes Rothenthurm. Bundesrat und Parlament lehnen die Initiative ab, weil deren wichtigste Naturschutz-Anliegen mit einer Gesetzesrevision bereits verwirklicht worden sind und der militärisch notwendige Waffenplatz mit dem Naturschutz vereinbar ist.

Abstimmungstext: S. 34
Erläuterungen: S. 35 - 39



1. Vorlage: BAHN 2000

Abstimmungstext

Bundesbeschluss betreffend das Konzept BAHN 2000

vom 19. Dezember 1986

Art. 1

Der Bund verwirklicht das Konzept BAHN 2000 mit dem Ziel, den öffentlichen Verkehr in der Schweiz zu fördern.

Art. 2

Zu diesem Zweck wird das Netz der Schweizerischen Bundesbahnen durch folgende neue Linien erweitert:

a. Vauderens–Villars-sur-Glâne;
b. Mattstetten–Rothrist;
c. Olten–Muttenz;
d. Zürich Flughafen–Winterthur.

Art. 3

[1] Der Bundesrat genehmigt die Bauetappen und bestimmt den zeitlichen Ablauf.
[2] Der Bundesrat orientiert die eidgenössischen Räte mit dem Geschäftsbericht über den Stand der Verwirklichung des Konzeptes.

Art. 4

[1] Dieser Beschluss ist allgemeinverbindlich; er untersteht dem fakultativen Referendum.
[2] Er wird wirksam mit dem Ablauf der Referendumsfrist, wenn kein Referendum zustandekommt, oder mit der Annahme an der Volksabstimmung.
[3] Dieser Beschluss gilt bis zur Verwirklichung des Konzeptes BAHN 2000.

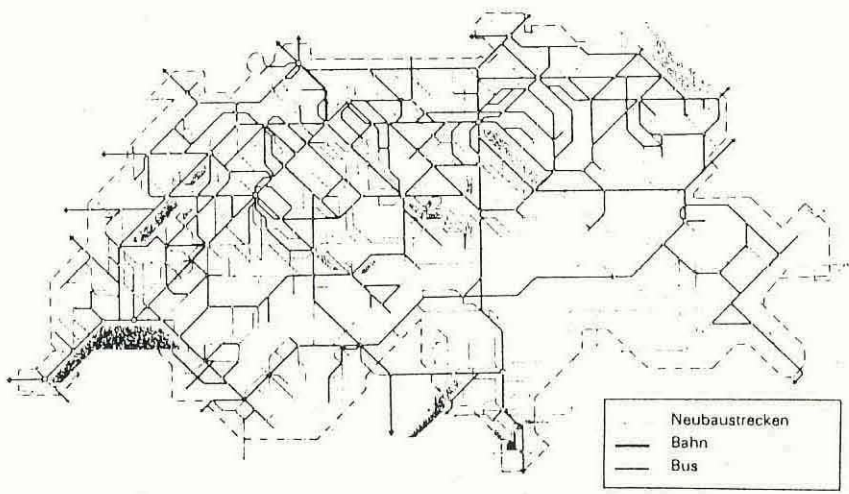
Ausgangslage

Ein gut funktionierendes Verkehrssystem mit leistungsfähigen Strassen und effizienten Bahnen ist für unser Land, seine Bewohner, seine Gäste und seine Wirtschaft von grosser Bedeutung. In den letzten Jahren hat das Bedürfnis nach Mobilität grosse Investitionen für den privaten Strassenverkehr ausgelöst. Der Strassenverkehr hat sich daher seit den sechziger Jahren mehr als verdoppelt, und der Anteil der Bahnen am Gesamtverkehr hat stark abgenommen. Diese Entwicklung schafft Probleme, nicht nur für die Umwelt. Sogar die Freude am Autofahren wird immer mehr durch Staus auf den Autobahnen geschmälert.

Wenn wir die weitere Entwicklung des Verkehrs bewältigen wollen, ist der Zeitpunkt gekommen, den öffentlichen Verkehr zu fördern. BAHN 2000 ist ein Konzept, das dazu beiträgt, die Verkehrsprobleme der Zukunft zu lösen. Es stärkt den öffentlichen Verkehr, so dass dieser zwei Drittel der Verkehrszunahme der nächsten 20 Jahre auffangen kann.

Die Förderung des öffentlichen Verkehrs wird nicht bestritten. Hingegen wehrt sich ein Komitee mit einem Referendum gegen die vier neuen geplanten Bahnstrecken.

Der Bundesrat und die grosse Mehrheit des Parlaments halten BAHN 2000 für unerlässlich, um die Verkehrsprobleme zu bewältigen. Ohne die vier Neubaustrecken kann BAHN 2000 nicht realisiert werden.



Gleichsam das Rückgrat von BAHN 2000 bilden vier neue Streckenabschnitte mit einer Länge von insgesamt 120 Kilometern, d.h. 2,4 Prozent des gesamten Bahnnetzes. Damit können die Fahrzeiten verkürzt und der Personen- und Güterverkehr leistungsfähiger gestaltet werden.

Was bringt BAHN 2000?

Bis zum Jahr 2000 soll der Schweiz ein leistungsfähiges und bis in die Regionen fein abgestimmtes Bahn- und Busnetz zur Verfügung stehen, das im wesentlichen folgende Merkmale aufweist:

• Mehr Bahn- und Busverbindungen

Ein gut ausgebautes Schienennetz und ein dichtes Angebot von Buslinien sollen die Regionen mit besseren Verbindungen bedienen. In das Konzept BAHN 2000 sind daher neben den SBB auch die Privatbahnen, die Postautos und die konzessionierten Busbetriebe einbezogen. BAHN 2000 nützt also nicht nur den Zentren, sondern auch den abseits gelegenen Randregionen und rückt diese näher zusammen.

• Taktfahrplan mit guten Anschlüssen

Ein attraktiver, einfacher Fahrplan ist eines der Hauptziele von BAHN 2000. In den wichtigsten Bahnhöfen, sogenannten Knotenpunkten, treffen jede Stunde, teilweise sogar jede halbe Stunde Züge und Busse aus allen Richtungen ein und vermitteln gute Anschlüsse. Um dies zu erreichen, muss die Fahrzeit zwischen einigen Bahnhöfen um 5 bis 23 Minuten verkürzt werden, was den Bau von vier neuen Abschnitten bedingt.

• Rascher ans Ziel

Hochgeschwindigkeitsbahnen wie der französische TGV sind für die kleinräumige Schweiz nicht die richtige Lösung. Bessere Anschlüsse, erleichtertes Umsteigen, neue Direktverbindungen und nicht zuletzt modernste Lokomotiven mit besserer Beschleunigung und höherer Geschwindigkeit werden die Reisezeit trotzdem erheblich verringern.

• Weniger umsteigen

Wer angenehm reisen will, möchte bis ans Ziel im gleichen Wagen sitzen bleiben. BAHN 2000 bietet bedeutend mehr direkte Zugsverbindungen. So werden zum Beispiel direkte Züge von Genf über Freiburg nach Basel, vom Tessin und ab Chur nach Zürich-Flughafen sowie vom Jurasüdfuss nach St. Gallen und ins Rheintal fahren. Mehr Direktverbindungen sind sowohl zwischen den grösseren Knotenpunkten als auch aus den Regionen in die Zentren vorgesehen.

• Verbesserungen auf den Bahnhöfen und in den Zügen

BAHN 2000 sieht auch Verbesserungen auf Bahnhöfen vor. Diese bieten spezielle Parkplätze für Bahnkunden. Bahn, Tram und Bus sollen näher zusammenrücken und über leichtgängige Rampen erreichbar sein. Niveaugleiche Perrons sorgen für bequemes Ein- und Aussteigen. Freundliche Auskunfts- und Aufenthaltsräume erwarten den Kunden. Zudem wird mit BAHN 2000 auch der Komfort in den Zügen verbessert.

• Mehr Güter auf der Schiene

Mehrere tausend Firmen sind in unserem Land bereits heute über Anschlussgleise mit der Bahn direkt verbunden. BAHN 2000 vergrössert die Zahl dieser Anschlüsse und schafft mit dem kombinierten Verkehr zwischen Schiene und Strasse neue Möglichkeiten. Dadurch wird die Strasse entlastet.

• BAHN 2000 und das Ausland

Die Schweiz ist eng mit ihren Nachbarländern und mit dem übrigen Europa verbunden. Daran haben die Bahnen grossen Anteil. BAHN 2000 sichert und verbessert die Verbindungen über die Landesgrenzen hinaus und schafft auch hier neue Kapazitäten.

Was kostet BAHN 2000?

Die SBB-Bauvorhaben für BAHN 2000 kosten 5,4 Milliarden Franken, die je etwa zur Hälfte für den Ausbau bestehender Linien und für den Bau neuer Strecken benötigt werden. Der Bund leiht diesen Betrag den SBB. Er trägt die während der Bauzeit auflaufenden Bauzinsen und Amortisationskosten. Eine Verkehrszunahme von 30 Prozent, wie sie Experten nach Einführung von BAHN 2000 durchaus erwarten, wird es ermöglichen, das geliehene Geld zu verzinsen und zurückzugeben sowie die Mehrkosten zu tragen. Zur Verwirklichung von BAHN 2000 unterstützen Bund und Kantone auch die Privatbahnen mit je rund einer Milliarde Franken.

Argumente des Referendumskomitees

Das Referendumskomitee begründet seine ablehnende Haltung wie folgt:

«NEIN zu Neubaustrecken: *Die Opfer an Land, Wald und Umwelt, an heute noch intakten Landwirtschaftsbetrieben und an wertvollen Naherholungsräumen, die die geplanten Neubaustrecken namentlich im Mittelland fordern, sind gegenüber dem Gewinn von wenigen Minuten Fahrzeit zu hoch. Die Neubaustrecken werden als «unabdingbare Voraussetzung» für die Zukunftsbahn hochgespielt. Tatsächlich aber gibt es bessere Möglichkeiten, die mit dem Konzept BAHN 2000 gesteckten Ziele zu verwirklichen: Das bestehende Schienennetz (das dichteste der Welt) optimal nutzen und verbessern, neue Techniken im Rollmaterial einsetzen und die Entwicklung eines modernen Betriebsleit- und Sicherungssystems vorantreiben.*

Keine finanziellen Abenteuer: *Schon heute ist die Finanzierung der Bahnen verworren und für den Steuerzahler nicht mehr durchschaubar. Jährlich zahlt der Bund über 800 Mio. Franken in die Kasse der Bundesbahnen. Wie die zusätzlichen Milliardenbeträge für BAHN 2000 beschafft und später verzinst und amortisiert werden sollen, ist unklar. Es wäre Pflicht der Behörde, dem Steuerzahler aufzuzeigen, wie die nötigen Geldbeträge aufgebracht werden sollen. Wir laufen Gefahr, die heute freie, in eigener Verantwortung vorgenommene Verkehrsmittelwahl durch staatliche Lenkungsmassnahmen zu ersetzen.*

Die Katze im Sack: *Für die Neubaustrecken der BAHN 2000 wurde nur eine beschränkte Umweltverträglichkeitsprüfung durchgeführt, obwohl lebenswichtige Grundwasservorkommen gefährdet und einzelne Regionen massiv betroffen werden.*
BAHN 2000 löst die Transitfrage nicht. Schon heute sind weitere Milliardenprojekte für neue Bahntransitverbindungen (Gotthard oder Splügen) angekündet.
BAHN 2000 wird voraussichtlich einen Mehrbedarf an Strom von zwischen 400-500 Mio. Kilowattstunden verursachen. Damit erhöht sich der Elektrizitätsverbrauch der SBB um ca. 25%. Wie und wo dieser Strom produziert werden soll, ist nicht dargetan.

NEIN zu BAHN 2000 *heisst den Weg öffnen, damit wir fristgerechter, benutzungsgerechter, umweltgerechter und kostengerechter zu einer Bahn für das Jahr 2000 kommen.»*

Stellungnahme des Bundesrates

Nur mit dem modernen Konzept BAHN 2000 kann innert nützlicher Frist ein attraktiverer öffentlicher Verkehr verwirklicht werden, der zum Umsteigen auf Bahn und Bus anregt, umweltfreundlich ist und einen wichtigen Beitrag zur optimalen Lösung der anstehenden Verkehrsprobleme leistet.

Landverlust tragbar und verhältnismässig

Der Verlust an Landwirtschaftsflächen für die neuen Bahnstrecken muss angesichts der öffentlichen Interessen, die damit verfolgt werden, in Kauf genommen werden. Der öffentliche Verkehr ist die umweltfreundlichste Art des Verkehrs. Ohne BAHN 2000 müsste die Kapazität der Strasse erweitert werden, was bedeutend mehr Boden beanspruchen würde. **Man kann nicht mehr Umweltschutz verlangen und gleichzeitig ein Opfer verweigern.** Ohne Neubaustrecken ist BAHN 2000 nicht möglich.

Umweltschutz berücksichtigt

Eine erste Prüfung der Umweltverträglichkeit von BAHN 2000 hat gezeigt, dass den Aspekten des Umweltschutzes durchaus Rechnung getragen wird. Vertiefte Abklärungen zur Umweltverträglichkeit werden während der Detailprojektierung durchgeführt. Das Anliegen des Umweltschutzes wurde bei der Wahl der Linien für die Neubaustrecken besonders berücksichtigt: Mit modernster Bautechnik und harmonischer Streckenführung werden Landschaft, Siedlungen und Grundwasser geschont.

Zusätzlicher Strombedarf gering

BAHN 2000 benötigt zwar mehr Strom, **spart aber andere Energien,** vor allem Treibstoff. Der Anteil der Bahnen am schweizerischen Stromverbrauch steigt lediglich von 5 auf 6 Prozent. Im übrigen ist der Energieverbrauch pro beförderte Person oder Gütertonne im öffentlichen Verkehr sehr gering.

Investitionen werden zurückbezahlt

Die 5,4 Milliarden Franken für SBB-Bauvorhaben sind, verglichen mit den rund 25 Milliarden Franken, die der Bau der Nationalstrassen bisher gekostet hat, angemessen und verkraftbar. Zudem werden die Investitionen durch den erwarteten Mehrverkehr finanziert.

Aus allen diesen Gründen empfehlen der Bundesrat und das Parlament, den Bundesbeschluss über das Konzept BAHN 2000 gutzuheissen.

2. Vorlage: Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Ausgangslage

In den letzten zehn Jahren sind in der Schweiz die Ausgaben für die Gesundheit von rund 10 auf 20 Milliarden Franken pro Jahr gestiegen. Die Kosten in der Krankenversicherung und mit ihnen auch die durchschnittlichen Prämien der Versicherten haben sich in der gleichen Zeit verdoppelt. Die Löhne sind aber nur etwa um die Hälfte gestiegen. Jeder musste daher einen immer grösseren Teil seines Einkommens für die Krankenversicherung ausgeben. Es ist dringend notwendig, diese Kostenexplosion in den Griff zu bekommen. Die Kosteneindämmung steht deshalb bei der Revision des Krankenversicherungsgesetzes im Vordergrund.

Seit mehr als 40 Jahren schreibt die Bundesverfassung vor, es sei eine Mutterschaftsversicherung einzurichten. Bundesrat und Parlament haben sich in den vergangenen Jahren, insbesondere in ihren Stellungnahmen zur Volksinitiative «für einen wirksamen Schutz der Mutterschaft», fest entschlossen gezeigt, den Schutz der Mutterschaft zu verbessern. Jede Frau soll der Geburt eines Kindes ohne existenzielle Probleme entgegensehen können.

Mit der nun vorgeschlagenen Gesetzesrevision werden beide Ziele erreicht:

- Eine verbesserte Koordination, eine wirksamere Kontrolle, ein gezielterer Einsatz der öffentlichen Mittel und eine grössere Selbstverantwortung der Patienten ermöglichen es, die Kosten der Krankenversicherung einzudämmen; gleichzeitig werden aber auch bestimmte Leistungen verbessert.

- Die Mutterschaftsversicherung schliesst eine Lücke in unserem sozialen Netz.

Gegen die Revision wurde von zwei Seiten das Referendum ergriffen, so dass nun das Volk entscheiden muss, ob die Reform in Kraft treten kann.

Bundesrat und Parlament befürworten die Revision, weil sie diese für notwendig, massvoll und sozial gerechtfertigt halten.

Was bringt die Revision?

Die Revision verfolgt hauptsächlich zwei Anliegen: die Kosten der Krankenversicherung werden eingedämmt, und eine ausgebaute Mutterschaftsversicherung wird eingeführt.

Die wichtigsten Neuerungen in der Krankenversicherung:

- Der Bundesrat erlässt Grundsätze und Richtlinien für die Tarife (Preise), die die Krankenkassen an Ärzte, Chiropraktiker, Physiotherapeuten und andere Medizinalpersonen bezahlen.
- Die Krankenkassen erhalten von den Ärzten genauere Auskünfte. Den Versicherten wird eine detailliertere Rechnung zugestellt, damit sie sehen, wofür die Krankenkasse aufkommt.
- Wenn die Kantone eine Spitalplanung festlegen, bezahlen die Krankenkassen nur jenen Spitälern, die dieser Planung entsprechen. Damit wird vermieden, dass Krankenkassen ein Überangebot an medizinischer Versorgung finanzieren.
- Die Spitäler dürfen den Krankenkassen höchstens 60 Prozent der Betriebskosten berechnen (heute zum Teil mehr).
- Die Krankenkassen müssen für die ganze Dauer des Spitalaufenthaltes bezahlen (heute maximal 720 Tage).
- Der Selbstbehalt der Versicherten wird von 10 auf 20 Prozent erhöht. Er darf aber pro Jahr 500 Franken nicht übersteigen.

Subventionen an die Krankenkassen

Seit 1978 sind die Bundesbeiträge an die Krankenkassen eingefroren. Jetzt werden sie wieder erhöht und gezielter eingesetzt. Davon werden vor allem Krankenkassen mit zahlreichen AHV- und IV- Rentnern und kinderreiche Familien profitieren. Folgende Bundesbeiträge sind vorgesehen (in Millionen Franken):

	Ohne Gesetzesrevision	*Mit Gesetzesrevision*
1989	978	1006
1990	982	1062
1991	985	1120

Die wichtigsten Neuerungen in der Mutterschaftsversicherung:

- Alle Mütter, erwerbstätig oder nicht, erhalten während 16 Wochen ein Taggeld. Bei Nichterwerbstätigen sind dies 39 Franken pro Tag, bei Erwerbstätigen 75 Prozent des Einkommens, mindestens jedoch 39 und höchstens 117 Franken.
- Die jährlichen Kosten für die Taggelder betragen rund 400 Millionen Franken. Ähnlich wie bei der AHV, der Invalidenversicherung und der Erwerbsersatzordnung werden sie durch Lohnprozente finanziert. Der Abzug beträgt 0,3 Prozent, d.h. je 0,15 Prozent für Arbeitnehmer und Arbeitgeber (Fr. 1.50 pro 1000 Franken Einkommen).
- Auch Nichterwerbstätige sind versichert. Ihr Beitrag variiert je nach Vermögen zwischen 12 und 400 Franken pro Jahr, wobei nichterwerbstätige Ehefrauen und Witwen wie in der AHV von der Beitragspflicht ausgenommen sind.
- Der Kündigungsschutz wird auf die ganze Dauer der Schwangerschaft und auf 16 Wochen nach der Geburt ausgedehnt (heute 8 Wochen vor und nach der Geburt).
- Der Bund bezahlt den Krankenkassen alle Arzt-, Pflege- und Spitalkosten bei Mutterschaft zurück (heute nur etwa 18 Prozent). Eine Krankenkasse mit vielen Kosten für die Mutterschaft muss also deswegen ihre Prämien nicht erhöhen.
- Nicht versicherten Müttern in bescheidenen Verhältnissen werden vier Fünftel der Arzt-, Pflege- und Spitalkosten bezahlt. Damit werden Härtefälle gemildert.

Argumente der Gegner

Zwei verschiedene Komitees haben das Referendum ergriffen.

Eine vorwiegend in der Westschweiz aktive Ärztegruppe begründet ihre ablehnende Haltung wie folgt:

«Es ist Sache des Arztes zu beurteilen, ob eine Therapie angebracht ist. Mit dem neuen Gesetz könnten sich die Krankenkassen in die Wahl der Behandlung einmischen. Sie könnten sich weigern, kostspielige Behandlungen zu übernehmen, von denen einige manchmal unumgänglich sind. Das Arztgeheimnis wäre bei der Übermittlung des Dossiers an die Krankenkassen nicht mehr gewährleistet. Die unabhängige Tätigkeit der Privatkliniken wäre bedroht, denn die Behörden könnten ihre Ausstattung mit medizinischen Spitzeneinrichtungen beschränken. Die kantonalen Spitäler fielen unter Bundesaufsicht: Die Zuständigkeiten der Kantone würden beschnitten, obwohl ihre finanziellen Lasten stiegen. Unter dem Vorwand, die Gesundheitskosten zu begrenzen, würde das neue Gesetz die Qualität der medizinischen Versorgung verschlechtern und die Bürokratie vergrössern.»

Das andere Komitee, das vor allem aus gewerblichen Kreisen gebildet wird, macht folgende Argumente geltend:

«Anstelle einer Eindämmung der Gesundheitskosten verursacht die Gesetzesrevision mit der Einführung des sogenannten Mutterschaftstaggeldes jährlich Hunderte Millionen von Zusatzkosten. Dieses neue Obligatorium wird erneut mit Lohnsteuern finanziert. Die Geburtsgelder sind nicht nur kostspielig, sondern auch unsozial: Gut Verdienende erhalten höhere Leistungen als Mütter mit geringen Einkommen. Auch Nichterwerbstätige, selbst Bestsituierte erhalten Leistungen.

Die Schweizer Familie, die in guten Verhältnissen lebt, will sich die Geburt eines Kindes nicht staatlich subventionieren lassen. Es ist verfehlt, die Geburten auf gleiche Weise staatlich zu entschädigen wie den Militärdienst, der eine staatliche Pflicht ist.

Die Krankenkassenbeiträge werden nicht billiger. Das Parlament hat denn auch bereits eine neue Revision verlangt. Dabei können die unbestrittenen Neuerungen verwirklicht und die bereits heute bestehenden Leistungen für die Pflege von Mutter und Kind ausgebaut werden.»

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hält diese Revision insbesondere für notwendig, um die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen und den Mutterschaftsschutz auszubauen.

• Kostensteigerung eindämmen

Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen führt zu grossen Belastungen der Versicherten. Sollen die Kosten und damit auch die Prämien nicht ins Unermessliche steigen, so müssen Einschränkungen vorgenommen werden. Die Ärzte bewahren ihre Unabhängigkeit, die Krankenkassen sollen aber nicht für Unnötiges bezahlen müssen.

• Ein fairer Kompromiss

Das vorgeschlagene Gesetz ist ein fairer Kompromiss. Im Konflikt zwischen Freiheit der Medizin und tragbaren Kosten für die Versicherten wurde eine ausgeglichene und massvolle Lösung gefunden. Die Kantone, das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen und die Verbindung der Schweizer Ärzte haben diese Neuerungen mitgestaltet.

• Übertreibungen verhindern

Die Krankenkassen werden weiterhin alles übernehmen, was für die Erhaltung der Gesundheit nötig ist. Niemand muss Angst haben, dass ihm die Krankenkasse kostspielige, aber notwendige Behandlungen verunmöglicht. Den da und dort festgestellten Übertreibungen muss jedoch Einhalt geboten werden.

• Genauere Auskünfte

Schon heute besteht eine Auskunftspflicht der Ärzte gegenüber den Krankenkassen. Das geänderte Gesetz umschreibt aber diese Pflicht genauer. Die Persönlichkeitsrechte der Versicherten werden gewahrt. Medizinische Angaben dürfen nur dem Vertrauensarzt der Kasse mitgeteilt werden. Dieser darf nur Angaben an die Kasse weiterleiten, die sie unbedingt braucht.

• Einfache und bewährte Lösung

Das Mutterschaftstaggeld soll im Rahmen der Erwerbsersatzordnung verwirklicht werden. Diese Lösung ist administrativ einfach, denn sie beruht auf einem bewährten Entschädigungssystem. Die Finanzierung wird von allen solidarisch mitgetragen.

• Gerecht und sozial

Der Vorwurf, die Revision sei unsozial, trifft nicht zu, sonst wäre auch die AHV unsozial. Die neue Mutterschaftsversicherung beruht auf Solidarität: Wer mehr verdient, zahlt entsprechend mehr Beiträge, die Leistungen der Versicherung sind aber nach oben begrenzt. Man kann von den Gutsituierten nicht Beiträge verlangen und sie dann von den Versicherungsleistungen ausschliessen. Indem Nichterwerbstätige ebenfalls ein Taggeld erhalten, werden auch die Hausfrauen von finanziellen Sorgen bei Mutterschaft entlastet.

• Keine Benachteiligung der Frau im Betrieb

Das Mutterschaftstaggeld führt zu keiner Benachteiligung der Frau auf dem Arbeitsmarkt, weil es durch Lohnprozente finanziert wird, die alle zahlen müssen. Für die einzelnen Betriebe spielt es deshalb keine Rolle, ob sie mehr Frauen oder Männer beschäftigen.

Die Krankenversicherung und die Mutterschaftsversicherung hängen sachlich zusammen. Der Bundesrat und das Parlament empfehlen den Stimmberechtigten, zur Revision Ja zu stimmen.

Abstimmungstext Krankenversicherung

Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Änderung vom 20. März 1987

I

Das Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Titel

Bundesgesetz über die Kranken- und Mutterschaftsversicherung (KMVG)

Ingress

gestützt auf die Artikel 34bis und 34^{quinquies} Absatz 4 der Bundesverfassung,

Änderung von Ausdrücken

In den Artikeln 27 Absatz 1 zweiter Satz und 33 Absatz 1 erster Satz wird der Hinweis auf den ersten Titel gestrichen.

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

Gliederungstitel

Erstes Kapitel: Grundsätze

Art. 1

A. Zweck und Gegenstand

[1] Der Bund fördert unter Mitwirkung der Kantone die Krankenversicherung. Er sorgt insbesondere durch Beiträge dafür, dass sich die Bevölkerung zu tragbaren Bedingungen versichern kann und dass die Lasten ausgewogen verteilt sind.

[2] Die Krankenversicherung umfasst auch die Mutterschaftsversicherung.

[3] Die Krankenversicherung ist unter Vorbehalt von Artikel 2 freiwillig.

Art. 2 Randtitel sowie Abs. 4

B. Mitwirkung der Kantone

[4] Die Kantone beteiligen sich an den Beiträgen des Bundes und gewähren eigene Beiträge für wirtschaftlich schwächere Versicherte, um deren finanzielle Belastung aus der Krankenversicherung zu vermindern.

Gliederungstitel

Zweites Kapitel: Die Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Krankengeldversicherung

Art. 2bis

A. Krankenkassen

[1] Die Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Krankengeldversicherung nach diesem Gesetz werden durch die anerkannten Krankenkassen (Kassen) durchgeführt.

[2] Die Kassen werden vom Bundesrat anerkannt, wenn sie den Anforderungen dieses Gesetzes genügen. Sie erhalten Beiträge der öffentlichen Hand. Im übrigen richten sich die Kassen nach ihrem Gutfinden ein.

Art. 3 Abs. 4bis

[4bis] Sie können im Bereich der Kranken- und Mutterschaftsversicherung Zusatzversicherungen betreiben; diese sind unabhängig von der Grundversicherung zu finanzieren. Die Kassen regeln diese Versicherungen und können dabei für die Aufnahme, den Anspruch auf Leistungen und die Abstufung der Mitgliederbeiträge von diesem Gesetz abweichen, soweit es nicht ausdrücklich bestimmt, dass eine Vorschrift auch für Zusatzversicherungen gilt.

Art. 5 Abs. 1

[1] Jede in der Schweiz wohnhafte Person, die das Rentenalter der AHV noch nicht erreicht hat, hat das Recht, in eine Kasse einzutreten, wenn sie die Aufnahmebedingungen erfüllt.

Art. 11bis

V. Informationspflicht der Kassen

Die Kassen teilen ihren Mitgliedern einmal im Jahr schriftlich mit:

a. welche Krankenpflegeleistungen dem gesetzlichen Minimum entsprechen;
b. welche weitergehenden Pflegeleistungen sie in ihrer Grundversicherung eingeschlossen haben;
c. welche Zusatzversicherungen sie anbieten und wie hoch die entsprechenden Beiträge sind.

Art. 12

D. Versicherungsleistungen I. Krankenpflege. Grundversicherung

[1] Die Leistungen der Krankenpflegeversicherung haben mindestens zu umfassen:

1. bei ambulanter Versorgung:
   a. die Untersuchungen und Behandlungen durch einen Arzt;
   b. die von einem Arzt angeordneten Heilanwendungen und Pflegeleistungen von medizinisch-therapeutischem Personal oder Personen der spitalexternen Krankenpflege;
   c. die Untersuchungen und Behandlungen durch einen Chiropraktor nach Artikel 21 Absatz 4;
   d. die von einem Arzt verordneten Arzneimittel und Analysen sowie die für die Behandlung der Versicherten erforderlichen Mittel und Gegenstände.
2. bei stationärer Versorgung: die Behandlungspauschale für die allgemeine Abteilung und die Taxen für besondere diagnostische und therapeutische Leistungen (Art. 22quinquies); vorbehalten bleibt Artikel 22sexies, Absatz 1;
3. einen Kurbeitrag für Badekuren, die ein Arzt zur Behandlung oder Nachbehandlung einer Krankheit angeordnet hat;
4. bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Entdeckung von Krankheiten sowie vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind;
5. Massnahmen der medizinischen Rehabilitation.

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

[3] Die Leistungen der Krankenpflegeversicherung für die ambulante und stationäre Versorgung werden zeitlich unbeschränkt gewährt.

[4] Der Bundesrat bestimmt die Voraussetzungen, unter denen ein Beitrag für Badekuren gewährt wird, sowie dessen Höhe und Dauer.

[5] Der Bundesrat bezeichnet nach Anhören der von ihm bestellten Fachkommissionen die Leistungen der Krankenpflegeversicherung näher. Er schliesst neue oder bereits angewandte Untersuchungen oder Behandlungen nach Methoden, deren Wirkung nicht wissenschaftlich nachgewiesen ist oder die unzweckmässig oder unwirtschaftlich sind, von den Leistungen aus. Ganz oder teilweise schliesst der Bundesrat Leistungen für Untersuchungen oder Behandlungen aus, die nicht mehr oder nur noch teilweise auf eine Krankheit gerichtet sind.

[6] Der Bundesrat erstellt nach Anhören der von ihm bestellten Arzneimittelkommission eine Liste der Arzneimittel, Analysen, Mittel und Gegenstände, welche die Kassen übernehmen müssen (Pflichtleistungen) sowie eine Liste der Arzneimittel und Präparate, welche die Kassen auch freiwillig nicht übernehmen dürfen. Für andere Arzneimittel dürfen die Kassen freiwillig höchstens den halben Preis vergüten. In die Liste der Pflichtleistungen werden nur Arzneimittel, Analysen, Mittel und Gegenstände aufgenommen, deren Wirkung nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen ist und die zweckmässig und wirtschaftlich sind.

Art. 12bis [1]

II. Krankengeld

[1] Die Kassen gewähren die Leistungen der freiwilligen Krankengeldversicherung, wenn der Versicherte mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist. Sie bestimmen das versicherbare Krankengeld. Dieses ist für eine oder mehrere Krankheiten während wenigstens 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen zu gewähren. Wird für den Anspruch auf Krankengeld eine Wartefrist vereinbart, während welcher der Arbeitgeber zur Lohnfortzahlung verpflichtet ist, so kann die Mindestbezugsdauer des Krankengeldes um diese Frist verkürzt werden. Für die Mutterschaft gilt die Leistungsdauer nach Artikel 14 Absatz 6.

[2] Die Krankengeldversicherung steht auch nicht erwerbstätigen Personen offen, soweit ihnen aus der Versicherung voraussichtlich kein Gewinn erwächst.

[3] Kinder dürfen nicht für Krankengeld versichert sein.

[1] Die Absätze 1bis und 2bis, eingefügt durch AVIG vom 25. Juni 1982, werden Absatz 2bis und 2ter.

[4] Hat der Versicherte den Gesundheitsschaden absichtlich oder grobfahrlässig herbeigeführt oder verschlimmert oder hat er trotz Mahnungen die Anordnungen des Arztes nicht befolgt, so kann die Kasse das Krankengeld kürzen oder in besonders schweren Fällen ganz verweigern.

[5] Hat der Versicherte für Angehörige zu sorgen, darf das Krankengeld um höchstens die Hälfte gekürzt werden. Während Entwöhnungskuren unter ärztlicher Kontrolle darf es nicht verweigert oder gekürzt werden.

Art. 12ter [1]

Aufgehoben

Art. 12quater

IIIbis. Aufenthalt in einer Heilanstalt. Zusatzversicherung

[1] Die Kassen ermöglichen den für Krankenpflege versicherten Mitgliedern eine Zusatzversicherung, welche die Aufenthaltspauschale nach Artikel 22sexies Absatz 1 übernimmt. Die Leistungen dieser Zusatzversicherung werden zeitlich unbeschränkt gewährt.

[2] Die Bestimmungen dieses Gesetzes über die Aufnahme und die Mitgliederbeiträge gelten sinngemäss. Bei einer Erhöhung der Aufenthaltspauschale darf kein neuer Vorbehalt angebracht werden.

[3] Die Aufenthaltspauschale wird bei Krankheit und bei Mutterschaft ausgerichtet.

Art. 13 Randtitel, Abs. 2 und 3

IV. Karenzzeit

[2] Im übrigen sind bei statutengemässer Krankheitsanzeige ärztliche Behandlung und Arznei vom Anfang der Krankheit an zu gewähren.

[3] *Aufgehoben*

Art. 14 Abs. 2 Ziff. 3 Bst. c und Ziff. 4 sowie Abs. 4–7

[2] Die Leistungen an die für Krankenpflege Versicherten haben überdies zu umfassen:

3. einen vom Bundesrat festzusetzenden Beitrag:
   c. an die Kosten der Pflege von Mutter und Kind zu Hause während einer beschränkten Zeit nach der Entbindung.
4. höchstens vier Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und eine Kontrolluntersuchung innerhalb von acht Wochen nach der Niederkunft.

[1] Artikel 12quater vom 9. Oktober 1981 wird Artikel 12ter (Randtitel: III. Leistungen...)

[4] Der Versicherten, die ihre Erwerbstätigkeit weniger als acht Wochen vor ihrer Niederkunft ganz oder teilweise aufgibt, darf deswegen das versicherte Krankengeld nicht herabgesetzt werden. Die Versicherte hat nur Anspruch auf das versicherte Krankengeld, sofern sie keine gesundheitsschädlichen Tätigkeiten verrichtet.

[5] Stillt die Versicherte ihr Kind während zehn Wochen ganz oder teilweise, gewährt ihr die Kasse ein Stillgeld. Der Bundesrat setzt die Höhe des Stillgeldes fest.

[6] Kontrolluntersuchungen und Pflegeleistungen, die mit der Mutterschaft zusammenhängen, sind vom Beginn der Schwangerschaft an bis acht Wochen nach der Niederkunft zu gewähren. Die Leistungen der Krankengeldversicherung erstrecken sich auf 16 Wochen, wovon mindestens acht nach der Niederkunft liegen müssen. Sie dürfen nicht an die Leistungsdauer bei Krankheit angerechnet werden und sind auch nach deren Erschöpfung zu gewähren.

[7] Ist eine Frau nicht für Krankenpflege versichert und erreicht ihr anrechenbares Einkommen und Vermögen eine vom Bundesrat festgesetzte Höhe nicht, erhält sie die Leistungen bei Mutterschaft, wenn sie bei ihrer Niederkunft ohne Unterbrechung seit mindestens 270 Tagen in der Schweiz Wohnsitz hatte. Sie erhält vier Fünftel der Mindestleistungen, auf die eine versicherte Frau Anspruch hat. Die Frau kann den Anspruch gegen eine angemessene Gebühr bei jeder Kasse ihres Wohnortes geltend machen. Die Tarife, Leistungsansätze und Verfahrensregeln der betreffenden Kasse sind anwendbar.

Art. 14bis

VII. Kostenbeteiligung

[1] Die Kassen sind verpflichtet, den Versicherten im Krankheitsfall eine Kostenbeteiligung in Form eines festen Jahresbetrages (Jahresfranchise) und eines prozentualen Selbstbehaltes aufzuerlegen.

[2] Der Bundesrat setzt die Jahresfranchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes fest. Er kann diese Beträge nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten abstufen und passt sie periodisch der Lohn- und Preisentwicklung sowie der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung an.

[3] Für die Kostenbeteiligung gelten insbesondere die folgenden Grundsätze:

a. sie ist für beide Geschlechter gleich;
b. der Selbstbehalt beträgt bis zu einem jährlichen Höchstbetrag 20 Prozent der die Jahresfranchise übersteigenden Krankenpflegekosten;

c. Für Kinder gilt die Hälfte der Jahresfranchise und des Höchstbetrages;
d. die Kostenbeteiligung für Kinder einer Familie, welche bei der gleichen Kasse versichert sind, darf insgesamt den vom Bundesrat festgesetzten Höchstbetrag der Kostenbeteiligung eines Erwachsenen nicht überschreiten.

[4] Keine Kostenbeteiligung darf erhoben werden:
a. bei Vorsorgeuntersuchungen und Kontrollmassnahmen;
b. auf den Leistungen bei Mutterschaft.

[5] Der Bundesrat kann für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen. Er kann für Dauerbehandlungen sowie für Behandlungen schwerer übertragbarer Krankheiten die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben. Er kann Kassen für Versicherungsmodelle, bei welchen sich die Erhebung von Franchise und Selbstbehalt als nicht anwendbar erweist, ganz oder teilweise davon befreien.

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

[7] Die für die Krankenversicherungsleistungen massgebenden Tarife gelten auch für die von den Versicherten im Rahmen der Kostenbeteiligung zu übernehmenden Leistungen.

Art. 16 Abs. 1 zweiter Satz und 3

[1] *(Betrifft nur den französischen und den italienischen Text)*

[3] Die Kassen sind befugt, mit Ärzten Verträge abzuschliessen, in welchen ein Beitrittsrecht anderer Ärzte ausgeschlossen wird, wenn im Tätigkeitsgebiet der Kasse gleichzeitig mindestens eine zusätzliche Tarifordnung besteht, für die das Beitrittsrecht der Ärzte im Sinne von Absatz 1 gilt.

Art. 18

II. Vertrauensärzte

[1] Die Kassen bestellen nach Anhören der kantonalen Ärztegesellschaften Vertrauensärzte, die insbesondere die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu kontrollieren haben. Bestreitet ein Arzt oder eine Ärzteorganisation das Recht eines Arztes, als Vertrauensarzt einer Kasse tätig zu sein, so ist Artikel 24 sinngemäss anwendbar.

[2] Ärzte, Apotheker, Chiropraktoren, Hebammen, medizinisch-therapeutisches Personal, Personen der spitalexternen Krankenpflege, Laboratorien und Heilanstalten müssen den Vertrauensärzten die notwendigen Angaben machen.

[3] Die Vertrauensärzte geben den zuständigen Verwaltungsstellen der Kassen diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um insbesondere einen Vorbehalt anzubringen, die Leistungen festzusetzen oder die Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu überprüfen. Bei der Berichterstattung an die Kassen wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten.

[4] Die eidgenössischen Dachverbände der Ärzte und Kassen regeln die Bekanntgabe sowie die Stellung der Vertrauensärzte der Kassen. Können sie sich nicht einigen, so regelt der Bundesrat die Einzelheiten.

Art. 19bis

IV. Wahl der Heilanstalt. Kostenübernahme

[1] Der Versicherte kann unter den inländischen Heilanstalten, die für die Behandlung seiner Krankheit geeignet sind, frei wählen. Als Heilanstalten gelten Anstalten oder Abteilungen, die der stationären Behandlung von Kranken dienen, ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten, das erforderliche fachgemäss ausgebildete Pflegepersonal haben und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen. Nicht als Heilanstalten gelten Anstalten, bei denen nicht die Behandlung, sondern die Pflege im Vordergrund steht.

[2] Begibt sich der Versicherte an seinem Wohnort, in dessen Umgebung oder aus medizinischen Gründen anderswo in eine Heilanstalt, die Mitglieder von Kassen nach diesem Gesetz behandelt, übernimmt die Kasse die in dieser Heilanstalt für den Versicherten geltende Behandlungspauschale.

[3] Begibt sich der Versicherte in eine Heilanstalt, ohne dass die Anforderungen nach Absatz 2 erfüllt sind, übernimmt die Kasse die Behandlungspauschale derjenigen entsprechenden Heilanstalt, die dem Wohnort des Versicherten am nächsten liegt und Mitglieder von Kassen nach diesem Gesetz behandelt.

[4] Verordnet der Arzt eine Badekur, kann der Versicherte unter den anerkannten Heilbädern frei wählen. Der Bundesrat umschreibt die Voraussetzungen, denen Heilbäder hinsichtlich ärztlicher Leitung, Heilanwendungen und Heilwasser zu genügen haben. Das Departement des Innern anerkennt die Heilbäder.

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

[6] Die Kantone können für ihr Gebiet verbindliche Planungen festlegen:

a. zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung unter Einbezug der spitalexternen Krankenpflege und der Pflege in Heimen und Anstalten;
b. für die Versorgung mit kostspieligen medizinisch-technischen Einrichtungen im stationären und ambulanten Bereich.

Kliniken mit privaten Trägerschaften sind angemessen in diese Planungen einzubeziehen. Die Kassen sind nur leistungspflichtig, sofern die Leistungserbringer diesen Planungen entsprechen.

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

Art. 21 Abs. 1 zweiter Satz, Abs. 4 zweiter Satz, Abs. 5 zweiter Satz sowie Abs. 6 und 7

[1] ... Die Bestimmungen für Ärzte gelten, wenn nichts anderes vorgesehen ist, sinngemäss auch für Zahnärzte, die Leistungen nach Artikel 12 Absatz 2 erbringen.

[4] ... Die Artikel 15 Absatz 1, 16 Absatz 1 und 3 sowie 17 Absatz 1 gelten sinngemäss.

[5] ... Die Artikel 15 Absatz 1, 16 Absatz 1 und 3 sowie 17 Absatz 1 gelten sinngemäss.

[6] Der Bundesrat erlässt nach Anhören der Kantone und der interessierten Organisationen Vorschriften über die Zulassung und den Tätigkeitsbereich des selbständig und unselbständig tätigen medizinisch-therapeutischen Personals mit Einschluss der Personen der spitalexternen Krankenpflege und von Laboratorien mit einem wissenschaftlich ausgebildeten Leiter, welche Analysen durchführen. Strengere kantonale Vorschriften bleiben vorbehalten. Die Artikel 15 Absatz 1, 16 Absatz 1 und 3 sowie 17 Absatz 1 gelten sinngemäss.

[7] Der Bundesrat kann für Analysen von Ärzten, Laboratorien und Apothekern, die für die Krankenversicherung tätig sind, systematische wissenschaftliche Kontrollen vorsehen.

Art. 22 Abs. 3 dritter Satz

[3] ... Die Verträge bedürfen der Genehmigung der Kantonsregierung; diese prüft, ob die vereinbarten Taxen und die übrigen Vertragsbestimmungen mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen.

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

2. Fehlen einer vertraglichen Regelung. a. Im allgemeinen

[7] ... Der Arzt hat in der Krankenpflege- und Krankengeldversicherung dem Honorarschuldner alle Angaben zu machen, die für die Festsetzung der Leistungen und für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung notwendig sind. Dazu gehören insbesondere Angaben über die Diagnose sowie über die Untersuchungen und Behandlungen und die Daten, an denen sie vorgenommen wurden. Der Arzt ist berechtigt und auf Verlangen des Versicherten verpflichtet, die medizinischen Angaben nur dem Vertrauensarzt der Kasse bekanntzugeben.

Art. 22quater

II. Andere Tarife für ambulante Behandlungen

[1] Der Bundesrat setzt nach Anhören der Beteiligten die Vergütungen an die Apotheker für ihre Leistungen, die Vergütungen für die von Laboratorien vorgenommenen Analysen sowie die Vergütungen für die von den Kassen zu übernehmenden Mittel und Gegenstände fest. Die Vergütungen für Leistungen und Analysen können durch Vertrag und im vertragslosen Zustand durch die Kantonsregierung um höchstens 10 Prozent erhöht oder gesenkt werden.

[2] Die Tarife für die Leistungen der Chiropraktoren, Hebammen, des medizinisch-therapeutischen Personals und Personen der spitalexternen Krankenpflege sowie für ambulante Behandlungen der Heilanstalten werden in Verträgen mit den Kassen festgesetzt. Kommt kein Vertrag zustande, bestimmt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten die Tarife.

[1] Die Verträge der Kassen mit Apothekern, Chiropraktoren, Hebammen, medizinisch-therapeutischem Personal, Personen der spitalexternen Krankenpflege, Laboratorien und Heilanstalten bedürfen der Genehmigung der Kantonsregierung. Verträge, die in der ganzen Schweiz gültig sind, bedürfen der Genehmigung des Bundesrates. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob die vereinbarten Taxen und die übrigen Vertragsbestimmungen mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen.

[4] Artikel 22bis Absatz 7 gilt sinngemäss. Der Versicherte kann verlangen, dass ihm der Apotheker erst nach Abschluss der Behandlung, spätestens aber drei Monate nach dem ersten Medikamentenbezug, Rechnung stellt.

Art. 22quinquies

III. Vergütung des Heilanstaltaufenthaltes
1. Behandlungspauschale

[1] Die Behandlungspauschale (Art. 12 Abs. 1 Ziff. 2) deckt höchstens 60 Prozent der Betriebskosten der Heilanstalt je Patient für die allgemeine Abteilung.

[2] Bei der Berechnung dieser Betriebskosten werden nicht berücksichtigt:

a. die Aufwendungen für Lehre und Forschung;
b. grundsätzlich die Investitionskosten bei Heilanstalten, deren Träger öffentliche Körperschaften sind oder die im öffentlichen Interesse betrieben werden.

[3] Stellt die Heilanstalt für besondere Leistungen gesondert Rechnung, dürfen die Kosten für diese Leistungen bei der Festlegung der Behandlungspauschale nicht berücksichtigt werden; den Kassen dürfen für diese Leistungen höchstens 60 Prozent der Kosten in Rechnung gestellt werden.

[4] Die Kassen und die Heilanstalten setzen die Behandlungspauschale und die Taxen für besondere Leistungen in einem Vertrag fest. Der Vertrag bedarf der Genehmigung der Kantonsregierung. Sie prüft, ob der Vertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Kommt kein Vertrag zustande, setzt die Kantonsregierung für die Heilanstalten, die Mitglieder von Kassen nach diesem Gesetz behandeln, nach Anhören der Beteiligten die Behandlungspauschale fest. Artikel 22bis Absatz 7 gilt sinngemäss.

[5] Die Heilanstalten ermitteln ihre Kosten und erfassen ihre Leistungen nach einheitlicher Methode. Sie führen hiezu eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik. Die Kantonsregierung und die Kassen können die Rechnung und die Unterlagen einsehen.

[6] Für Versicherte, die nicht im Kanton wohnen, in dem sich die Heilanstalt befindet, kann eine höhere Behandlungspauschale festgesetzt werden. Diese darf unter Einschluss der Aufenthaltspauschale und einer gesonderten Rechnung für besondere Leistungen höchstens die vollen Betriebskosten je Patient für die allgemeine Abteilung decken.

Art. 22sexies

2. Aufenthaltspauschale

[1] Von der Behandlungspauschale wird dem Versicherten ein vom Bundesrat festgesetzter Betrag als Aufenthaltspauschale in Rechnung gestellt. Die Aufenthaltspauschale kann durch eine Zusatzversicherung abgedeckt werden (Art. 12quater).

[2] Mit der Behandlungs- und der darin eingeschlossenen Aufenthaltspauschale sind für die allgemeine Abteilung alle Ansprüche der Heilanstalt abgegolten; vorbehalten bleiben die besonderen Leistungen nach Artikel 22quinquies Absatz 3.

Art. 22septies

IV. Harmonisierung und Koordination der Tarife

[1] Der Bundesrat kann Grundsätze für eine betriebswirtschaftliche Berechnung und sachgerechte Struktur der Tarife für ambulante Behandlungen aufstellen. Er sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen anderer Sozialversicherungszweige.

[2] Er kann für bestimmte Leistungen oder Behandlungen, insbesondere für technisch-apparative Leistungen, Richtsätze aufstellen. Für die Leistungen bei Mutterschaft kann er Höchst- und Richtsätze aufstellen.

[3] Er kann Betriebsvergleiche zwischen Heilanstalten anordnen. Die Kantone und die Heilanstalten müssen dafür die notwendigen Unterlagen liefern.

[4] Die Absätze 2 und 3 sind nur auf Kantone anwendbar, die keinem regionalen oder gesamtschweizerischen Konkordat beigetreten sind, welches diese Fragen zu regeln hat.

Art. 22octies

V. Beschwerderecht

[1] Gegen die Erlasse und Entscheide der Kantonsregierung nach den Artikeln 22–22quinquies kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden.

[2] Gegen Entscheide der Kantonsregierung nach Artikel 19bis Absatz 5 kann Beschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht erhoben werden.

Art. 23 Randtitel sowie Abs. 1 zweiter Satz und 2

VI. Wirtschaftlichkeit der Behandlung

[1] ... Die Kassen können für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, ihre Vergütungen von diesen Personen oder Einrichtungen zurückfordern.

[2] Dem Versicherten ist eine detaillierte Rechnung zuzustellen, sofern ihm die notwendigen Daten nicht bereits im Zeitpunkt, zu dem die Leistung erbracht wird, schriftlich mitgegeben werden. Der Bundesrat umschreibt die Angaben, die in der Rechnung enthalten sein müssen.

Art. 25 Abs. 3 erster Satz und 4bis

[3] Das Schiedsgericht ist auch zuständig, wenn das Honorar vom Versicherten geschuldet wird, unabhängig davon, ob die Forderung ihren Rechtsgrund im öffentlichen Recht, im Privatrecht oder in einer Tarifvereinbarung hat. ...

[4bis] Die Kantone können die Aufgaben des Schiedsgerichtes dem kantonalen Versicherungsgericht übertragen; dieses wird durch je einen Vertreter der Beteiligten ergänzt.

Art. 26 Abs. 1, 3, 3bis und 4

[1] Den Versicherten darf aus der Versicherung kein Gewinn erwachsen. Der Bundesrat umschreibt im einzelnen, wann ein Versicherungsgewinn vorliegt; er berücksichtigt namentlich bei Personen, die einen Haushalt führen, und bei Selbständigerwerbenden auch die Aufwendungen für eine Ersatzkraft.

[3] Sind neben Kassen andere Versicherungsträger oder öffentliche Gesundheitsdienste leistungspflichtig, gewähren die Kassen ihre Leistungen höchstens soweit dem Versicherten unter Berücksichtigung der anderen Leistungen kein Gewinn erwächst.

[3bis] Befindet sich ein Versicherter, der eine Rente der AHV, der Invalidenversicherung, der obligatorischen Unfallversicherung oder der Militärversicherung bezieht, keinen eigenen Haushalt führt und keine weiteren Personen zu unterstützen hat, ohne wesentlichen Unterbruch länger als sechs Monate in einer Heilanstalt, so können die Leistungen der Kasse für die Deckung der Aufenthaltspauschale und allenfalls der Behandlungspauschale reduziert werden. Dem Versicherten muss jedoch in jedem Falle von der Rente ein angemessener Betrag für die persönlichen Bedürfnisse verbleiben. Der Bundesrat setzt die Mindesthöhe dieses Betrages fest.

[4] Der Bundesrat regelt das Verhältnis der Krankenversicherung zu den übrigen Sozialversicherungen, insbesondere in bezug auf:

a. die Vorleistungspflicht für Pflegeleistungen und Taggelder und die nachträgliche Übernahme der zum voraus erbrachten Leistungen;
b. die gegenseitige Meldepflicht über die Festsetzung und Änderung der Leistungen;
c. die Abgrenzung der Leistungspflicht beim Zusammentreffen von Unfall und Krankheit;
d. das Beschwerderecht der Kassen gegen Verfügungen aus dem Bereich einer anderen Sozialversicherung.

Art. 30ter

3. Beschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht

Gegen die Entscheide der kantonalen Schiedsgerichte und Versicherungsgerichte kann beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde nach dem Bundesgesetz über die Organisation der Bundesrechtspflege erhoben werden.

Art. 32

VII. Rückgriff auf haftpflichtige Dritte

Die Kassen treten bis zur Höhe ihrer Leistungen in die Ansprüche des Versicherten gegenüber einem haftpflichtigen Dritten ein. Die Artikel 41–44 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) gelten sinngemäss.

Art. 33 Randtitel und Abs. 1

VIII. Aufsicht. Ordnungsmassnahmen

[1] Der Bundesrat übt die Aufsicht über die Durchführung dieses Gesetzes aus und sorgt für dessen einheitliche Anwendung. Er erteilt zu diesem Zwecke den Kassen Weisungen, insbesondere über die Organisation und Geschäftsführung, die Rechnungsführung, die Anlage des Vermögens, die Bilanzierung, die Kontrollstelle sowie über Massnahmen im Hinblick auf die finanzielle Sicherheit und die klare Ausscheidung der einzelnen Versicherungsarten. Insbesondere sollen jene Kosten, welche auf die Krankenpflege-Grundversicherung entfallen, ausgewiesen werden.

Art. 34 Randtitel

IX. Verzicht auf die Anerkennung. Neue Anerkennung

Art. 35

M. Beiträge der öffentlichen Hand
I. Bundesbeiträge
I. Lastenausgleich

[1] Der Bund gewährt den Kassen in der Krankenpflegeversicherung jährlich einen Beitrag zur Erleichterung einer ausgewogenen Lastenverteilung unter den Mitgliedern. Der Beitrag an die einzelne Kasse bemisst sich nach der Zahl der versicherten Mitglieder, die eine Rente der IV oder eine Altersrente der AHV beziehen.

[2] Der Beitrag für einen Versicherten, der eine IV-Rente bezieht, ist doppelt so hoch wie der Beitrag für einen Altersrentner der AHV.

Art. 36

2. Beiträge für Frauen a. Mutterschaft

Der Bund vergütet den Kassen die Leistungen, die sie nach Artikel 14 bei der Mutterschaft ausrichten.

Art. 36bis

b. Kostenausgleich

Der Bund gewährt den Kassen in der Krankenpflegeversicherung jährlich einen Beitrag zum teilweisen Ausgleich der höheren Krankenpflegekosten der Frauen. Der Beitrag an die einzelne Kasse bemisst sich nach der Zahl der versicherten Frauen; bei der Festsetzung wird der im Landesmittel errechnete Unterschied zwischen den Kosten der Krankenpflegeversicherung der Frauen und der Männer berücksichtigt.

Art. 37

3. Beiträge für Kinder

[1] Der Bund gewährt den Kassen in der Krankenpflegeversicherung jährlich einen Beitrag zur Ermässigung der Mitgliederbeiträge der Kinder. Als Kinder gelten Versicherte bis zum vollendeten 16. Altersjahr.

[2] Der Bund übernimmt ferner die Mitgliederbeiträge der Krankenpflegeversicherung für das dritte und die folgenden Kinder einer Familie; dabei werden Versicherte unter 25 Jahren, die noch in Ausbildung begriffen sind, mitberücksichtigt.

Art. 37bis

4. Wartgelder

Der Bund übernimmt in Berggebieten nach dem Bundesgesetz vom 28. Juni 1974 über Investitionshilfe für Berggebiete die Hälfte der Wartgelder, welche die Kantone, Gemeinden und Kassen an Ärzte ausrichten.

Art. 38

II. Beiträge der Kantone

[1] Die Kantone gewähren Beiträge für wirtschaftlich schwächere Versicherte, um deren Mitgliederbeiträge zu verbilligen. Sie umschreiben den Kreis der wirtschaftlich schwächeren Versicherten und das Ausmass der Verbilligung der Mitgliederbeiträge.

[2] Die Kantone übernehmen ferner die Mitgliederbeiträge für die Krankenpflegeversicherung und die Kostenbeteiligung, wenn deren Bezahlung für den Versicherten oder den Unterhaltspflichtigen eine grosse Härte bedeuten würde.

[3] Kantonen mit geringer Finanzkraft und einem hohen Anteil an Berggebieten vergütet der Bund einen Teil der Beiträge nach Absatz 1. Der Bundesrat bezeichnet die berechtigten Kantone und den Vergütungssatz. Er kann die Vergütung davon abhängig machen, dass der Kanton die Prämien um ein Mindestmass verbilligt.

Art. 38bis

III. Höhe der Bundesbeiträge

[1] Die Aufwendungen des Bundes nach den Artikeln 36, 37 Absatz 2 und 37bis werden in der Staatsrechnung zusammen und besonders ausgewiesen. Der Bund vergütet die Aufwendungen und Prämienausfälle, die im vorausgegangenen Kalenderjahr entstanden sind.

[2] Die Höhe der übrigen jährlichen Beiträge des Bundes und der hiefür benötigten Kredite werden unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der Krankenpflegeversicherung durch einfachen Bundesbeschluss für drei Jahre festgesetzt.

Art. 38ter

IV. Beteiligung der Kantone am Bundesbeitrag

[1] Die Kantone beteiligen sich zu 50 Prozent an den Beiträgen des Bundes nach Artikel 38bis

[2] Der Anteil des einzelnen Kantons berechnet sich namentlich nach:

a. den gesetzlichen Leistungen für Krankenpflege, welche die Kassen für die Versicherten im Kanton erbringen;
b. der Abweichung der Leistungen je Versicherten vom schweizerischen Durchschnitt;
c. seinen Aufwendungen für das Spitalwesen, für die spitalexterne Krankenpflege und für die Verbilligung der Mitgliederbeiträge wirtschaftlich schwächerer Versicherter.

[3] Der Bundesrat ordnet die Einzelheiten nach Anhören der Kantone.

Art. 39

N. Statistik

Bund und Kantone können in gegenseitiger Abstimmung und in Zusammenarbeit mit den interessierten Organisationen im Bereich der Krankenversicherung statistische Erhebungen durchführen, insbesondere bei Kassen, Ärzten und Heilanstalten.

Art. 40 Randtitel

O. Schweigepflicht

Art. 41 Randtitel

P. Vollzug

II

Änderung anderer Bundesgesetze

1. Das Obligationenrecht wird wie folgt geändert:

Art. 336c Abs. 1 Bst. c

[1] Nach Ablauf der Probezeit darf der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis nicht kündigen:

c. Während der Schwangerschaft und in den 16 Wochen nach der Niederkunft einer Arbeitnehmerin;

Art. 361 Abs. 1

[1] Durch Abrede, Normalarbeitsvertrag oder Gesamtarbeitsvertrag darf von den folgenden Vorschriften weder zu Ungunsten des Arbeitgebers noch des Arbeitnehmers abgewichen werden:

...
Artikel 336*c* Absatz 1 Buchstaben a, b und d, Absätze 2 und 3 und 336*f* (Kündigung zur Unzeit)
...

Art. 362 Abs. 1

[1] Durch Abrede, Normalarbeitsvertrag oder Gesamtarbeitsvertrag darf von den folgenden Vorschriften zu Ungunsten des Arbeitnehmers nicht abgewichen werden:

...
Artikel 336*c* Absatz 1 Buchstabe c (Kündigung bei Schwangerschaft und Niederkunft der Arbeitnehmerin)
...

2. Das Bundesgesetz über die Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige (EOG) wird wie folgt geändert:

Titel

Bundesgesetz über die Erwerbsersatzordnung für Dienstleistende in Armee und Zivilschutz sowie bei Mutterschaft (EOG)

Ingress

gestützt auf die Artikel 22bis Absatz 6, 34ter Absatz 1 Buchstabe d, 34^{quinquies} Absätze 4 und 5, 64 und 64bis der Bundesverfassung,

IIIbis. Taggeld bei Mutterschaft

Art. 16b Anspruch

[1] Frauen, die bei ihrer Niederkunft in der AHV/IV versichert sind und seit mindestens neun Monaten Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben, erhalten die Haushaltungsentschädigung nach den Artikeln 9 Absätze 1 und 3, und 16*a*. Die Entschädigung wird während eines Mutterschaftsurlaubs von 16 Wochen ausgerichtet, von denen mindestens acht Wochen nach der Niederkunft liegen müssen.

[2] Der Bundesrat regelt auf dem Verordnungswege den Leistungsanspruch bestimmter Kategorien von Frauen, denen nach Absatz 1 kein Anspruch zustünde.

[3] Bei erwerbstätigen Frauen richtet sich die Entschädigung nach dem letzten Erwerbseinkommen. Nichterwerbstätige Frauen erhalten den Mindestbetrag der Entschädigung.

Art. 28a Finanzierung des Taggeldes bei Mutterschaft

[1] Die Finanzierung des Taggeldes bei Mutterschaft erfolgt unter entsprechender Anwendung der Artikel 26–28 getrennt von den übrigen Leistungen dieses Gesetzes. Unter der Bezeichnung «Ausgleichfonds der Erwerbsersatzordnung bei Mutterschaft» wird ein selbständiger Fonds gebildet.

[2] Die Beiträge vom Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit dürfen 0,4 Prozent nicht übersteigen. Der minimale Beitrag für Nichterwerbstätige darf 12 Franken, der maximale 400 Franken im Jahr nicht übersteigen. Artikel 9bis AHVG über die Anpassung an die Lohn- und Preisentwicklung gilt sinngemäss.

Art. 29a Anwendbare Bestimmungen bei Mutterschaft

Die Artikel 2, 3, 17–22, 23 Absatz 1, 24, 25 und 29 gelten sinngemäss für das Taggeld bei Mutterschaft.

Art. 34 Abs. 4

[4] Der Bundesrat kann soweit nötig für das Taggeld bei Mutterschaft besondere, von den übrigen Vollzugsvorschriften zu diesem Gesetz abweichende Bestimmungen erlassen.

III

Übergangsbestimmungen

a. Anpassung der kantonalen Erlasse und der Kassenstatuten

[1] Der Bundesrat bestimmt, bis zu welchem Zeitpunkt die Kantone und Gemeinden die Änderung ihrer Ausführungsbestimmungen erlassen und, soweit dies im Gesetz vorgesehen ist, zur Genehmigung vorlegen müssen.

[2] Wenn der Erlass der definitiven Regelung nicht fristgerecht möglich ist, kann die vollziehende Behörde des Kantons oder der Gemeinde eine provisorische Regelung treffen.

[3] Der Bundesrat bestimmt, bis zu welchem Zeitpunkt die Kassen und Rückversicherungsverbände ihre Statuten und Reglemente anpassen müssen. Von diesem Zeitpunkt an erbringen alle Kassen die Leistungen nach dem neuen Recht und nehmen Leistungen, die nach altem Recht dahingefallen sind, nach dem neuen Recht aber fortdauern würden, auf Begehren des Versicherten wieder auf. Bei der Änderung laufende Krankengelder aus einer früheren Krankengeldversicherung sind noch für längstens zwei Jahre nach den altrechtlichen Bestimmungen über die Leistungsdauer zu gewähren.

b. Behandlungen in Heilanstalten

Die Vergütung des Heilanstaltsaufenthaltes muss spätestens von einem Zeitpunkt an, den der Bundesrat festsetzt, nach dem neuen Recht erfolgen. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt für die Kassen und die Heilanstalten die bisherige Taxordnung unverändert weiter. Wird sie abgeändert, muss sie gleichzeitig dem neuen Recht angepasst werden. Spätestens mit der Anwendung der neuen Taxordnung müssen die Heilanstalten die Kostenstellenrechnung und die Leistungsstatistik nach Artikel 22^{quinquies} Absatz 5 einführen.

c. Zusatzversicherungen für Heilanstaltskosten

[1] Die Versicherten können Zusatzversicherungen für Heilanstaltskosten innert eines Jahres nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung vom 20. März 1987 dem neuen Recht anpassen. Wird durch diese Anpassung der bisherige Umfang des Versicherungsschutzes nicht erweitert, darf die Kasse keine neuen Vorbehalte anbringen.

[2] Die Kassen klären die Versicherten innert sechs Monaten nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung vom 20. März 1987 über diesen Anspruch auf. Unterlässt eine Kasse diese Aufklärung, hat der Versicherte während zweier Jahre einen Anspruch auf rückwirkende Anpassung der Zusatzversicherung an das neue Recht.

d. Bundesbeiträge in den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten

[1] Die Beiträge des Bundes für ein bestimmtes Jahr sind jeweils im darauffolgenden Jahr auszurichten.

[2] Im Jahr des Inkrafttretens der Gesetzesänderung vom 20. März 1987 gilt der Bund den Kassen und Rückversicherungsverbänden den für das Vorjahr geschuldeten Restbeitrag nach altem Recht vollständig ab. Er gewährt ihnen einen zusätzlichen Beitrag, so dass die ausbezahlte Summe 1006 Millionen Franken beträgt.

[3] Für das Jahr 1989 beträgt der Bundesbeitrag nach Artikel 38bis Absatz 2 749 Millionen Franken. Davon entfallen auf Beiträge nach:

	Mio. Fr.
Artikel 35	150
Artikel 36bis	489
Artikel 37 Absatz 1	90
Artikel 38 Absatz 3	20

[4] Für das Jahr 1990 beträgt der Bundesbeitrag nach Artikel 38bis Absatz 2 785 Millionen Franken. Davon entfallen auf Beiträge nach:

	Mio. Fr.
Artikel 35	150
Artikel 36bis	525
Artikel 37 Absatz 1	90
Artikel 38 Absatz 3	20

e. Inkrafttreten von Artikel 38ter

Der Bundesrat setzt Artikel 38ter in Kraft, wenn durch die erste Stufe der Neuverteilung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen eine angemessene Entlastung der Kantone in anderen Bereichen erfolgt.

IV

Referendum und Inkrafttreten

[1] Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

[2] Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

3. Vorlage: Rothenthurm-Initiative

Abstimmungstext

Bundesbeschluss über die Volksinitiative «zum Schutz der Moore – Rothenthurm-Initiative»

vom 20. März 1987

Art. 1

[1] Die Volksinitiative «zum Schutz der Moore – Rothenthurm-Initiative» vom 16. September 1983 wird Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet.

[2] Die Volksinitiative lautet:

Die Bundesverfassung wird wie folgt ergänzt:

Art. 24sexies Abs. 5

[5] Moore und Moorlandschaften von besonderer Schönheit und von nationaler Bedeutung sind Schutzobjekte. Es dürfen darin weder Anlagen gebaut noch Bodenveränderungen irgendwelcher Art vorgenommen werden. Ausgenommen sind Einrichtungen, die der Aufrechterhaltung des Schutzzweckes und der bisherigen landwirtschaftlichen Nutzung dienen.

Übergangsbestimmung

Anlagen, Bauten und Bodenveränderungen, welche dem Zweck der Schutzgebiete widersprechen und nach dem 1. Juni 1983 erstellt werden, insbesondere in der Moorlandschaft von Rothenthurm auf dem Gebiet der Kantone Schwyz sowie Zug, müssen zu Lasten der Ersteller abgebrochen und rückgängig gemacht werden. Der ursprüngliche Zustand ist wieder herzustellen.

Art. 2

Die Bundesversammlung empfiehlt Volk und Ständen, die Initiative zu verwerfen.

Ausgangslage

Die **Volksinitiative «zum Schutz der Moore – Rothenthurm-Initiative»** wurde 1983 mit 160 293 Unterschriften eingereicht. Sie hat zum Ziel,

Moore und Moorlandschaften von besonderer Schönheit und von nationaler Bedeutung zu erhalten und

einen Teil des Waffenplatzes Rothenthurm zu verhindern.

Um dies zu erreichen, werden Bauten und Bodenveränderungen irgendwelcher Art in Moorlandschaften verboten. Vom Verbot ausgenommen wären Einrichtungen, die dem Schutzzweck oder der bisherigen landwirtschaftlichen Nutzung dienen. Die Übergangsbestimmung sieht vor, dass Anlagen, Bauten und Bodenveränderungen, die nach dem 1. Juni 1983 erstellt worden sind, auf Kosten der Ersteller beseitigt werden müssen.

Seit die Initiative eingereicht worden ist, haben Bundesrat und Parlament das Natur- und Heimatschutzgesetz geändert*. Diese Änderung bezweckt einen umfassenden Schutz aller gefährdeten Biotope der Schweiz und beschränkt sich nicht nur auf die Erhaltung der Moore. Das revidierte Gesetz fördert zudem eine flexible Zusammenarbeit zwischen Naturschutz und Landwirtschaft. Der Bundesrat beabsichtigt, diese Revision auf den 1. Januar 1988 in Kraft zu setzen.

Noch im Jahre 1983 hat das Parlament den Kredit für den Bau des Waffenplatzes Rothenthurm bewilligt. Damit hat es gleichzeitig die Notwendigkeit dieses Waffenplatzes bekräftigt.

Bundesrat und Parlament lehnen die Initiative ab, weil

das erste Ziel der Initiative mit der Revision des Natur- und Heimatschutzgesetzes umfassender erfüllt wird,

der Waffenplatz Rothenthurm nach wie vor notwendig ist und

die Entwicklung des Hochmoores durch die militärische Nutzung kaum beeinträchtigt wird.

* Die Änderung des Natur- und Heimatschutzgesetzes kann bezogen werden bei: EDMZ, 3000 Bern.

Argumente des Initiativkomitees

Das Initiativkomitee begründet seine Initiative wie folgt:

«Die Rothenthurm-Initiative zum Schutz der Moorlandschaften ist eine reine Naturschutz-Initiative. Sie bezweckt ***nicht*** *die Verhinderung des Waffenplatzes in Rothenthurm. Gegen ein reduziertes Waffenplatz-Projekt ausserhalb der Moorlandschaft haben die Initianten nichts einzuwenden.*

Die Initianten wollen damit einen wirklichen, von keinen Ausnahmen eingeschränkten Schutz der wenigen noch vorhandenen Moorgebiete in der Schweiz erreichen. Dass dabei die Moorlandschaft in Rothenthurm im Zentrum steht, hat zwei Gründe:

1. *Dieses Moor ist eines der grössten, besterhaltenen Gebiete dieser Art.*
2. *Dieses Moor ist akut bedroht durch den Waffenplatz.*

Die Initianten begrüssen die durch ihre Initiative ausgelöste Revision des Natur- und Heimatschutzgesetzes (NHG) ausdrücklich. Diese Revision verbessert den Biotop-Schutz wesentlich. Allerdings werden durch das neue Gesetz gerade die EMD-Projekte im Moor von Rothenthurm nicht verhindert.

Die Rothenthurm-Initiative schafft einen Ausgleich zwischen Naturschutz und Landwirtschaft. Sie befürwortet die bisherige Nutzung, die zur Erhaltung der Moore wesentliches beigetragen hat: der jährliche Streue-Schnitt ist eine Voraussetzung dafür, dass die Moore nicht verbuschen.

Die Initianten bringen mit ihrem Volksbegehren eine neue Dimension in den Schutz unserer stark bedrohten Natur: Neu soll eine ganze ‹ Landschaft › als Einheit unter Schutz gestellt werden, und nicht nur einzelne wertvolle Parzellen. Nur so können wir auf die Dauer den Schutz wertvollster Schönheiten unseres Landes sicherstellen.

Die Einbusse an Übungsmöglichkeiten für unser Militär ist tragbar, weil der militärische Nutzen des Aufklärungsgeländes auch von höchsten Armeestellen als geringfügig bezeichnet wird.

Mit einem JA zur Rothenthurm-Initiative sagen Sie JA zur konsequenten Erhaltung der letzten unersetzlichen Naturschönheiten in unserer Schweiz.»

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat ist mit den Initianten der Meinung, dass die Natur besser geschützt werden muss. Er will sogar mehr Gebiete wirksam schützen als die Initiative, ist aber überzeugt, dass der geplante Waffenplatz mit dem Naturschutz vereinbar ist.

Mehr als nur Moore schützen

Die Initiative schützt nur einen Teil der vielen gefährdeten Biotope (Lebensräume). Ausser den Mooren gibt es auch schützenswerte Uferbereiche, Auenwälder und blumenreiche Heumatten. Mit der beschlossenen Revision des Natur- und Heimatschutzgesetzes haben Bundesrat und Parlament dafür gesorgt, dass nicht nur Moore, sondern alle Biotope wirksam geschützt werden.

Landwirtschaftliche Nutzung und Naturschutz

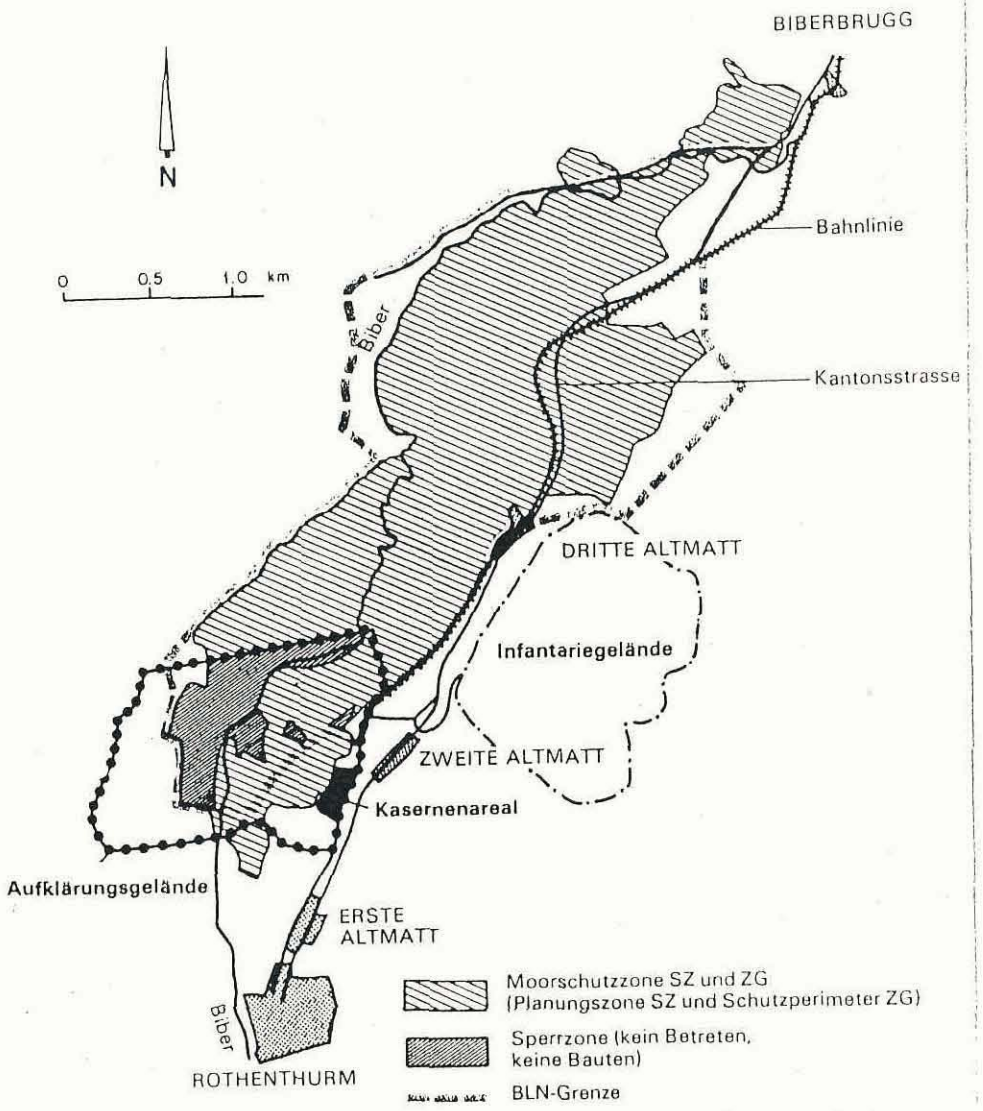
Die Initiative garantiert ausdrücklich die «bisherige landwirtschaftliche Nutzung». Dies ist nicht immer sinnvoll. Durch die Intensivierung der landwirtschaftlichen Nutzung sind bereits verschiedene Moorgebiete empfindlich beeinträchtigt worden. So auch in Rothenthurm: 1976-1983 hat der gedüngte Boden im schwyzerischen Teil dieses Moores zu Lasten der Moor- und Riedflächen um 38 Hektaren oder 21 Prozent zugenommen.

Der Interessenkonflikt zwischen Landwirtschaft und Naturschutz wird mit dem neuen Gesetz besser gelöst als mit der Initiative. Wenn ein Bauer im Interesse des Naturschutzes die landwirtschaftliche Nutzung einschränkt, so erhält er eine Abgeltung.

Landschaftsschutz: Offene Fragen

Die Initiative will nicht nur Moore, sondern ganze Moorlandschaften schützen. Dieser Begriff wird jedoch in der Initiative nicht definiert. Hingegen enthält das Bundesinventar der Landschaften und Naturdenkmäler (BLN) Landschaften von nationaler Bedeutung. Es wäre wenig überzeugend, im Sinne der Initiative nur Moorlandschaften besser zu schützen, nicht aber andere, ebenso oder noch stärker gefährdete Landschaften.

Situierung des Waffenplatzes Rothenthurm



Der geplante Waffenplatz besteht aus der Kasernenanlage und aus zwei nahegelegenen Übungsplätzen, die als Infanterie- und Aufklärungsgelände bezeichnet werden. Nur das Aufklärungsgelände liegt teilweise im Moor von nationaler Bedeutung, und zwar in dessen südlichem Randbereich. Das bereits weitgehend realisierte Infanteriegelände und die noch nicht gebauten Kasernenanlagen befinden sich ausserhalb der Landschaft, die ins Bundesinventar der Landschaften und Naturdenkmäler (BLN) aufgenommen worden ist.

Militärische Nutzung und Naturschutz

Entgegen einer verbreiteten Meinung richtet sich die militärische Nutzung *eines Geländes nicht automatisch gegen den Naturschutz. Es* gibt typische Beispiele dafür, dass sich in einem militärischen Übungsgebiet gerade wegen der sehr mässigen Bodenbenutzung besonders günstige Voraussetzungen für gefährdete Pflanzen- und Tierarten entwickeln können (Waffenplätze Frauenfeld und Thun, Schiessplätze Petit Hongrin oder Geren bei Aarau). Die Verträglichkeit von Naturschutz und militärischer Nutzung muss in jedem Einzelfall abgewogen und beurteilt werden.

Waffenplatz notwendig...

In Rothenthurm werden seit über 20 Jahren Radfahrer und Aufklärer ausgebildet. Sie verfügen aber weder über die nötigen Ausbildungsanlagen noch über ausreichende Unterkünfte. Der Waffenplatz ist notwendig, um die militärische Ausbildung zu verbessern und die täglichen *langen Anfahrtswege von Wehrmännern aus Arth-Goldau und Schwyz* zu vermeiden.

...und mit Naturschutz vereinbar

Das Projekt für den Waffenplatz wurde in den letzten Jahren mit *verschiedenen Instanzen besprochen und so verbessert, dass es den* Anliegen des Naturschutzes gerecht wird. Die Kantone Schwyz und Zug sowie die Eidg. Natur- und Heimatschutzkommission haben dem Projekt mit Auflagen zugestimmt. Alle Planungen und Arbeiten werden durch ein ausgewiesenes Ökologen-Team begleitet. Weder Entwässerungen noch Veränderungen am Lauf des Flusses Biber dürfen vorgenommen werden. Weite Flächen werden ausgeschieden, welche auch die Truppe nicht betreten darf. Das militärische Übungsgebiet wird damit zur Pufferzone zwischen schutzbedürftigem Moor und landwirtschaftlichem Nutzland.

Was soll abgebrochen werden?

Das Volksbegehren verlangt, dass rückwirkend auf den 1. Juni 1983 Anlagen, Bauten und Bodenveränderungen beseitigt werden. Diese Verpflichtung beschränkt sich nicht nur auf die Moorlandschaft von Rothenthurm und auf militärische Bauten, sondern müsste auf weitere, heute noch nicht definierte Moorlandschaften Anwendung finden. Sie schafft eine für schweizerische Verhältnisse ungewöhnliche Rechtsunsicherheit: Niemand kann genau sagen, was abgebrochen werden muss.

Aus all diesen Gründen empfehlen Bundesrat und Parlament, die Initiative abzulehnen.