

**Botschaft
über die Volksinitiative
«für eine gesunde Krankenversicherung»**

vom 6. November 1991

Sehr geehrte Herren Präsidenten,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir unterbreiten Ihnen hiermit unsere Botschaft über die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» und beantragen Ihnen, die Initiative Volk und Ständen mit der Empfehlung auf Verwerfung ohne Gegenvorschlag zur Abstimmung zu unterbreiten.

Der Entwurf zu einem entsprechenden Bundesbeschluss liegt bei.

Wir versichern Sie, sehr geehrte Herren Präsidenten, sehr geehrte Damen und Herren, unserer vorzüglichen Hochachtung.

6. November 1991

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates
Der Bundespräsident: Cotti
Der Bundeskanzler: Couchepin

Übersicht

Die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» will den bestehenden Artikel 34^{bis} der Bundesverfassung (BV) über die soziale Krankenversicherung, eine in zwei kurze Absätze gekleidete Kompetenz- und Auftragsnorm, durch einen ausführlich formulierten Artikel ersetzen, der ein eigentliches Gesetzgebungsprogramm enthält. Der Artikel fordert neben einer obligatorischen Unfallversicherung für Arbeitnehmer, eine Forderung die bereits heute erfüllt ist, die Einführung einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die gesamte Bevölkerung und die Einführung einer obligatorischen Krankengeldversicherung für alle Arbeitnehmer.

Kernstück der Initiative ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung für die ganze Bevölkerung. Hier geht der Text der Initiative am stärksten ins Detail. Vor allem wird sehr eingehend gesagt, wie die Krankenpflegeversicherung finanziert werden soll, nämlich durch Beiträge der Versicherten nach Massgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und durch Beiträge des Bundes. Bei Erwerbstätigen ist dabei das volle Erwerbseinkommen zu berücksichtigen und bei Arbeitnehmern hat der Arbeitgeber mindestens die Hälfte der Beiträge zu übernehmen. Der Bund hätte mindestens ein Viertel der Ausgaben zu übernehmen, wobei im Gesetz eine Beteiligung der Kantone an diesem Bundesbeitrag vorgesehen werden könnte. Diese Forderungen der Initiative laufen praktisch auf eine analoge Finanzierung hinaus, wie sie heute in der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) gilt. Je nach der konkreten Ausgestaltung der Kostenbeteiligung sowie der Beitragsregelung für Nichterwerbstätige und für Rentner würde der Beitragssatz für Erwerbstätige im Jahre 1992 zwischen 3,4 und 3,6 Prozent des Erwerbseinkommens betragen. Der Bundesbeitrag würde sich auf 3,3 Milliarden Franken belaufen.

Der Bundesrat ist ebenfalls der Ansicht, dass die Krankenversicherung einer grundlegenden Revision bedarf. Unmittelbar nach Ablehnung des Sofortprogrammes für eine Teilrevision der Krankenversicherung am 6. Dezember 1987 sind deshalb die Arbeiten für eine Revisionsvorlage aufgenommen worden. Inzwischen ist das Vernehmlassungsverfahren über den von einer Expertenkommission ausgearbeiteten Gesetzesentwurf abgeschlossen. Der Entwurf ist dabei, was seine grundsätzlichen Ziele betrifft, auf eine relativ breite Zustimmung gestossen. Auch der Bundesrat ist überzeugt, dass dem von der Expertenkommission ausgearbeiteten Entwurf ein realistisches Konzept zur Lösung der Probleme in der Krankenversicherung zugrundeliegt. Dieses Konzept unterscheidet sich in wichtigen Punkten von jenem der Initiative. Die in der Initiative geforderte Einführung von einkommensabhängigen Beiträgen würde zwar die Solidarität in der Krankenversicherung deutlich verstärken, sie wäre aber auch mit grundlegenden Änderungen am heutigen System der Krankenversicherung verbunden, insbesondere würden die Krankenkassen praktisch zu reinen Vollzugsinstanzen. Auch die bestehende Aufgabenteilung von Bund und Kantonen im Gesundheitswesen würde faktisch stark verändert, weil die Einflussmöglichkeiten des Bundes auf das Gesundheitswesen zunehmen würden. Eine Änderung der Bundesverfassung drängt sich nicht auf, weil der

heutige Verfassungsartikel praktisch alle Möglichkeiten einer Ausgestaltung der Krankenversicherung auf Gesetzesstufe zulässt, auch die von der Initiative geforderte. Der Bundesrat beantragt daher die Verwerfung der Initiative ohne formellen Gegenvorschlag.

Botschaft

1 Allgemeiner Teil

11 Formelles

111 Wortlaut

Am 17. März 1986 wurde die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» eingereicht. Die Initiative ist mit einer Rückzugsklausel versehen und hat folgenden Wortlaut:

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

Art. 34^{bis}

¹ Der Bund richtet auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und die Unfallversicherung ein. Er überträgt deren Durchführung Einrichtungen, die die Versicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betreiben.

1. Die Unfallversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund kann das Obligatorium auf weitere Kreise der Bevölkerung ausdehnen.
2. Die Krankenpflegeversicherung ist für die ganze Bevölkerung obligatorisch. Sie deckt ohne zeitliche Begrenzung die Behandlungskosten bei Krankheit und, soweit nicht anderweitig von Gesetzes wegen versichert, bei Unfall; eingeschlossen sind die Hauskrankenpflege und Leistungen der Gesundheitsvorsorge.

Die Versicherung wird finanziert:

- a. durch Beiträge der Versicherten nach Massgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit; bei Erwerbstätigen wird das volle Erwerbseinkommen zur Bemessung des Beitrags herangezogen, wobei die Arbeitgeber bei Arbeitnehmern mindestens die Hälfte übernehmen. Kinder zahlen keine Beiträge;
- b. durch einen Beitrag des Bundes von mindestens einem Viertel der Ausgaben; das Gesetz regelt die Beteiligung der Kantone am Bundesbeitrag.

Das Gesetz kann eine Beteiligung der Versicherten an den von ihnen verursachten Kosten von höchstens einem Fünftel ihres Beitrages pro Jahr vorsehen; keine Kostenbeteiligung darf bei Vorsorgemassnahmen erhoben werden.

3. Die Krankengeldversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch. Sie zahlt bei Lohnausfall infolge Krankheit ein Taggeld von mindestens 80 Prozent des versicherten Lohnes.

Die Versicherung wird finanziert durch Beiträge in Prozenten des versicherten Lohnes, wobei die Arbeitgeber mindestens die Hälfte tragen.

Der Bund sorgt dafür, dass sich gesetzlich nicht versicherte Personen der Taggeldversicherung für Leistungen bei Krankheit oder Unfall anschliessen können.

² Die Behandlungsfreiheit ist im Rahmen der Wirtschaftlichkeit gewährleistet. Bund und Kantone sorgen für die wirtschaftliche Verwendung der Finanzmittel der Versicherung. Zu diesem Zweck erlassen sie Tarif- und Abrechnungsvorschriften und legen verbindliche Spitalplanungen fest.

112 Zustandekommen

Die Bundeskanzlei hat mit Verfügung vom 12. Mai 1986 das formelle Zustandekommen der am 17. März 1986 mit 103 575 gültigen Unterschriften eingereichten Volksinitiative festgestellt (BBl 1986 II 304).

113 Behandlungsfrist

Artikel 28 des Geschäftsverkehrsgesetzes (GVG; SR 171.11) bestimmt, dass bei Vorliegen mehrerer Volksinitiativen zur gleichen Verfassungsmaterie vorweg die zuerst eingereichte Initiative vom Parlament zu behandeln und dann der Volksabstimmung zu unterbreiten ist und dass die nachfolgenden Initiativen von der Bundesversammlung in der Reihenfolge ihres Eingangs, je innert eines Jahres seit der Volksabstimmung über die vorausgehende Initiative zu behandeln sind.

Die am 17. März 1986 eingereichte Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» hat die gleiche Materie zum Gegenstand wie die am 30. April 1985 eingereichte Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkasseninitiative)» (BBl 1985 II 519, 1988 II 247). Beide Initiativen bezwecken nämlich die Einführung neuer Verfassungsbestimmungen über die soziale Krankenversicherung. Damit kommt Artikel 28 Absatz 2 GVG zur Anwendung, so dass der Bundesversammlung nach der Volksabstimmung über die Krankenkasseninitiative ein Jahr zur Verfügung steht, um die Initiative «für eine gesunde Krankenversicherung» zu behandeln.

12 Gültigkeit

121 Einheit der Form und der Materie

121.1 Einheit der Form

Nach Artikel 121 Absatz 4 BV kann eine Initiative entweder in der Form der allgemeinen Anregung oder des ausgearbeiteten Entwurfs eingereicht werden. Mischformen sind unzulässig (Art. 75 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die politischen Rechte, BPR; SR 161.1).

Vorliegend ist die Einheit der Form gewahrt, denn die Initiative «für eine gesunde Krankenversicherung» weist die Form des ausgearbeiteten Entwurfs auf.

121.2 Einheit der Materie

Nach Artikel 121 Absatz 3 BV darf ein Initiativbegehren auf Partialrevision der Bundesverfassung jeweils nur eine Materie zum Gegenstand haben. Die Einheit der Materie ist gewahrt, wenn zwischen den einzelnen Teilen des Initiativbegehrens ein sachlicher Zusammenhang besteht (Art. 75 Abs. 2 BPR). Die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» will den geltenden Verfassungsartikel 34^{bis} über die soziale Kranken- und Unfallversicherung durch eine neue Bestimmung ersetzen. Dabei sollen die verfassungsrechtlichen Grundregeln über die Kranken- und über die Unfallversicherung wie heute in einem

einigen Verfassungsartikel enthalten sein. Der sachliche Zusammenhang zwischen diesen beiden Zweigen der Sozialversicherung ist offensichtlich. Beide bezwecken den Schutz der Versicherten bei Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit; das eine Mal bei krankheits-, das andere Mal bei unfallbedingten Beeinträchtigungen. Erst beide Versicherungen zusammen ergeben den vollständigen Schutz. Es wäre übrigens ohne weiteres möglich, die Folgen von Krankheit und Unfall durch eine einzige soziale Versicherung abzudecken. Der Grundsatz der Einheit der Materie ist somit gewahrt.

122 Durchführbarkeit

Das Initiativbegehren beauftragt den Gesetzgeber, die soziale Kranken- und Unfallversicherung einzurichten und nach bestimmten Kriterien auszugestalten. Mit Bezug auf die Unfallversicherung sind die Anforderungen der Initiative bereits heute sehr weitgehend erfüllt; mit Bezug auf die Krankenversicherung können sie durch entsprechende Gesetzesrevisionen erfüllt werden. Das Initiativbegehren ist somit durchführbar.

2 Besonderer Teil

21 Vergleich mit der geltenden Ordnung

211 Ziele der Initiative

Die SPS/SGB-Initiative will den heutigen, allgemein formulierten Artikel 34^{bis} der Bundesverfassung durch einen Text ersetzen, der den Rahmen einer neuen Gesetzgebung über die Kranken- und Unfallversicherung detailliert umschreibt. Materiell hat die Initiative drei Hauptziele: Schaffung einer obligatorischen Versicherung; Finanzierung der Versicherung nach Massgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten; Stärkung der Instrumente zur Kontrolle der Ausgaben.

Vom Grundsatz einer *obligatorischen Versicherung* ist vor allem die Krankenversicherung betroffen. Das geltende System einer freiwilligen Krankenpflegeversicherung soll durch eine für die gesamte Bevölkerung obligatorische Versicherung ersetzt werden. Zwar ist schon heute fast die ganze Bevölkerung auf freiwilliger Basis versichert. Doch geht es den Initianten nicht um eine obligatorische Versicherung als Selbstzweck; sie ist vielmehr das Mittel zur Herstellung einer landesweiten Solidarität, welche im geltenden System fehlt. Da heute jede Krankenkasse eine gesonderte finanzielle Einheit bildet, kommt es tendenziell zu einer Konzentration der «guten Risiken» (junge Versicherte) bei gewissen Kassen und der weniger günstigen Risiken (Betagte, Frauen) bei anderen, und damit zu einer Entsolidarisierung zwischen Gesunden und Kranken. Ausserdem berücksichtigt das Pro-Kopf-System der Prämien und Kostenbeteiligungen nicht die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten. Solidaritäten, wie die Initianten sie anstreben, können aber nur verwirklicht werden, wenn jeder sich daran beteiligen muss, d. h. wenn die Versicherung obligatorisch ist. Damit würden auch gewisse Nachteile beseitigt, die einer von finanziell autonomen

Kassen getragenen freiwilligen Versicherung innewohnen, insbesondere das Höchstbeitrittsalter, die Prämienfestsetzung nach Eintrittsalter, die Versicherungsvorbehalte und die Prämienungleichheit zwischen Männern und Frauen. Die Initiative beschränkt sich jedoch nicht auf die Krankenpflegeversicherung. Sie sieht auch eine obligatorische Krankengeldversicherung sowie eine obligatorische Unfallversicherung für Arbeitnehmer vor. Ausserdem sollen die gesetzlich nicht versicherten Personen die Möglichkeit erhalten, sich freiwillig der Krankengeldversicherung anzuschliessen, und der Bund soll die Kompetenz erhalten, die obligatorische Unfallversicherung auf weitere Kreise der Bevölkerung als die Arbeitnehmer auszudehnen.

Ein weiteres wichtiges Ziel der Initiative ist die *Finanzierung der Versicherung nach Massgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten*. Generell benachteiligt die geltende Ordnung mit ihren Pro-Kopf-Prämien Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen sowie Familien. Die Initiative dagegen nimmt in den Grundzügen die Finanzierung der AHV als Modell. Auch wenn der Initiativtext dies nicht ausdrücklich sagt, ist davon auszugehen, dass die Autoren einen einheitlichen, nicht nach Versicherern differenzierten Beitragssatz befürworten, wie ihn die AHV kennt. Die Initiative ist jedoch so formuliert, dass für die Krankenpflegeversicherung Beiträge in Lohnprozenten nicht zwingend, sondern auch andere Finanzierungsmethoden möglich sind, beispielsweise ein Beitrag proportional zum Betrag der direkten Steuer. Wie in der AHV würde der Beitrag der Arbeitnehmer zur Hälfte vom Arbeitgeber übernommen; die Autoren der Initiative gehen dabei zweifellos vom Gedanken aus, dass einerseits die Berufstätigkeit Ursache zahlreicher Gesundheitsstörungen ist und andererseits die Beteiligung des Arbeitgebers in einigen Gesamtarbeitsverträgen festgelegt ist. Kinder sollen von Beitragsleistungen befreit sein. Ausser den Kindern sind alle Versicherten beitragspflichtig, also auch nichterwerbstätige Personen, wie Rentner und – anders als in der AHV – die nichterwerbstätigen verheirateten Frauen. Um die finanzielle Leistungsfähigkeit der Rentner in Rechnung stellen zu können, müsste wahrscheinlich bei der Beitragsfestsetzung auf deren steuerbares Einkommen abgestellt werden. Die nichterwerbstätigen Ehefrauen hätten wahrscheinlich einen Mindestbeitrag zu entrichten. Andere Varianten würden zu viele Anwendungsschwierigkeiten aufwerfen. Schliesslich beabsichtigen die Initianten auch, das Einkommen aus Vermögen zu erfassen. Die *Beiträge der öffentlichen Hand* sollen mindestens ein Viertel der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung betragen. Dieser bedeutende «Fiskalisierungs»-Anteil soll vor allem der Stärkung der Solidarität unter den Einkommen dienen. Der Anteil der Kantone an den Subventionen soll durch die Bundesgesetzgebung geregelt werden. Derzeit machen die Beiträge der öffentlichen Hand ungefähr 15 Prozent der Krankenpflegekosten der Krankenkassen aus (Bund: ungefähr 10%; Kantone: ungefähr 5%).

Die Initiative garantiert die Behandlungsfreiheit, hält jedoch fest, dass diese nicht zulasten der *wirtschaftlichen Verwendung der Finanzmittel der Sozialversicherung* gehen darf. Hierüber zu wachen, ist Sache von Bund und Kantonen. Das schliesst laut Initiative gewisse zwingende Massregeln ein, und zwar sowohl gegenüber den Leistungserbringern als auch gegenüber den Versicherern und den Versicherten. Insbesondere würde eine Überarztung nicht vergütet.

Ausserdem sollen Bund und Kantone verbindliche Vorschriften im Bereich der Tarife und Abrechnungen von Krankenpflegeleistungen erlassen. Nach Auffassung der Initianten geht es nicht nur darum, eine grössere Transparenz sicherzustellen, sondern auch Vergütungsgrenzen festzusetzen, falls sich dies als notwendig erweisen sollte. Schliesslich sieht die Initiative auch die Erstellung von Spitalplanungen auf gesamtschweizerischer wie auf kantonaler Ebene vor. Mit dieser Bestimmung soll für den wirtschaftlichen Einsatz der Mittel in einem besonders teuren Bereich gesorgt werden, damit nicht zu viele Einrichtungen, die das gleiche tun, entstehen.

Erwähnt sei ferner, dass die Initianten unter anderem deshalb bei der Finanzierung einen erheblichen Subventionsanteil vorsehen, um die öffentliche Hand zu veranlassen, zur Eindämmung der Kosten vermehrt einzugreifen.

Soweit die Hauptziele der Initiative. Darüber hinaus enthält sie noch folgende Elemente:

- *Träger der sozialen Kranken- und Unfallversicherung* können nicht nur die Krankenkassen, sondern auch Privatversicherer sein, sofern diese wie jene den Grundsatz der Gegenseitigkeit anwenden, was insbesondere die Erzielung eines Gewinns im Sektor Sozialversicherung ausschliesst.
- Die *Pflegeleistungen* sollen zeitlich unbegrenzt ausgerichtet werden. Heute wird die Spitalbehandlung in der gesetzlichen Grundversicherung lediglich während 720 Tagen in einem Zeitraum von 900 aufeinanderfolgenden Tagen (Art. 12 Abs. 4 KUVG) übernommen. Die obligatorische Versicherung soll ferner Leistungen der Hauskrankenpflege – welche freilich von der Gesetzgebung zu umschreiben wären – und gewisse Vorsorgemassnahmen decken.
- Die Initiative hält am Grundsatz einer *Kostenbeteiligung der Versicherten fest*. Im Unterschied zur geltenden Regelung soll deren Betrag jedoch im Verhältnis zur finanziellen Leistungsfähigkeit des einzelnen stehen; er wäre nämlich im Verhältnis zum Beitrag zu berechnen, welcher seinerseits nach dem Einkommen des Versicherten festgelegt wird. Dieser Kostenbeteiligungsanteil darf nicht mehr als 20 Prozent des Beitrags ausmachen. Von der Beteiligung ausgenommen sind die Vorsorgemassnahmen, da die Versicherten einen Anreiz erhalten sollen, von diesen Gebrauch zu machen. Da die Krankenpflegeleistungen zeitlich unbegrenzt gewährt werden und die Kostenbeteiligung plafoniert und proportional zur finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten festgesetzt ist, entfielen die Befreiung von der Kostenbeteiligung bei Spitalaufenthalt, welche die geltende Ordnung kennt.

212 Vergleich mit dem Bundesrecht

212.1 Vergleich mit dem geltenden Verfassungstext

Der heutige Text von Artikel 34^{bis} BV gibt dem Bund die Kompetenz und den Auftrag, die soziale Kranken- und Unfallversicherung gesetzlich zu regeln und dabei die bestehenden Kassen zu berücksichtigen. Der Bundesgesetzgeber kann die Versicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären. Abgesehen vom Vorbehalt der Berücksichtigung der bestehenden

Krankenkassen, lässt die Verfassung einen sehr grossen Gestaltungsraum zu. Die Initiative ihrerseits schlägt vor, in der Verfassung gewisse Grundsätze als Rahmen für eine Gesetzgebung über die soziale Kranken- und Unfallversicherung zu verankern. Zu diesen Grundsätzen gehört das Versicherungsobligatorium, dessen Einführung bereits auf Grund der geltenden Fassung von Artikel 34^{bis} BV möglich ist, was übrigens in der Gesetzgebung über die Unfallversicherung für Arbeitnehmer schon in die Tat umgesetzt wurde. Das von der Initiative vorgeschlagene Finanzierungssystem ist durch die geltende Verfassungsbestimmung nicht ausgeschlossen. Dasselbe gilt für die Ausdehnung der Leistungen und die Kontrolle der Ausgaben. Einzig die in der Initiative vorgesehene Kompetenz des Bundes, Spitalplanungen festzulegen, würde eine Neuerung gegenüber dem geltenden Verfassungstext darstellen. Eine solche Kompetenz fällt heute in den Bereich des kantonalen Gesundheitswesens und kann tatsächlich nicht aus dem geltenden Artikel 34^{bis} abgeleitet werden.

212.2 Vergleich auf Gesetzesebene

Die soziale Kranken- und Unfallversicherung ist durch das Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung (KUVG; SR 832.10) bzw. das Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) geregelt. Die Bestimmungen der Initiative sind daher mit diesen beiden Texten zu vergleichen.

Absatz 1 Einleitung

In Absatz 1 von Artikel 34^{bis} der Bundesverfassung sieht die Initiative vor, die Trägerschaft der Kranken- und Unfallversicherung einer Vielfalt von Institutionen zu übertragen, welche die Versicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betreiben. Heute liegt nach KUVG die Durchführung der sozialen Krankenversicherung einzig bei den vom Bund anerkannten Krankenkassen (Art. 1). Die Initiative geht in diesem Punkt weiter und gestattet auch den Privatversicherern die Führung dieser Versicherung unter der Voraussetzung, dass sie für diesen Bereich den Grundsatz der Gegenseitigkeit anwenden. Letzterer ist sowohl in der Initiative wie im KUVG (Art. 3 Abs. 3) genannt. Die obligatorische Unfallversicherung für Arbeitnehmer wird von der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, von Krankenkassen, Privatversicherern und öffentlichen kantonalen Kassen (Art. 58 und 68 UVG) geführt. Um dem Grundsatz der Gegenseitigkeit zu genügen, müsste das UVG nur noch präzisieren, dass auch für die Privatversicherer gilt, dass sie die Mittel aus der obligatorischen Unfallversicherung lediglich für diese verwenden dürfen.

Absatz 1 Ziffer 1

Die Initiative sieht eine obligatorische Unfallversicherung für alle Arbeitnehmer vor. Diese Versicherung gibt es bereits. Sie ist Gegenstand des UVG, welches Vorschriften über eine Versicherung enthält, die nicht nur Pflegeleistungen und Taggelder, sondern auch Invaliden- und Hinterlassenenrenten ausrichtet. In diesem Bereich ist das Ziel der Initiative erfüllt. Diese räumt dem Bund ausserdem die Befugnisse ein, die obligatorische Unfallversicherung auf weitere

Kreise der Bevölkerung als die Arbeitnehmer auszudehnen. Eine entsprechende Gesetzgebung gibt es auf Bundesebene nicht, doch sei daran erinnert, dass der Bund schon aufgrund von Artikel 34^{bis} Absatz 2 BV die in der Initiative geforderte Kompetenz hat. Zu bemerken ist, dass hinsichtlich der Pflegeleistungen die Versicherung ohnehin auch für Nichtarbeitnehmer obligatorisch wäre, da die Initiative vorsieht, dass Unfälle von der Krankenversicherung gedeckt sind, wenn sie es nicht aufgrund eines anderen Gesetzes sind. Die Kompetenz, die obligatorische Versicherung über den Kreis der Arbeitnehmer auszuweiten, bezöge sich also auf die Geldleistungen (Taggelder und Renten).

Absatz 1 Ziffer 2

Diese Bestimmung enthält zunächst den Grundsatz einer für die ganze Bevölkerung *obligatorischen Krankenpflegeversicherung* auf Bundesebene. Heute ist dies Versicherung freiwillig. Wie oben bereits erwähnt (Ziff. 211), führte diese zu einer Reihe von Vorschriften, welche durch die Schaffung einer obligatorischen Versicherung überflüssig würden. Dies gilt insbesondere für die Möglichkeit der Kassen, neueintretenden Versicherungsvorbehalte aufzuerlegen (Art. 5 Abs. 3 KUVG). Mit dem Versicherungspflichtgesetz sind auch Neuerungen im Finanzierungssystem verbunden. So macht z. B. die Beitragsbemessung nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten bestimmte für die freiwillige Versicherung typische Regelungen überflüssig, wie insbesondere die Möglichkeit der Kassen, die Prämien aufgrund des Eintrittsalters und des Geschlechts der Versicherten festzusetzen (Art. 6^{bis} Abs. 2 KUVG).

Bei den *Leistungen* sieht die Initiative eine Ausweitung in bestimmten Bereichen vor. Die Krankenpflegeleistungen würden zeitlich unbeschränkt übernommen, während heute nach Artikel 12 Absatz 4 KUVG die Kassen grundsätzlich zur Deckung von Spitalleistungen nur während 720 Tagen in einen Zeitraum von 900 aufeinanderfolgenden Tagen verpflichtet sind. Ebenfalls gedeckt wäre der Unfall, soweit er nicht anderweitig von Gesetzes wegen (z. B. durch das UVG) versichert ist. Zwar stellen die meisten Kassen in ihren Statuten den Unfall der Krankheit gleich, doch sind sie dazu aufgrund des KUVG nicht verpflichtet. Die Leistungen der Hauskrankenpflege, welche nach der Initiative zum Teil vergütet werden sollen, sind heute nicht ausdrücklich unter den Leistungen erwähnt, welche die Kassen nach KUVG übernehmen müssen. Heute ist es einfach so, dass gewisse Pflichtleistungen auch zu Hause erbracht werden können, beispielsweise bestimmte von einer selbständig tätigen Krankenschwester auf ärztliche Verordnung durchgeführte Verrichtungen. Diese sind abschliessend in der Verordnung 7 des Eidgenössischen Departementes des Innern vom 13. Dezember 1965 betreffend die von den anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden wissenschaftlich anerkannten Heilanzeigen (SR 832.141.11) aufgeführt. Auch Vorsorgemassnahmen, die nach der Initiative in gewissem Umfang vergütet werden sollen, sind heute nicht von der gesetzlichen Grundversicherung gedeckt.

Wie das KUVG nennt die Initiative drei *Finanzierungsquellen*: die Prämien oder Beiträge der Versicherten, die Beiträge der öffentlichen Hand sowie eine Kostenbeteiligung der Versicherten. Die Konzeption ist jedoch unterschiedlich.

- Die *Beiträge* sollen im Verhältnis zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten stehen. In den Grundzügen haben sich die Initianten am AHV-Modell orientiert. Im geltenden System mit seiner von finanziell autonomen Kassen getragenen freiwilligen Versicherung können diese die Prämien nach dem Eintrittsalter der Versicherten festsetzen (Art. 6^{bis} Abs. 2 KUVG), wovon auch die grosse Mehrheit der Kassen Gebrauch gemacht hat. Ausserdem haben die Kassen das Recht, von Frauen höhere Prämien zu verlangen als von Männern, wobei der Unterschied allerdings 10 Prozent nicht übersteigen darf. Soweit das Bundesrecht überhaupt das Einkommen der Versicherten berücksichtigt, geschieht dies, um die Belastung der Familien zu erleichtern (Art. 6^{bis} Abs. 3 KUVG und Art. 21 der Verordnung V vom 2. Febr. 1965 über die Krankenversicherung; SR 832.121). Entlastungen für bescheidene Einkommen werden von den Kantonen gewährt, welche den Kassen zu diesem Zweck Subventionen ausrichten. Beiträge in Lohnprozenten gibt es praktisch nur in Kollektivversicherungsverträgen einiger Unternehmen. Wenn die Unternehmen einen Teil des Beitrags übernehmen, so einzig auf arbeitsrechtlicher Grundlage. Im Unterschied zur Initiative kennt die geltende Gesetzgebung keinen obligatorischen Arbeitgeberbeitrag. Auch verbietet sie den Kassen nicht, Kinderprämien zu erheben, wie es die Initiative will. Solche Prämienbefreiungen – häufig ab dem dritten Kind – sind jedoch in einer Reihe von Kassenstatuten vorgesehen. Schliesslich setzen die Kassen heute nach Regionen abgestufte Prämien fest, um den örtlich bedingten Kostenunterschieden Rechnung zu tragen (Art. 6^{bis} Abs. 2 KUVG). Dies wäre nicht mehr der Fall in einem System, das, wie anzunehmen ist, auf Einheitsprämien für die ganze Schweiz aufbauen soll.
- In Bezug auf die *Subventionen* ist daran zu erinnern, dass die Bundesbeiträge bis 1974 im wesentlichen einem Teil der Ausgaben der Krankenpflegeversicherung entsprachen, welcher im gleichen Rhythmus wie diese stieg; von 1974 an wurden die Pro-Kopf-Beiträge vermindert (Bundesbeschluss vom 31. Jan. 1975; SR 611.02) und von 1978 an auf dem Niveau von 1976 eingefroren (Bundesgesetz vom 5. Mai 1977; SR 611.04). Seit 1990 ist die Summe der Bundesbeiträge bei 1,3 Milliarden Franken plafoniert (Art. 38^{bis} KUVG in der Fassung des Bundesbeschlusses vom 23. Febr. 1990, gültig bis 31. Dez. 1994). Die geltende Gesetzgebung kennt also im Gegensatz zur Initiative kein Subventionsminimum. Sie schreibt im Gegenteil ein Maximum für die Bundesbeiträge vor. Diese machen heute ungefähr 10 Prozent der Gesamtausgaben der Kassen für die Krankenpflegeversicherung aus, die kantonalen Beiträge ungefähr 5 Prozent. Die Initiative fordert Beiträge der öffentlichen Hand von mindestens 25 Prozent der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Während aber das KUVG die Kantonsbeiträge nicht regelt, sieht die Initiative vor, dass die Bundesgesetzgebung die Höhe der Beteiligung der Kantone am Bundesbeitrag regeln soll. Da die Initiative das Schwergewicht darauf verlegt, die Beiträge nach Massgabe der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten zu bemessen, und sie für die Subventionen keine besondere Zweckbestimmung nennt, ist davon auszugehen, dass es sich um einen Globalbeitrag der öffentlichen Hand an die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung handelt. Die heutige

Konzeption ist ganz anders: die Subventionen dienen dazu, die finanzielle Belastung ganz oder teilweise auszugleichen, welche den Kassen aus den ihnen vom Gesetz auferlegten sozialen Verpflichtungen erwächst (Aufnahmepflicht, zeitliche Begrenzung der Versicherungsvorbehalte, Höchstdifferenz zwischen Männer- und Frauenprämien, Aufhebung der beschränkten Leistungsdauer bei Spitalaufenthalt von Invaliden usw.). In einem System mit Einheitsprämien wäre ein solches Verteilungskriterium gegenstandslos. Zu den finanziellen Auswirkungen der Initiative für Bund und Kantone siehe Ziffer 3.

- Sowohl für die Beiträge wie auch für die *Kostenbeteiligung* nimmt die Initiative die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten als Grundlage. Die Kostenbeteiligung soll nämlich ein (bei 20% plafonierter) Prozentsatz des Beitrags sein, welcher seinerseits von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten abhängig ist. Das geltende Recht hingegen sieht eine Jahresfranchise mit einem festen Betrag (150 Fr.) und einen Selbstbehalt von 10 Prozent an den die Franchise übersteigenden Kosten vor, wobei die Gesamtbeteiligung auf 750 Franken pro Jahr begrenzt ist (Art. 14 Abs. 1, 2 und 4 KUVG; Art. 24 und 26^{sexies} Abs. 1 Verordnung V). Kinder zahlen nur den Selbstbehalt von 10 Prozent (maximal 250 Fr. im Jahr). Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten wird dagegen bei der Kostenbeteiligung heute aufgrund kantonaler Gesetze berücksichtigt, welche eine Unterstützung für Personen in bescheidenen Einkommensverhältnissen vorsieht. Das Bundesrecht begünstigt heute die Familien durch die Bestimmung, dass, wenn mehrere Kinder bei derselben Kasse versichert sind, die gesamte Kostenbeteiligung 500 Franken nicht übersteigen darf (Art. 26^{sexies} Abs. 2 Verordnung V). Eine Befreiung von der Kostenbeteiligung bei Spitalaufenthalt, Mutterschaft oder Kuraufenthalt (Art. 14^{bis} Abs. 2 KUVG) ist in der Initiative, wie oben bereits festgestellt (Ziff. 211), nicht vorgesehen.

Absatz 1 Ziffer 3

Die Initiative schlägt vor, eine obligatorische Krankengeldversicherung für alle Arbeiter einzuführen und dafür zu sorgen, dass andere Personen sich dieser Versicherung anschliessen können. Wie die Krankenpflegeversicherung ist auch die Krankengeldversicherung heute freiwillig. Auch in diesem Punkt besteht also ein wesentlicher Unterschied zwischen der geltenden Gesetzgebung und der Initiative. Letztere sieht zudem vor, dass das Taggeld mindestens 80 Prozent des versicherten Lohnes decken und durch prozentuale Beiträge aus diesem finanziert werden soll; das KUVG kennt dagegen lediglich ein Mindesttaggeld von 2 Franken bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit (Art. 12^{bis} Abs. 1 KUVG), welches die Kassen wie in der Krankenpflegeversicherung meist mit Pro-Kopf-Prämien finanzieren. Die Finanzierung durch Lohnprozente ist relativ verbreitet bei den Kollektivversicherungsverträgen, wobei die Unternehmen im allgemeinen auf arbeitsrechtlicher Basis einen Beitragsanteil übernehmen. Aber weder für diese Finanzierungsart noch für den Arbeitgeberanteil besteht heute in der Krankenversicherung eine gesetzliche Pflicht. Was die Nicht-Arbeitnehmer angeht, so macht die Initiative keine näheren Angaben über die Finanzierung und die Berechnung der Leistungen in der freiwilligen Versicherung. Mangels ge-

nauer Hinweise in diesem Punkt ist davon auszugehen, dass die Beiträge von dem vom Versicherten gewählten Taggeldbetrag abhängen werden.

Absatz 2

Mit dieser Bestimmung von Artikel 34^{bis} BV will die Initiative die Behandlungsfreiheit im Rahmen der Wirtschaftlichkeit gewährleisten. Diesem Grundsatz entsprechen im geltenden Recht die im folgenden genannten Vorschriften.

Im allgemeinen wählt der Arzt frei die geeigneten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen. Einzig umstrittene Methoden sind Gegenstand von Behördenentscheiden zur Frage, ob sie von der Krankenversicherung zu übernehmen sind oder nicht (Art. 12 Abs. 5 KUVG; Art. 21 Abs. 2 und 3 der Verordnung III vom 15. Jan. 1965 über die Krankenversicherung; SR 832.140). Medikamente werden in amtlichen Listen mit einem Tarif oder mit Preisen geführt; sie sind in die Listen aufzunehmen, wenn bewiesen ist, dass sie einem medizinischen Bedürfnis entsprechen und dass sie wirksam und wirtschaftlich sind (Art. 12 Abs. 6 KUVG; Art. 2 Abs. 3 und Art. 4 Abs. 1 Verordnung VIII vom 30. Okt. 1968 über die Krankenversicherung; SR 832.141.2). Personen, die selbstständig in einem paramedizinischen Beruf tätig sind (Physiotherapeuten, selbstständige Krankenschwestern usw.), können ihre Leistungen der Krankenversicherung verrechnen, doch beschränkt die Gesetzgebung eine solche Möglichkeit auf gewisse Berufsarten und regelt im Detail die Zulassungsvoraussetzungen sowie den Umfang der zu vergütenden Leistungen (Verordnung VI vom 11. März 1966 über die Krankenversicherung; SR 832.156.1 und Verordnung 7). Auch Laboratorien können zu Lasten der Krankenversicherung tätig sein unter der Voraussetzung, dass sie gewisse Qualifikationskriterien erfüllen (Verordnung VII vom 29. März 1966 über die Krankenversicherung; SR 832.156.6). Für Tarifverträge mit Ärzten, Spitalern, Personen in paramedizinischen Berufen usw. besteht die Vertragsfreiheit, doch bedürfen die Verträge der Genehmigung durch die Behörde; diese prüft sie auf Gesetzmässigkeit und «Billigkeit» (Art. 22 Abs. 3 und 22^{quater} Abs. 5 KUVG), wobei namentlich wirtschaftliche Kriterien zugrundegelegt werden. Generell verpflichtet Artikel 23 KUVG die Leistungserbringer, sich auf das zu beschränken, was im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Alle diese Vorschriften gehen in die von der Initiative gewünschte Richtung und würden beibehalten, ohne dass es nötig wäre, neue zu schaffen.

Der Versicherte seinerseits kann die Leistungserbringer frei wählen, insbesondere Ärzte und Spitäler (Art. 15 Abs. 1 und 19^{bis} Abs. 1 KUVG). Dieser Grundsatz soll ebenfalls beibehalten werden. Wohl ist die Wahl des Versicherten faktisch auf Ärzte und Spitäler beschränkt, mit denen Verträge bestehen und die sich in der Nähe des Wohnorts des Betroffenen befinden. Doch erklären sich diese Einschränkungen aus den von Kanton zu Kanton verschiedenen Vertrags-tarifen und Spitalpolitiken.

Die Initiative begnügt sich nicht damit, den Grundsatz der Behandlungsfreiheit im Rahmen der Wirtschaftlichkeit zu bestätigen. Sie geht noch weiter als die geltende Gesetzgebung, indem sie den Behörden des Bundes und der Kantone die Kompetenz erteilt, im Bereich der Tarife und Abrechnungen zu intervenieren und eine Spitalplanung zu erstellen, um eine wirtschaftliche Verwendung

der Finanzmittel der Versicherung zu gewährleisten. Für Tarife und Abrechnungen bezieht sich das KUVG (vorbehältlich der von der Behörde insbesondere für Medikamente festgesetzten Preise) auf die frei zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern abgeschlossenen Verträge; der staatlichen Intervention kommt nur subsidiärer Charakter zu. Zwar ermöglicht bereits die geltende Verfassungsbestimmung, in dem von der Initiative befürworteten Sinn zu legiferieren. Doch erteilt die Initiative ausdrücklich den Auftrag, bindende Tarif- und Abrechnungsvorschriften zu erlassen, wie beispielsweise einheitliche Leistungsklassifikationen, Höchstansätze oder Globalbudgets. Die von der Initiative ebenfalls als zwingend vorgesehene Spitalplanung ist nach der geltenden Bundesgesetzgebung keine Pflicht; dem steht, wie schon erwähnt (Ziff. 212.1), der derzeitige Wortlaut von Artikel 34^{bis} BV entgegen.

213 Vergleich mit dem kantonalen Recht

Die Initiative berührt kantonales Recht in drei Punkten: dem Versicherungsobligatorium, den Beiträgen an die Krankenkassen und den Massnahmen zur Ausgabenkontrolle.

Vier Kantone (Basel-Stadt, Freiburg, Neuenburg und Tessin) haben von Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a KUVG Gebrauch gemacht und ein Krankenpflegeversicherungsobligatorium für die gesamte Bevölkerung eingeführt; andere Kantone haben ein Teilobligatorium geschaffen, vor allem für Personen in bescheidenen Einkommensverhältnissen. Durch Errichtung eines gesamtschweizerischen Obligatoriums für die Krankenpflegeversicherung würde die Initiative diese kantonalen Gesetzesbestimmungen überflüssig machen.

Bereits heute zahlen die Kantone den Krankenkassen Subventionen. Diese Unterstützung wird nach unterschiedlichen Kriterien gewährt. So gibt es beispielsweise Zuschläge zu den Bundesbeiträgen, Beiträge in Franken je Versicherten oder auch Beiträge zur Senkung der Prämien von Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Nach der Initiative würde allein der Bund Subventionen zahlen, doch würden die Kantone einen Beitrag daran entrichten, dessen Höhe vom Gesetz noch zu regeln wäre. Unter diesen Voraussetzungen würden die kantonalen Gesetze über die Subventionierung der Krankenversicherung überflüssig, es sei denn, sie sähen eine ergänzende Unterstützung zu den vom Bund gezahlten Beiträgen vor.

In Bezug auf die *Ausgabenkontrolle* der Krankenversicherung erteilt die Initiative den Kantonen ausdrücklich den Auftrag, zusammen mit dem Bund für eine wirtschaftliche Verwendung der Mittel zu sorgen. Zu diesem Zweck müssen sie insbesondere Tarif- und Abrechnungsvorschriften erlassen und verbindliche Spitalplanungen festlegen. Die meisten Kantone kennen solche zwingende Normen nicht. Es würden daher neue Gesetzgebungen auf kantonaler Ebene notwendig.

22 Verhältnis zur Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkasseninitiative)»

In Ziffer 22 seiner Botschaft vom 24. Februar 1988 über die Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkasseninitiative)» hat der Bundesrat sich bereits zum Verhältnis der beiden Initiativen geäußert (BBl 1988 II 259–261). Er hat dabei insbesondere auch die Frage geprüft, welchen Inhalt Artikel 34^{bis} BV im Endergebnis hätte, falls zunächst die Krankenkasseninitiative und später die SP/SGB-Initiative angenommen würde. Die seinerzeit gezogene Schlussfolgerung ist unverändert gültig und sei daher hier zitiert: «Würde also zunächst die Krankenkassen- und später die SP/SGB-Initiative angenommen, so hätte das folgende Konsequenz: Zunächst würden die heutigen Absätze 1 und 2 von Artikel 34^{bis} BV durch die Absätze 3–7 der Krankenkasseninitiative ergänzt; nach Annahme der SP/SGB-Initiative würde dann der Artikel 34^{bis} Absätze 1–7 durch Artikel 34^{bis} Absätze 1 und 2 in der Fassung der SP/SGB-Initiative abgelöst.»

Es stellt sich nun aber noch eine weitere Frage. Im Zeitpunkt der Abstimmung über die SP/SGB-Initiative stünde allenfalls noch die Übergangsbestimmung zur Krankenkasseninitiative in Kraft, wenn nämlich bis dahin noch keine auf die Krankenkasseninitiative gestützte Gesetzgebung in Kraft getreten wäre. Würde in diesem Fall die Übergangsbestimmung zur Krankenkasseninitiative durch die Annahme der SP/SGB-Initiative aufgehoben? Die Übergangsbestimmung hat folgenden Wortlaut:

Übergangsbestimmungen Art. 20 (neu)

Von dem der Annahme der Verfassungsbestimmungen von Artikel 34^{bis} Absätze 3–7 folgenden Kalenderjahr an bis zum Inkrafttreten der auf sie gestützten Gesetzgebung richten sich die Bundesbeiträge an die Krankenkassen nach den Bestimmungen, die für 1974 Geltung hatten.

Diese Übergangsbestimmung bildet materiell gesehen ein Ganzes mit den in der Krankenkasseninitiative enthaltenen Absätzen 3–7 von Artikel 34^{bis} BV. Sie bezieht sich denn auch ausdrücklich auf diese Absätze. Ihr doppelter Zweck besteht zum einen darin, die Höhe der Bundesbeiträge an die Krankenversicherung bis zum Inkrafttreten der Ausführungsgesetzgebung zu den Absätzen 3–7 von Artikel 34^{bis} BV festzulegen, und zum anderen darin, durch eine im Vergleich zur geltenden Ordnung massive Erhöhung der Bundesbeiträge den Gesetzgeber bei der Verwirklichung des Verfassungsartikels unter Zeitdruck zu setzen (vgl. Ziff. 211.2 der Botschaft zur Krankenkasseninitiative; BBl 1988 II 253).

Mit Blick auf diesen engen Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die Übergangsbestimmung das Schicksal von Artikel 34^{bis} BV in der Fassung gemäss Krankenkasseninitiative zu teilen hätte und bei dessen Ersetzung durch Artikel 34^{bis} in der Fassung der SP/SGB-Initiative ebenfalls dahinfiele. In der Tat könnte die Übergangsbestimmung ihre ursprüngliche Aufgabe (Schaffung einer finanziellen Übergangsordnung bis zum Inkrafttreten einer Ausführungsgesetzgebung im Sinne der Krankenkasseninitiative) nicht mehr erfüllen, denn in der Verfassung stünde nun an Stelle von Artikel 34^{bis} gemäss Fassung der Kranken-

kasseninitiative der Artikel 34^{bis} gemäss SP/SGB-Initiative. Einer solchen an sich logisch erscheinenden Schlussfolgerung müssen jedoch folgende verfassungsrechtlichen Überlegungen entgegenggehalten werden.

Bestimmungen der Bundesverfassung können nach Artikel 123 Absatz 1 BV nur durch förmlichen Beschluss von Volk und Ständen in die Verfassung aufgenommen oder wieder aus ihr entfernt werden. Dies gilt auch für die Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung. Diese können allenfalls noch durch Zeitablauf gegenstandslos werden, wenn es ausdrücklich vorgesehen ist, oder durch ihre inhaltliche Erfüllung, wie z. B. den Erlass der Ausführungsgesetzgebung zu einem Verfassungsartikel. Wie steht es nun unter diesen Gesichtspunkten mit der Übergangsbestimmung zur Krankenkasseninitiative?

Diese würde mit einer Annahme der SP/SGB-Initiative nicht förmlich aufgehoben. Denn weder enthält die SP/SGB-Initiative eine eigene Übergangsbestimmung, welche diejenige der Krankenkasseninitiative ersetzen würde, noch sieht sie deren Aufhebung vor. Die Übergangsbestimmung zur Krankenkasseninitiative wäre auch nicht durch Zeitablauf oder durch ihre inhaltliche Erfüllung gegenstandslos geworden. Eine zeitliche Befristung ist in ihr nicht enthalten und eine Ausführungsgesetzgebung zur Krankenkasseninitiative stünde – wie bereits gesagt – noch nicht in Kraft. Man befände sich damit in der Situation, dass Artikel 34^{bis} BV gemäss SP/SGB-Initiative den Artikel 34^{bis} BV gemäss Krankenkasseninitiative ersetzt, die Übergangsbestimmung aber weiterhin Bestand hätte.

Welche Bedeutung käme nun aber dieser stehen gebliebenen Übergangsbestimmung zu? Hält man sich allein an ihren Wortlaut, kommt man zum Ergebnis, die Übergangsbestimmung könnte so, wie sie lautet, gar nicht mehr erfüllt werden, denn eine Ausführungsgesetzgebung zu Artikel 34^{bis} in der Fassung der Krankenkasseninitiative wäre nicht mehr möglich. Die Übergangsbestimmung wäre damit gegenstandslos geworden. Eine andere Frage wäre indessen, ob dies auch dem in der Verfassung zum Ausdruck gekommenen Willen des Souveräns entspräche, der zunächst der Krankenkasseninitiative und wenige Jahre später der SP/SGB-Initiative zugestimmt hätte. Zur Beantwortung dieser Frage ist von folgenden Feststellungen auszugehen:

- Bei der Krankenkasseninitiative kommt der Übergangsbestimmung zumindest wesentliches, wenn nicht sogar überwiegendes Gewicht zu. Mit der Zustimmung zu dieser Initiative hätte der Stimmbürger zum Ausdruck gebracht, er wolle eine sofortige massive Erhöhung der Bundesbeiträge an die Krankenkassen, bis der Gesetzgeber eine neue Finanzierungsordnung für die Krankenversicherung auf der Grundlage der Krankenkasseninitiative geschaffen habe und diese Gesetzgebung in Kraft stehe.
- Es hält schwer, den Stimmbürgern für die spätere Zustimmung zur SP/SGB-Initiative die Absicht zu unterstellen, sie wollten nun just auf die erhöhten Bundesbeiträge verzichten und mit wesentlich geringeren Bundesbeiträgen, dafür aber mit höheren Krankenkassenprämien geduldig darauf warten, dass eine Ausführungsgesetzgebung zu Artikel 34^{bis} BV in der Fassung gemäss SP/SGB-Initiative in Kraft trete. Man hätte sie übrigens bei der Abstimmung über die SP/SGB-Initiative hierzu gar nicht befragt. Die Bundesbehörden

- wären überdies auch nicht befugt, den Initiativtext entsprechend zu ergänzen (vgl. Art. 27 Abs. 1 GVG).
- Eine stillschweigende Ausserkraftsetzung der in der Verfassung stehen gebliebenen Übergangsbestimmung der Krankenkasseninitiative mit dem Argument, sie sei gegenstandslos geworden, würde also sicher nicht dem in verfassungsmässiger Form erklärten Willen der Stimmbürger entsprechen.
- Dem Willen von Volk und Ständen wesentlich besser Rechnung tragen würde es dann, die Übergangsbestimmung der Krankenkasseninitiative ihre Wirkung – Erhöhung der Bundesbeiträge bis zum Inkrafttreten einer Ausführungsgesetzgebung – nunmehr mit Bezug auf Artikel 34^{bis} in der Fassung der SP/SGB-Initiative entfalten zu lassen.
- Dem in der Verfassung zum Ausdruck gekommenen Willen des Souveräns könnte somit in einer an die veränderte Situation angepassten Weise Rechnung getragen werden.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich unseres Erachtens folgender Schluss: Die in der Verfassung verbliebene Übergangsbestimmung der Krankenkasseninitiative wäre in einer mit Artikel 34^{bis} in der Fassung gemäss SP/SGB-Initiative vereinbaren Art und Weise anzuwenden. Das würde bedeuten, dass die Beiträge des Bundes an die anerkannten Krankenkassen bis zum Inkrafttreten einer auf die SP/SGB-Initiative gestützten Gesetzgebung nach den Bestimmungen auszurichten wären, die für 1974 Geltung hatten (zu den finanziellen Folgen dieser Verpflichtung vgl. Botschaft zur Krankenkasseninitiative Ziff. 211.2, 212.2 und 232; BBl 1988 II 253 258–259 263). Mit dem Inkrafttreten einer solchen Gesetzgebung wäre die Übergangsbestimmung dann materiell erfüllt und würde gegenstandslos.

23 Würdigung der Initiative

231 Die Initiative als formulierter Gesetzgebungsauftrag

Artikel 34^{bis} BV ist am 26. Oktober 1890, also vor mittlerweile 100 Jahren in die Bundesverfassung aufgenommen worden. Er ist die älteste Verfassungsnorm im Bereich der Sozialversicherung und stellt in seiner Formulierung praktisch eine reine Kompetenz- und Auftragsnorm dar. Der Artikel verpflichtet den Gesetzgeber, eine soziale Kranken- und Unfallversicherung einzurichten, ohne ihn allerdings bereits in eine bestimmte Richtung oder gar auf ein bestimmtes Modell festzulegen. Die Verfassung lässt praktisch jede, also auch die von den Initianten angestrebte Lösung zu. Insofern ist eine vorgängige Änderung der Verfassung nicht notwendig.

Nachdem aber die Initiative sehr konkrete Vorstellungen über eine Ausgestaltung der Kranken- und Unfallversicherung enthält, stellt sich in erster Linie die Frage, ob es wünschbar wäre, den Gesetzgeber durch eine Verfassungsnorm in diese Richtung festzulegen. Die Initianten schlagen sowohl für die Krankenpflege-, die Krankengeld- wie für die Unfallversicherung konkrete Modelle vor. Bezüglich der Unfallversicherung entspricht der Vorschlag dem geltenden Recht (obligatorische Versicherung für alle Arbeitnehmer, wobei allerdings die

Bedingungen für die Mitwirkung privater Versicherungsgesellschaften im Gesetz zumindest präzisiert werden müssten; vgl. vorne Ziff. 212.2). Bei der Krankengeldversicherung wird ebenfalls eine obligatorische Versicherung für alle Arbeitnehmer postuliert. Bezüglich Leistungen und Finanzierung einer obligatorischen Krankengeldversicherung entspricht die Initiative dem Gesetzesentwurf des Bundesrates vom 19. August 1981 (vgl. BBl 1981 II 1117), dem das Parlament allerdings nicht gefolgt ist.

Zentraler Punkt der Initiative ist indes die Forderung nach Einführung einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die ganze Bevölkerung. Hier geht denn auch der Text der Initiative am stärksten ins Detail. Wir konzentrieren unsere Stellungnahme auf diesen Teil der Initiative.

In der Forderung nach einem allgemeinen Versicherungsobligatorium deckt sich die Initiative praktisch mit dem vom Bundesrat in seinen Grundsätzen vom August 1989 eingeschlagenen Weg. Auch die Expertenkommission für eine Revision der Krankenversicherung schlägt in ihrem Bericht vom 2. November 1990 eine obligatorische Krankenpflegeversicherung vor. Der bedeutsamste Unterschied zwischen Bundesrat und Expertenkommission einerseits und der Initiative andererseits liegt bei der Finanzierung. Die mit der Initiative postulierte Einführung von Beiträgen «nach Massgabe der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit» hätte eine Abkehr vom heutigen System der Kopfbeiträge zur Folge. Als völlig neues Element für die Krankenpflegeversicherung käme überdies hinzu, dass die Arbeitgeber bei Arbeitnehmern die Beiträge zur Hälfte zu übernehmen hätten.

Bei diesen Forderungen der Initiative handelt es sich in erster Linie um politische Grundsatzfragen. Man könnte deshalb durchaus den Standpunkt vertreten, es sei sinnvoll, diese Grundsatzfragen zunächst auf Verfassungsstufe zu entscheiden und so dem Gesetzgeber einen verbindlichen Auftrag zu erteilen.

Zahlreiche Fragen einer künftigen Ausgestaltung der Krankenversicherung bleiben in der Initiative aber offen. Dies ist an sich bei einem Verfassungstext nicht aussergewöhnlich, sondern die Regel. Für eine Würdigung der Initiative, und insbesondere die Stellungnahme von Parlament und Volk, muss trotzdem versucht werden, die voraussichtlichen Auswirkungen der Initiative darzustellen. Im Vordergrund steht dabei die Frage nach den Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Finanzierung dieser Kosten (Ziff. 232). Im weiteren ist auch auf indirekte Auswirkungen hinzuweisen, die sich aus den in der Initiative geforderten einkommensabhängigen Beiträgen der Versicherten ergeben können (Ziff. 233).

232 Zur Finanzierung der Krankenpflegeversicherung

Die finanziellen Auswirkungen der Initiative bleiben notwendigerweise noch offen. Diese werden von der konkreten Ausgestaltung der Versicherung auf Gesetzesstufe abhängen. Die Kosten einer nach der Initiative ausgestalteten Krankenversicherung hängen unter anderem vom Leistungsumfang ab, der im Gesetz erst noch zu umschreiben sein wird. Er dürfte sich aber etwa in dem Rahmen halten, wie er im Bericht und Entwurf vom 2. November 1990 der Exper-

tenkommission für eine Revision der Krankenversicherung vorgeschlagen worden ist. Dieser Entwurf berücksichtigt insbesondere auch die in der Initiative enthaltenen Forderungen nach einer zeitlich unbegrenzten Übernahme der Behandlungskosten, einer subsidiären Deckung des Unfallrisikos und einer Ausdehnung der Versicherung auf die Hauskrankenpflege und auf die Leistungen der Gesundheitsvorsorge (Art. 34^{bis} Abs. 1 Ziff. 2 des Initiativtextes). Für eine Schätzung der Kosten können wir uns deshalb auf den erwähnten Bericht der Expertenkommission abstützen. Nachdem aber inzwischen neuere statistische Angaben vorhanden sind, nehmen wir ausgehend von den Angaben zur bestehenden Versicherung für das Jahr 1988 eine Schätzung für das Jahr 1992 vor. Der Bericht der Expertenkommission enthielt demgegenüber ausgehend von Angaben zum Jahr 1986 eine Schätzung für das Jahr 1990. Der Gesamtaufwand für eine obligatorische Krankenpflegeversicherung nach den Grundsätzen der Initiative dürfte sich demnach im Jahre 1992 auf 13,3 Milliarden Franken belaufen. Der Beitrag der öffentlichen Hand beträgt ein Viertel dieses Aufwandes, also 3,3 Milliarden Franken. Von den Versicherten sind somit über Versicherungsbeiträge und Kostenbeteiligungen 10 Milliarden Franken aufzubringen.

Die Höhe der Kostenbeteiligung würde erst auf Gesetzesstufe festgelegt. Nachdem auch eine völlig neue Art der Bemessung der Kostenbeteiligung vorgeschlagen wird, sie soll in Relation zur Höhe des Beitrages und damit zur wirtschaftlichen Situation der Versicherten stehen, ist eine Schätzung ihres Gesamtertrages schwierig. Die Begrenzung nach der Prämienhöhe der Versicherten dürfte bedeuten, dass der Anteil der Kostenbeteiligung an der Finanzierung der Krankenpflegeversicherung höchstens die heutige Grössenordnung erreichen, wahrscheinlich aber darunter liegen wird. Bei den meisten Versicherten wird die Höchstgrenze von 20 Prozent der Jahresprämien nämlich unter jener nach geltendem Recht liegen. Erst bei einer Jahresprämie von 3750 Franken wird die heute geltende Höchstgrenze von 750 Franken pro Jahr erreicht.

Die Beiträge der Versicherten sind nach Massgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu entrichten. Wie bereits erwähnt, dürfte dies auf eine Beitragsordnung analog zur AHV hinauslaufen, wobei aber sämtliche nichterwerbstätige Erwachsene einen Minimalbetrag und auch die Rentner Beiträge nach Massgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu bezahlen hätten (vgl. Ziff. 211). Der Minimalbetrag und auch die Basis für die Beiträge der Rentner (Renteneinkommen, steuerbares Einkommen?) sind noch offen. Zur Höhe des Beitragssatzes auf dem Erwerbseinkommen kann deshalb keine definitive Aussage gemacht werden. Der Beitragssatz für Erwerbstätige dürfte sich aber etwa in der Grössenordnung von 3,4 bis 3,6 Prozent des massgebenden Einkommens im Sinne der AHV bewegen (vgl. Tabellen 1 und 2 im Anhang).

233 Indirekte Auswirkungen der Initiative

Die Forderung, dass in einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung von den Versicherten Beiträge nach Massgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erhoben werden, kann sicher nicht als abwegig bezeichnet werden. Dieses Beitragssystem hat sich in anderen Sozialversicherungen, insbesondere in der

AHV, bewährt. Auch in anderen europäischen Staaten bildet dieses Beitragssystem, soweit die Krankenversicherung vorwiegend durch Beiträge der Versicherten und nicht über Steuereinnahmen finanziert wird, die Regel. Kein Staat der Europäischen Gemeinschaft kennt in der Sozialen Krankenversicherung individuelle Kopfbeiträge. Mit einem solchen Beitragssystem wird im übrigen unmittelbar eine finanzielle Entlastung von wirtschaftlich Schwächeren erreicht, während bei einem System von individuellen Kopfbeiträgen zu diesem Zweck erst noch ein System der Prämienverbilligung nach der wirtschaftlichen Lage der Versicherten eingerichtet werden muss.

Neben diesen unbestreitbaren Vorteilen von Beiträgen der Versicherten nach Massgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit muss aber auch auf weitere Auswirkungen dieses Beitragssystems hingewiesen werden. Mit der Einführung von Beiträgen analog zur AHV würde nämlich auch das heutige System der Krankenversicherung, insbesondere Aufgaben und Bedeutung der Krankenkassen, grundlegend geändert. Zudem ergäben sich auch Auswirkungen auf das Gesundheitswesen, insbesondere auf die heutige Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen.

Nach dem *geltenden Recht* erfolgt der Beitritt zur Krankenversicherung individuell. Der Versicherte kann seinen Versicherer frei wählen. Die Krankenversicherung wird von einer Vielzahl von Krankenkassen durchgeführt, die insbesondere in finanzieller Hinsicht autonom sind, das heisst jede Krankenkasse legt die Beiträge so fest, dass sich ihre Einnahmen und Ausgaben im Gleichgewicht halten. Im Verhältnis zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern (Ärzte, Spitäler usw.) berücksichtigt das Gesetz und insbesondere seine praktische Anwendung in Form der Tarifverträge die föderalistische Struktur unseres Gesundheitswesens. Die Möglichkeiten einer Einflussnahme durch den Bund sind beschränkt. Diese Grundsätze der geltenden Ordnung würden bei einer Einführung von Beiträgen der Versicherten nach ihrem Einkommen indirekt in Frage gestellt.

Mit einem einheitlichen Beitragssatz nach dem Vorbild der AHV würde die Finanzautonomie der Krankenkassen aufgehoben. Deren Stellung im System der Versicherung wäre etwa mit jener der Ausgleichskassen in der AHV oder der Arbeitslosenkassen in der Arbeitslosenversicherung vergleichbar. Versicherer ohne Finanzautonomie verlieren das Interesse, die Kosten im Griff zu halten. Sie erhalten ja das für erbrachte Leistungen nötige Geld entweder von einer zentralen Beitragsinkassostelle oder müssen die für Leistungen nicht benötigten Einnahmen einer zentralen Ausgleichsstelle abliefern. Die Kontrolle über die Gewährung von Leistungen müsste deshalb durch eine zentrale Stelle erfolgen, ähnlich wie dies heute bei der AHV, der IV und der Arbeitslosenversicherung geschieht. Es müssten somit für einen einheitlichen Vollzug sehr detaillierte Weisungen erteilt werden, wie dies beispielsweise in der AHV gestützt auf Artikel 72 Absatz 1 AHVG der Fall ist. Einheitliche Beitragssätze nach dem Einkommen und eine damit verbundene Aufhebung der Finanzautonomie der Versicherer hätten somit auch eine Zentralisierung von Entscheidungen über die konkrete Durchführung der Versicherung zur Folge. Bei einem einheitlichen Beitragssatz in der ganzen Schweiz läge die zentrale Lenkung der Krankenversicherung bei einer Bundesstelle. Dies würde auch die Stellung des Bundes im

Gesundheitswesen verstärken. Nach der heutigen Ausscheidung der Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen ist das Gesundheitswesen grundsätzlich Sache der Kantone. Bereits nach Artikel 34^{bis} Absatz 2 BV in der Fassung des Initiativtextes werden gewisse Aufgaben im Gesundheitswesen, insbesondere die Spitalplanung, neu als gemeinsame Angelegenheit von Bund und Kantonen bezeichnet. Eine gewisse Gewichtsverlagerung im Gesundheitswesen zum Bund hin wird also mit der Initiative ausdrücklich angestrebt. Man muss sich aber im klaren darüber sein, dass als indirekte Folge einer durch den Bund über die Finanzierung (Festlegung der Beitragssätze der Versicherten und Gewährung von Beiträgen aus Steuereinnahmen) gelenkten Krankenversicherung auch die Stellung des Bundes im Gesundheitswesen faktisch weit stärker wäre, als dies nach Art. 34^{bis} Absatz 2 BV in der Fassung der Initiative zum Ausdruck kommt. Der Verzicht auf einen landesweit einheitlichen Beitragssatz zugunsten von Beitragssätzen pro Kanton und damit eine Wahrung föderalistischer Elemente wäre zwar denkbar. Es würde sich aber die Frage stellen, ob die Beiträge nach dem Wohnort oder nach dem Arbeitsort zu erheben sind. Einheitliche Beitragssätze innerhalb eines Betriebes wären nur gewährleistet, wenn man für die Beitragserhebung auf den Arbeitsort abstellen würde. Aus der Sicht der Versicherung müssten aber die Beiträge nach dem Wohnort festgelegt werden, weil die Kosten, insbesondere die Spitalkosten, nach Wohnkanton variieren können und die Spitalpolitik der Kantone auch einen Einfluss auf die Höhe der Steuern hat.

Ein zentralisiertes Versicherungssystem mit einheitlichem Beitragssatz hätte auch Konsequenzen für den Ansatz von Massnahmen zur Kontrolle und zur Eindämmung des Kostenanstiegs. In der Sicht der Initianten würde die öffentliche Hand sich wegen ihrer verstärkten Beteiligung an der Finanzierung der Krankenpflegeversicherung (Beitrag in Höhe von mindestens einem Viertel der Ausgaben) auch verstärkt für die Entwicklung der Ausgaben interessieren und auf die Eindämmung der Kosten hinwirken. Sicher würden die Möglichkeiten des Bundes, auf die Kostenentwicklung einzuwirken, zunehmen. Auf der anderen Seite könnte das Interesse an kostendämpfenden Massnahmen nicht nur bei den Krankenkassen, sondern auch bei den Kantonen eher abnehmen. Zudem wären alternative Versicherungsangebote, wie z. B. die HMO, deren erhoffte kosteneindämmende Wirkung zur Prämienverminderung führen müsste, nicht möglich.

234 Zusammenfassende Würdigung

Der geltende Art. 34^{bis} BV lässt praktisch jede denkbare Ausgestaltung der Krankenversicherung zu, insbesondere auch die mit der Initiative geforderte. Einzig im Bereich der Spitalplanung (Art. 34^{bis} Abs. 2 des Initiativtextes) würde der Bund Gesetzgebungskompetenzen erhalten, über die er heute noch nicht verfügt. Die Initiative möchte aber nicht in erster Linie die verfassungsmässigen Kompetenzen des Bundes im Bereich der Krankenversicherung erweitern, sondern dem Gesetzgeber – im Gegensatz zum geltenden Verfassungsartikel – konkrete Aufträge zur Ausgestaltung der Krankenversicherung erteilen.

Das in der Initiative geforderte Konzept für eine Neugestaltung der Krankenversicherung hat durchaus positive Aspekte. Insbesondere würde damit die Solidarität in der Krankenversicherung gegenüber heute deutlich verstärkt. Ob bei dem in der Initiative vorgesehenen dynamischen Konzept der Finanzierung auch das Element der Kosteneindämmung genügend zum Tragen käme, ist in dessen schon weniger sicher.

Wir lehnen die Initiative vor allem aus folgenden Gründen ab: Das in der Initiative postulierte Konzept der Krankenversicherung schränkt den Spielraum des Gesetzgebers stark ein. Das daraus folgende Resultat deckt sich nicht mit den Vorstellungen des Bundesrates (vgl. dazu auch Ziff. 24). Der Bundesrat möchte das heutige System der Krankenversicherung nicht in dieser grundlegenden Art und Weise ändern, wie dies die Initiative verlangt. Die Initiative würde nämlich nicht nur die Stellung der Krankenkassen in der Krankenversicherung, sondern auch die Stellung der Kantone im Gesundheitswesen zugunsten des Bundes schwächen. Vor allem diese faktische Delegation von Kompetenzen im Gesundheitswesen an den Bund scheint uns aus staatspolitischen Gründen unerwünscht.

Nun kann man natürlich in der Frage, ob die Stellung des Bundes in der Krankenversicherung zulasten der Kantone und der Krankenkassen gestärkt werden soll, durchaus geteilter Meinung sein und deshalb das Volk mittels einer Initiative über diese Fragen entscheiden lassen. Genau diese wichtigen Fragen kommen aber in der Initiative zu wenig klar zum Ausdruck. So wie die Initiative formuliert ist, lautet ihre Hauptfrage: «Wollt Ihr eine obligatorische Krankenpflegeversicherung, und wollt Ihr, dass dabei die Beiträge der Versicherten nach ihrem Einkommen bemessen werden?» Wir haben auf die indirekten Folgen einer Finanzierung über Beiträge der Versicherten nach Massgabe ihres Einkommens hingewiesen. Die zusätzliche, durch die Initiative stillschweigend gestellte Frage lautet deshalb: «Wollt Ihr, dass der Bund über die Einnahmen und damit vermehrt auch über die Ausgaben der Krankenversicherung entscheidet?» Das konkrete Ausmass des zusätzlichen Einflusses des Bundes, und dies ist in unserem Bundesstaat eine Grundsatzfrage, bleibt dabei aber offen. Es scheint uns deshalb falsch, auf Verfassungsstufe einen Grundsatzentscheid zu fällen, der unvollständig ist.

24 Weiteres Vorgehen

Der Bundesrat hat seine Absichten zum weiteren Vorgehen in der Krankenversicherung in den grossen Linien bereits im August 1989 in Form von Grundsätzen zuhanden einer Expertenkommission festgehalten. Die Expertenkommission unter dem Vorsitz von Herrn Ständerat Otto Schoch AR hat im November 1990 einen Bericht und Gesetzesentwurf vorgelegt, der diesen Grundsätzen weitgehend entspricht. Der Bundesrat hat zu diesem Gesetzesentwurf, ergänzt um Bestimmungen für eine freiwillige Taggeldversicherung, im Februar 1991 ein Vernehmlassungsverfahren eröffnet. Dieses ist inzwischen abgeschlossen. Im grossen und ganzen ist der Entwurf als taugliche Grundlage für eine Revision der Krankenversicherung bewertet worden. Insbesondere wurde anerkannt,

dass das Versicherungsobligatorium für das Konzept der Vorlage von entscheidender Bedeutung ist. Das von der Expertenkommission vorgeschlagene Konzept für eine Revision der Krankenversicherung wird von einer grossen Mehrheit der Kantone unterstützt. Von den Bundesratsparteien stimmen die CVP, die SPS und die SVP der Einführung einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich zu. Die FDP sowie die Wirtschaftsverbände lehnen dagegen das Versicherungsobligatorium und damit das Grundkonzept der Vorlage ab. Bei der Mehrheit der übrigen politischen Parteien, die sich zum Entwurf geäussert haben, stösst das Versicherungsobligatorium auf grundsätzliche Zustimmung. Ebenfalls grundsätzlich unterstützt wird die vorgeschlagene Richtung einer Revision der Krankenversicherung vom Bauernverband, dem Angestelltenverband und den Gewerkschaften. Das gleiche gilt für die Verbindung der Schweizer Ärzte, die übrigen Leistungserbringer (Spitäler, Apotheker usw.) sowie die Verbände der Sozial-, der Gesundheits- und der Konsumentenpolitik. Das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen enthält sich einer Stellungnahme zur Frage des Versicherungsobligatoriums. In den meisten Vernehmlassungen werden aber auch Vorbehalte und Einwendungen zu einzelnen Vorschlägen des Entwurfs vorgebracht. Oft wird die grundsätzliche Zustimmung von der Respektierung bestimmter – im Entwurf bereits enthaltener oder aufzunehmender Postulate – abhängig gemacht. Auf diese Einzelfragen werden wir bei der Ausarbeitung der Vorlage zur Revision der Krankenversicherung näher eintreten.

Der Bundesrat hat nämlich die Absicht, noch in diesem Jahr eine Botschaft zur Revision der Krankenversicherung zu verabschieden. Ohne diesem Beschluss vorzugreifen, darf doch festgehalten werden, dass sich der Entwurf des Bundesrates weitgehend an das Konzept der Expertenkommission halten wird. Dabei werden sicher aufgrund der im Vernehmlassungsverfahren geäusserten Bedenken und Einwände Korrekturen am ursprünglichen Entwurf der Kommission anzubringen sein. Was die Frage einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung betrifft, so bleibt der Bundesrat weiterhin der Ansicht, und dies sei hier ausdrücklich festgehalten, dass eine konsequente Lösung der Probleme der Krankenversicherung, insbesondere die Festigung der Solidarität, nur im Rahmen eines Versicherungsobligatoriums möglich ist.

3 Auswirkungen für Bund und Kantone

Laut Initiative soll mindestens ein Viertel der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch die öffentliche Hand gedeckt werden. Heute beträgt dieser Anteil ungefähr 15 Prozent der gesamten Ausgaben der Krankenkassen für die Krankenpflegeversicherung (10% Bund, 5% Kantone). Nach den unter Ziffer 232 erwähnten Schätzungen würden die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Jahre 1992 ungefähr 13,3 Milliarden Franken betragen. Die von der Initiative vorgesehenen Subventionen würden sich also 1992 auf mindestens 3,3 Milliarden Franken belaufen. Geht man davon aus, dass nach geltendem Recht der Subventionsbetrag ungefähr bei 2 Milliarden Franken liegt (davon 1,3 Mia. Fr. zulasten des Bundes), so würde der durch die Initiative bedingte Mehraufwand der öffentlichen Hand 1992 ungefähr

1,3 Milliarden Franken betragen. In den folgenden Jahren würden die Subventionen im gleichen Ausmass steigen wie die von der Versicherung zu übernehmenden Krankenpflegekosten. Die Verteilung zwischen Bund und Kantonen wäre vom Gesetzgeber zu regeln.

4 Verhältnis zum europäischen Recht

Die laufende Diskussion über den Beitritt der Schweiz zum Europäischen Wirtschaftsraum veranlasst uns, unseren Ausführungen zur «Europaverträglichkeit» der Initiative eine generelle Darstellung über die europäischen Integrationsbestrebungen im Bereich der Krankenversicherung voranzustellen.

41 Vorschriften der Europäischen Gemeinschaft (EG)

Die EG bildet zwar heute schon in mancher Hinsicht einen europäischen Sozialraum, doch das diesbezügliche Recht schafft weder ein gemeinsames System der sozialen Sicherheit, noch eine Harmonisierung der oft sehr unterschiedlichen Bestimmungen der verschiedenen Mitgliedstaaten. Sein Ziel ist vielmehr die Koordination, das heisst dafür zu sorgen, dass die Unterschiede zwischen den verschiedenen nationalen Sozialversicherungssystemen die Freizügigkeit unter den Arbeitskräften nicht beeinträchtigen. Deren Ansprüche sollen durch den Wechsel von einem Mitgliedstaat in einen anderen nicht beeinträchtigt werden.

Obschon die EG ihr Schwergewicht auf eine möglichst grosse Koordination der ihre nationalen Eigenheiten bewahrenden Sozialversicherungssysteme der Mitgliedstaaten gelegt hat und auch die Frage einer künftigen Harmonisierung dieser Systeme zur Zeit noch offen ist, lassen sich doch im Zuge der Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen im EG-Raum erste bescheidene Ansätze zur Schaffung von gewissen Mindestnormen erkennen. Diese finden sich insbesondere in der «Richtlinie vom 19. Dezember 1978 zur schrittweisen Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen im Bereich der Sozialen Sicherheit» (Amtsblatt L 6/24 vom 10. Jan. 1979). Diese Richtlinie könnte mit der Umsetzung der vorliegenden Initiative in ein Gesetz verwirklicht werden.

42 Vorschriften des Europarates

Im Vergleich zur EG ist der Integrationsgedanke im Europarat nur schwach ausgebildet. Hier wickelt sich die internationale Zusammenarbeit eher im Rahmen einer «herkömmlichen» internationalen Organisation ab. Dementsprechend liegt das Gewicht einerseits in der Förderung des sozialen Fortschritts (durch Aufstellung von Mindestnormen bzw. Empfehlungen zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit), andererseits in der sozialrechtlichen Absicherung der Freizügigkeit zwischen den Mitgliedstaaten.

Der Förderung des sozialen Fortschritts dient in erster Linie die «Europäische Sozialcharta vom 18. Oktober 1961», welche sich in Artikel 11 mit dem Recht auf Gesundheit und in Artikel 12 mit dem Recht auf Soziale Sicherheit befasst. In diesen beiden Bestimmungen wird den Vertragsstaaten unter anderem die Verpflichtung auferlegt; Massnahmen zur bestmöglichen Vorbeugung von Krankheiten zu ergreifen, ihr System der Sozialen Sicherheit auf einem befriedigenden Stand zu halten und sich zu bemühen, dieses alsdann fortschreitend auf einen höheren Stand zu bringen.

Ziel der «Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit vom 16. April 1964» ist es, Mindestvorschriften aufzustellen und damit eine Art Rahmenordnung für die Sozialversicherungssysteme der Mitgliedstaaten zu schaffen. Die schweizerische Gesetzgebung über die AHV/IV, die Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten entsprechen den Anforderungen dieser Ordnung. Die Schweiz konnte daher dieses Instrument am 16. September 1977 für die genannten Leistungsbereiche ratifizieren (AS 1978 1491). Die Bereiche Krankenpflege und Krankengeld konnten dagegen damals wie heute insbesondere wegen folgender Besonderheiten des schweizerischen Systems nicht ratifiziert werden: Begrenzung der Krankenpflegeleistungen bei Spitalaufenthalt auf 720 Tage innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen (die Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit lässt zwar die Begrenzung auf 26 Wochen zu; diese muss jedoch für jeden Krankheitsfall neu beginnen); keine Beitragspflicht der Arbeitgeber; Berechnung des Krankengeldes nach vertraglicher Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer (und nicht aufgrund des Verdienstes des Leistungsempfängers oder des für ihn Unterhaltsberechtigten).

Weitere Mindestvorschriften für Einzelbereiche finden sich neben den erwähnten Instrumenten in Resolutionen und Empfehlungen des Ministerkomitees. Für den Bereich der Krankenversicherung bzw. diese Vorlage sind insbesondere von Interesse:

- Resolution (70)6 über die Verringerung der Kosten der medizinischen Versorgung;
- Empfehlung Nr. R(84)24 über den Beitrag der sozialen Sicherheit zu vorbeugenden Massnahmen;
- Empfehlung Nr. R(86)5 über die allgemeine Einführung der medizinischen Versorgung.
- Die Regierungen sollten ferner alle geeigneten Massnahmen treffen, damit die notwendige medizinische Versorgung finanziell tragbar ist. Zu diesem Zwecke
 - könnten beim Angebot beispielsweise Verfahren zur Verhandlung mit den Angehörigen der Gesundheitsberufe vorgesehen werden, die es ermöglichen, deren Honorare zu begrenzen,
 - könnten bei der Nachfrage Massnahmen vorgesehen werden, die auf eine Verringerung der Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung abzielen, wie etwa die Förderung von wirksamen vorbeugenden Massnahmen oder die Beteiligung des Patienten an den Kosten der medizinischen Versorgung,

- sollte ein Finanzierungssystem geschaffen werden, das auf der Solidarität aller geschützten Personen beruht und berücksichtigt, in welcher Höhe die geschützten Personen Beiträge leisten können.

Die Empfehlung des Europarates aus dem Jahre 1986 befasst sich des weitern mit den Arten der Versorgung und enthält detailliertere Angaben über die Planung der Infrastruktur des Gesundheitswesens. Es handelt sich dabei um Punkte, die in der Schweiz auf Gesetzesstufe geregelt sind.

43 Vereinbarkeit der Vorlage mit europäischem Recht

Die vorliegende Volksinitiative liegt auf der Linie der unter den Ziffern 41 und 42 aufgeführten Vorschriften und Empfehlungen der EG und des Europarates. Sie würde unter Umständen die Ratifizierung der Bereiche «ärztliche Betreuung» und «Krankengeld» (Teile II und III) der europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit ermöglichen.

5 Schlussfolgerungen

In einzelnen Punkten deckt sich die Initiative mit den Vorstellungen des Bundesrates. Dies gilt insbesondere für die Forderung nach einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Wir lehnen aber insbesondere die mit der Initiative verlangte Einführung von Beiträgen der Versicherten nach Massgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und die Beitragspflicht der Arbeitgeber für ihre Arbeitnehmer ab. Dies vor allem deshalb, weil diese neue Form der Beitragserhebung grundlegende Änderungen im System der Krankenversicherung zur Folge hätte und auch im Bereich des Gesundheitswesens eine starke Verschiebung von Kompetenzen zum Bund hin stattfinden würde.

Der Bundesrat ist aber ebenfalls der Ansicht, dass das geltende Krankenversicherungsgesetz grundlegend revidiert werden muss. Ein entsprechender Gesetzesentwurf wird voraussichtlich noch in diesem Jahr dem Parlament unterbreitet werden können. Eine vorgängige Änderung der Bundesverfassung ist nicht nötig. Der Gesetzesentwurf des Bundesrates wird einen indirekten Gegenvorschlag zur Initiative darstellen. Der wichtigste Unterschied zwischen den beiden Konzepten dürfte darin liegen, dass nach der Initiative eine obligatorische Krankenpflegeversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen der Versicherten, analog zu anderen Sozialversicherungen, eingeführt werden soll, während der Bundesrat eine obligatorische Krankenpflegeversicherung einführen möchte, bei der das heutige Beitragssystem der Krankenversicherung grundsätzlich beibehalten wird, zusätzlich aber Beiträge des Bundes für die Verbilligung der Prämien von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen vorgesehen werden sollen. Nach der Auffassung des Bundesrates ist es nämlich durchaus möglich, die Ziele der von ihm eingeleiteten Reform zu erreichen, ohne das heutige System aus den Angeln zu heben, wie dies mit der Initiative der Fall wäre. Das gewachsene Krankenversicherungssystem birgt immerhin einen wertvollen Fundus an Erfahrung und Leistungsfähigkeit. Dieser kann und soll für die notwendigen Reformen nutzbar gemacht werden. Es kommt daher

nun nach der Auffassung des Bundesrates in erster Linie darauf an, dies zu tun, und nicht, das bestehende System völlig umzukrempeln. Sollten die eingeleiteten Reformbemühungen jedoch im weiteren Verlauf auf unüberwindliche Hindernisse stossen, so könnte sich der Bundesrat gegebenenfalls veranlasst sehen, seine Haltung zur Initiative neu zu überdenken. Das Vorgehen des Bundesrates hat überdies den grossen Vorteil, dass es direkt zum Ziel führt, während mit einer Annahme der Initiative nur ein Auftrag an den Gesetzgeber formuliert wäre, der erst noch ausgeführt werden müsste. Wir empfehlen Ihnen daher die Initiative ohne formellen Gegenvorschlag zur Ablehnung.

5020

Finanzierung der Krankenpflegeversicherung

Schätzung für das Jahr 1992

Tabelle 1

	Mio. Fr.	Mio. Fr.
<i>Kosten der Grundversicherung</i>		13 300
<i>Beiträge der öffentlichen Hand (25%)</i>		3 325
<i>Prämien und Kostenbeteiligung der Versicherten</i>		9 975
<i>Prämien</i>		
<i>Beitrag Aktive</i>		
AHV-Lohnsumme	210 Mrd. Fr.	
Beitragssatz	3,4%	7205
<i>Beitrag Rentner</i>		
Rentensumme AHV	19,3 Mrd. Fr.	
Beitragssatz	3,4%	660
Rentensumme 2. Säule	9 Mrd. Fr.	
Beitragssatz	3,4%	310
<i>Beitrag Nichterwerbstätige (20-62/65jährig)</i>		
Anzahl Personen	1 000 000	
Jahresbeitrag	600 Fr.	600
<i>Total</i>		8 775
<i>Kostenbeteiligung</i>		1 200

Tabelle 2

	Mio. Fr.	Mio. Fr.
<i>Kosten der Grundversicherung</i>		13 300
<i>Beiträge der öffentlichen Hand (25%)</i>		3 325
<i>Prämien und Kostenbeteiligung der Versicherten</i>		9 975
<i>Prämien</i>		
<i>Beitrag Aktive</i>		
AHV-Lohnsumme	210 Mrd. Fr.	
Beitragssatz	3,6%	7 560
<i>Beitrag Rentner</i>		
Rentensumme AHV	19,3 Mrd. Fr.	
Beitragssatz	3,6%	690
Rentensumme 2. Säule	9 Mrd. Fr.	
Beitragssatz	3,6%	325
<i>Beitrag Nichterwerbstätige (20–62/65jährig)</i>		
Anzahl Personen	1 000 000	
Jahresbeitrag	600 Fr.	600
<i>Total</i>		9 175
<i>Kostenbeteiligung</i>		800

Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung»

Entwurf

vom

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,

nach Prüfung der am 17. März 1986 eingereichten «Volksinitiative für eine gesunde Krankenversicherung»¹⁾,

nach Einsicht in eine Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1991²⁾,

beschliesst:

Art. 1

¹ Die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» vom 17. März 1986 wird gültig erklärt und Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet.

² Die Volksinitiative lautet:

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

Art. 34^{bis}

¹ Der Bund richtet auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und die Unfallversicherung ein. Er überträgt deren Durchführung Einrichtungen, die die Versicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betreiben.

1. Die Unfallversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund kann das Obligatorium auf weitere Kreise der Bevölkerung ausdehnen.
2. Die Krankenpflegeversicherung ist für die ganze Bevölkerung obligatorisch. Sie deckt ohne zeitliche Begrenzung die Behandlungskosten bei Krankheit und, soweit nicht anderweitig von Gesetzes wegen versichert, bei Unfall; eingeschlossen sind die Hauskrankenpflege und Leistungen der Gesundheitsvorsorge.

Die Versicherung wird finanziert:

- a. durch Beiträge der Versicherten nach Massgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit; bei Erwerbstätigen wird das volle Erwerbseinkommen zur Bemessung des Beitrags herangezogen, wobei die Arbeitgeber bei Arbeitnehmern mindestens die Hälfte übernehmen. Kinder zahlen keine Beiträge;
- b. durch einen Beitrag des Bundes von mindestens einem Viertel der Ausgaben; das Gesetz regelt die Beteiligung der Kantone am Bundesbeitrag.

¹⁾ BBl 1986 II 304

²⁾ BBl 1991 IV 985

Das Gesetz kann eine Beteiligung der Versicherten an den von ihnen verursachten Kosten von höchstens einem Fünftel ihres Beitrages pro Jahr vorsehen; keine Kostenbeteiligung darf bei Vorsorgemassnahmen erhoben werden.

3. Die Krankengeldversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch. Sie zahlt bei Lohnausfall infolge Krankheit ein Taggeld von mindestens 80 Prozent des versicherten Lohnes.

Die Versicherung wird finanziert durch Beiträge in Prozenten des versicherten Lohnes, wobei die Arbeitgeber mindestens die Hälfte tragen.

Der Bund sorgt dafür, dass sich gesetzlich nicht versicherte Personen der Taggeldversicherung für Leistungen bei Krankheit oder Unfall anschliessen können.

² Die Behandlungsfreiheit ist im Rahmen der Wirtschaftlichkeit gewährleistet. Bund und Kantone sorgen für die wirtschaftliche Verwendung der Finanzmittel der Versicherung. Zu diesem Zweck erlassen sie Tarif- und Abrechnungsvorschriften und legen verbindliche Spitalplanungen fest.

Art. 2

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

Botschaft über die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» vom 6. November 1991

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1991
Année	
Anno	
Band	4
Volume	
Volume	
Heft	49
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	91.070
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	17.12.1991
Date	
Data	
Seite	985-1015
Page	
Pagina	
Ref. No	10 052 056

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.