

Volksabstimmung vom 4. Dezember 1994

Erläuterungen des Bundesrates

Worum geht es?

Krankenversicherung (Gesetz)

Mit dem neuen Bundesgesetz über die Krankenversicherung wollen Bundesrat und Parlament wirksame Massnahmen gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen ermöglichen und die Solidarität in der Krankenversicherung wiederherstellen. Gegen das Gesetz ist das Referendum ergriffen worden.

Erläuterungen S. 2-8
Abstimmungstext S. 21-56

Krankenversicherung (Initiative)

Die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» verfolgt die gleichen Ziele wie das Gesetz. Sie verlangt aber eine allzu weitgehende Umgestaltung unseres Krankenkassensystems und eine fragwürdige Finanzierung. Bundesrat und Parlament lehnen sie deshalb ab.

Erläuterungen S. 2, 9-13
Abstimmungstext S. 10

Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht

Wenn wir unsere humanitäre und liberale Asyl- und Ausländerpolitik aufrechterhalten wollen, müssen wir Missbräuche wirkungsvoller bekämpfen. Das Bundesgesetz über Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht verfolgt dieses Ziel mit verschiedenen Massnahmen. Dagegen ist das Referendum ergriffen worden.

Erläuterungen S. 14-20
Abstimmungstext S. 57-62



Erste und zweite Vorlage:

Krankenversicherungsgesetz und Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung»

Zwei Vorlagen – ein Thema

Am 4. Dezember 1994 wird über zwei Vorlagen abgestimmt, die für die künftige Regelung der Krankenversicherung in der Schweiz von grosser Bedeutung sind. Es handelt sich einerseits um

das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG), andererseits um die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung».

Die erste Abstimmungsfrage lautet:

Wollen Sie das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung annehmen?

Der Nationalrat hat das Gesetz mit 124 zu 38 Stimmen gutgeheissen, der Ständerat mit 35 zu einer Stimme.

Die zweite Abstimmungsfrage lautet:

Wollen Sie die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» annehmen?

Der Nationalrat hat die Initiative mit 104 zu 42 Stimmen abgelehnt, der Ständerat mit 41 zu 2 Stimmen.

Abstimmungsszenarien

Über das Gesetz und die Initiative wird separat abgestimmt. Was passiert nach den verschiedenen möglichen Ergebnissen?

Ja zum Gesetz und Nein zur Initiative: Diese Lösung befürworten Bundesrat und Parlament. Das neue Gesetz tritt in Kraft – voraussichtlich auf den 1. Januar 1996.

Ja zum Gesetz und Ja zur Initiative: Auch in diesem Fall tritt das Gesetz 1996 in Kraft. Aufgrund der Verfassungsinitiative muss aber später erneut eine Revision des Gesetzes eingeleitet werden.

Nein zum Gesetz und Ja zur Initiative: Bundesrat und Parlament müssen gegen ihren Willen ein neues Gesetz erarbeiten. Dieses untersteht dem fakultativen Referendum. Bis zum Inkrafttreten bleibt das alte, nicht mehr befriedigende Gesetz massgebend.

Nein zum Gesetz und Nein zur Initiative: Das alte, revisionsbedürftige Gesetz bleibt weiterhin in Kraft.

Erste Vorlage:

Krankenversicherungsgesetz (KVG) Das Wichtigste in Kürze

Höchste Zeit für ein neues Gesetz

Die Kosten für unser Gesundheitswesen steigen ungebremst. Für immer mehr Menschen werden die Prämien zu einer untragbaren Belastung. Die Solidarität zwischen Jungen und Alten sowie zwischen Gesunden und Kranken wird ausgehöhlt. Das heutige Gesetz kann diese Probleme nicht mehr lösen.

Dringliche Massnahmen

Um rasch Abhilfe zu schaffen, haben Bundesrat und Parlament Notmassnahmen getroffen, die das Schweizer Volk 1993 mit grossem Mehr gutgeheissen hat. Diese dringlichen Massnahmen haben sich bewährt. Sie sind jedoch befristet und sollen nun durch ein neues, zukunftsorientiertes Bundesgesetz über die Krankenversicherung ersetzt werden.

Qualitativ hochstehend und finanziell tragbar

Das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) stellt eine qualitativ hochstehende und finanziell für alle tragbare medizinische Versorgung sicher:

- Die Krankenkasse kann künftig ohne Nachteile gewechselt werden: Es gibt keine Versicherungsvorbehalte und keine altersbedingten höheren Prämien mehr.
- Lücken in der Grundversicherung

werden geschlossen: Die Krankenkassen vergüten zum Beispiel die Krankenpflege zu Hause (Spitex) und im Pflegeheim.

- Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen wird gedämpft: Gezielte Massnahmen und ein echter Wettbewerb unter Krankenkassen, Ärzten und Spitälern bremsen die Kosten.
- Die Solidarität wird wiederhergestellt: Anstatt die Kassen zu subventionieren, verbilligen Bund und Kantone individuell die Prämien derjenigen, die darauf angewiesen sind.

Warum das Referendum?

Gegen die Vorlage haben vier Komitees das Referendum ergriffen. Sie behaupten, die Krankenversicherung werde zu teuer, das KVG zementiere eine staatlich diktierte Ordnung, die medizinische Versorgung erleide Qualitätseinbussen und die Komplementärmedizin werde diskriminiert.

Überlegungen von Bundesrat und Parlament

Für Bundesrat und Parlament ist das neue Gesetz die einzige sofort umsetzbare Alternative zum alten Gesetz von 1911. Es schafft einen guten Interessenausgleich zwischen allen Beteiligten und erlaubt es, die heutigen Missstände wirksam zu beheben. Die Krankenversicherung wird mit diesem Gesetz auf eine gesündere und gerechtere Basis gestellt.

Was bringt das neue Gesetz?

Das neue Gesetz bringt insbesondere folgende Neuerungen:

Freie Kassenwahl

Alle können ihre Krankenkasse jederzeit ohne Nachteile wechseln.

Komplette Grundversicherung

Das Gesetz schliesst Lücken in der Grundversicherung, die bisher über private Zusatzversicherungen, aus dem eigenen Portemonnaie oder über die Sozialhilfe gedeckt werden mussten.

Neu wird die Krankenversicherung:

- die Kosten für die Hauskrankenpflege (Spitex) in grösserem Ausmass vergüten;
- die Kosten für einen Spitalaufenthalt zeitlich unbegrenzt übernehmen;
- gezielte Präventionsmassnahmen finanzieren;
- Leistungen der Komplementärmedizin (z.B. Homöopathie und Akupunktur) übernehmen, wenn deren Wirksamkeit nachgewiesen ist;
- Nicht-Berufstätige - zum Beispiel Rentner, Hausfrauen und Kinder - ebenfalls gegen Unfall versichern.

Kostendämpfung durch mehr Wettbewerb

Das neue Gesetz bringt erstmals einen echten Wettbewerb unter den Krankenversicherungen und unter den Leistungsanbietern (Ärzte und Spitäler). Damit dämpft es die Kostensteigerung.

Versicherungs-Obligatorium

Die Grundversicherung wird für alle obligatorisch. Dies ist eine Voraussetzung für zahlreiche Verbesserungen, zum Beispiel für die freie Kassenwahl.

Chancengleichheit für alle

Alle Erwachsenen zahlen pro Kasse die gleichen Prämien, unabhängig davon, ob sie alt oder jung, gesund oder krank sind.

Gleichstellung der Frauen

Die Frauen werden nicht mehr diskriminiert: Sie bezahlen nicht mehr höhere Prämien für die Grundversicherung als die Männer. Die Mutterschaftsleistungen werden verbessert.

Gezielte Prämienverbilligungen

Mit erhöhten Beiträgen von Bund und Kantonen werden die Krankenkassenprämien für Einzelpersonen und Familien, die darauf angewiesen sind, gezielt verbilligt. Das bisherige Giesskannenprinzip, von dem alle Versicherten unabhängig von ihrem Einkommen profitieren, wird abgeschafft.

Argumente der Referendumskomitees

Gegen das revidierte Krankenversicherungsgesetz haben mehrere Komitees das Referendum ergriffen. Sie begründen dieses wie folgt:

«Nein zu Prämienexplosion und Staatsmedizin

Sofort stark steigende Prämien für die Mehrheit der Bevölkerung, unbezahlbar teure Zusatzversicherungen und Steuererhöhungen, um die versprochenen Subventionen finanzieren zu können: Das sind die negativen Tatsachen, welche das revidierte Krankenversicherungsgesetz schaffen wird. Damit ist klar, dass das **KVG das Kostenproblem** im schweizerischen Gesundheitswesen nicht löst, sondern im Gegenteil **verschärft**. Wenn sich selbst Experten über die Höhe der zu erwartenden massiven Zusatzkosten uneinig sind, dann ist dies ein untrügliches Zeichen.

Wer wird für die rund 3 Milliarden Franken Prämienverbilligungen aufkommen für jenen Drittel der Bevölkerung, der gemäss Befürwortern in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen lebt? Wir können uns eine derartige Zusatzbelastung der angeschlagenen Staatsfinanzen nicht leisten. **Das KVG zementiert eine staatlich diktierte, unflexible Ordnung auf Jahrzehnte**. Es verhindert fortschrittliche Lösungen. Griffige Strukturmassnahmen, welche die Kosten wirksam eindämmen, fehlen. Dringend nötige Verhaltensanreize für Ärzte und Spitäler, für Konsumenten und Krankenkassen fehlen ebenso.

Die heute freiheitlich geprägte Berufsausübung der Ärzte wird empfindlich beschnitten. **Qualitätseinbussen in der medizinischen Versorgung** und Verzögerungen in der Behandlung werden negative Folgen sein. Der staatlich definierte, massiv ausgebaute Leistungskatalog in der Grundversicherung, die teilweise Beschränkung der freien Arztwahl und des Arztgeheimnisses sowie ein überflüssiges Versicherungsobligatorium lösen einen neuen Bürokratieschub aus. Der ausgeschaltete Wettbewerb unter den Krankenkassen verhindert die dringend nötige Marktorientierung.

Das revidierte KVG nimmt in der Grundversicherung den Entscheid über die Zuverlässigkeit von Behandlungsmethoden Ärzten und Patienten weg und überträgt ihn staatlichen Organen. Die natürlichen Heilverfahren der **Komplementärmedizin** werden noch mehr **diskriminiert**. Das verfassungsmässige Recht auf freie Therapiewahl geht verloren. Obwohl 83% der Bevölkerung derartige nebenwirkungsarme und kostengünstige Therapieformen wünschen, müssen sie neu durch teure Zusatzversicherungen bezahlt werden. Individuell angepasste Vereinbarungen werden verboten.

Alle diese Negativelemente des KVG führen letztlich zu Mehrkosten in Milliardenhöhe. Dies können wir uns nicht leisten, und dies kann auch niemand verantworten. Ein Nein zum Gesetz öffnet den Weg für bessere Lösungen.»

Stellungnahme des Bundesrates

Das aus dem Jahr 1911 stammende Krankenversicherungsgesetz wird den heutigen Anforderungen nicht mehr gerecht. Es führt zu einer Prämienbelastung, die für immer mehr Bürgerinnen und Bürger unseres Landes untragbar geworden ist. Bundesrat und Parlament schlagen deshalb eine Totalrevision des Gesetzes vor. Der Bundesrat befürwortet das neue Gesetz insbesondere aus folgenden Gründen:

Verschärfte Probleme verlangen Totalrevision

Das alte Gesetz hat seine Dienste geleistet und für die ganze Bevölkerung eine gute medizinische Versorgung gebracht. Es ist aber heute überholt und muss dringend revidiert werden. Zwei Revisionen scheiterten 1974 und 1987 in der Volksabstimmung. Weil sich die Probleme verschärften, erliessen Bundesrat und Parlament Notrecht. Diese dringlichen Massnahmen wurden 1993 vom Volk mit grosser Mehrheit gutgeheissen. Mit dem neuen, zeitgemässen Krankenversicherungsgesetz kann das heutige Notrecht abgelöst werden.

Gleiche Bedingungen für alle

Aufgrund des neuen Gesetzes werden alle Erwachsenen bei der gleichen Kasse für die Grundversicherung die gleiche Prämie bezahlen, unabhängig vom Alter und vom Geschlecht. Damit werden die bestehenden Ungerechtigkeiten behoben. Das alte Gesetz hat ein Kassensystem geschaffen, das Junge und Gesunde privilegiert, während es ältere und kranke Menschen benachteiligt.

Diese Entsolidarisierung steht unserem Land schlecht an und kann entgegen den Interessen gewisser Referendumskomitees nicht länger geduldet werden. Die heute jungen Versicherten sind später, wenn sie alt und möglicherweise krank sind, ebenfalls auf die Solidarität der andern angewiesen.

Freie Kassenwahl

Dank der Einführung des Obligatoriums können alle Versicherten in der ganzen Schweiz ihre Kasse frei wählen, unabhängig von Alter und Geschlecht. Sieben Kantone haben es bereits eingeführt (BS, FR, GE, GR, NE, TI und VD). Keine Kasse darf sich in Zukunft nur auf sogenannte «gute Risiken» beschränken. Barrieren wie das Höchsteintrittsalter, altersabhängige Abstufungen bei den Prämien und Versicherungsvorbehalte werden abgeschafft. Damit die heute sehr unterschiedliche Versichertenstruktur der Krankenkassen etwas ausgeglichen wird, sorgt das Gesetz während einer Übergangszeit von zehn Jahren für einen Risikoausgleich. Dadurch wird ein fairer Wettbewerb unter den Kassen

möglich. Die volle Freizügigkeit wird die Kassen veranlassen, stärker auf die Kosten zu achten, weil sie nur auf diese Weise günstiger sein können als die Konkurrenz.

Gezielte Prämienverbilligungen

Auch in Zukunft muss die öffentliche Hand im Gesundheitswesen helfend mitwirken. Mit dem neuen Gesetz sollen die Beiträge von Bund und Kantonen entsprechend den Bedürfnissen von Kantonen und Versicherten schrittweise erhöht werden. Rund 500 Millionen Franken pro Jahr haben Volk und Stände bereits mit der Einführung der Mehrwertsteuer zusätzlich zur Verfügung gestellt. Diese Hilfe wird nicht mehr pauschal «mit der Giesskanne», sondern gezielt verteilt, um Personen und Familien mit bescheidenem Einkommen die Prämien zu verbilligen. Für die Durchführung sind die Kantone zuständig.

Kostendämpfende Wirkung

Zahlreiche im neuen Gesetz vorgesehene Massnahmen dämpfen die Kosten. Dies trifft vor allem auf den verstärkten Wettbewerb unter Kassen, Ärzten und Spitälern zu, der zum Beispiel durch das ausdrückliche Verbot kartellistischer Absprachen gefördert wird. Weiter kön-

nen die Versicherten ihre Prämien für die Grundversicherung selber senken, indem sie zum Beispiel mehr Eigenverantwortung übernehmen und sich stärker an den Kosten beteiligen. Sie können auch von alternativen Versicherungsmodellen wie der Gesundheitskasse (HMO) Gebrauch machen. Bei dieser Kasse ist die Prämie niedriger, weil die Versicherten ihre freie Arztwahl – die im übrigen selbstverständlich gewährleistet bleibt – beschränken. Entgegen den Behauptungen der Referendumskomitees verschärft das neue Gesetz das Kostenproblem keineswegs. Vielmehr bringt es die erwünschte Kostendämpfung.

Versicherungslücken schliessen

Das neue Gesetz schliesst längst erkannte und bemängelte Lücken in der Grundversicherung. Heute müssen viele Leistungen über teure private Zusatzversicherungen abgedeckt werden. Es ist einer der wesentlichen Vorzüge des Gesetzes, dass es allen den Zugang zu einer auf hohem Niveau stehenden, umfassenden gesundheitlichen Versorgung zu finanziell tragbaren Bedingungen gewährleistet. Mit dem einheitlichen Leistungsangebot in der Grundversicherung werden echte Prämienvergleiche möglich. Die Versicherten können aufgrund solcher Vergleiche die ihnen zusagende Kasse wählen.

Was ist mit Akupunktur und Homöopathie?

Das neue Gesetz schliesst die Methoden der Komplementärmedizin (wie Akupunktur, Homöopathie usw.) nicht von der Leistungspflicht der Krankenversicherung aus. Entgegen den Behauptungen der Referendatskomitees behandelt es sie genau gleich wie die Schul-

medizin und räumt ihnen damit eine faire Chance ein. Im Gegensatz zum geltenden Recht muss eine Behandlungsmethode nicht mehr von der Schulmedizin wissenschaftlich anerkannt sein. Der Nachweis, dass eine Methode wirksam ist, genügt. So ist zum Beispiel eine Leistungspflicht für Akupunktur oder Homöopathie möglich.

Aus all diesen Gründen empfehlen Bundesrat und Parlament, das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) gutzuheissen.

Zweite Vorlage:

Initiative «für eine gesunde Krankenversicherung»

Das Wichtigste in Kürze

Initiative der SPS und des SGB

Ausser dem Krankenversicherungsgesetz gelangt am 4. Dezember auch die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz und des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes zur Abstimmung. Diese Initiative wurde 1986 – also noch bevor die Arbeiten für das Gesetz aufgenommen wurden – mit 103575 gültigen Unterschriften eingereicht.

Was will die Initiative?

Die Initiative strebt eine grundlegende Änderung unseres Krankenversicherungssystems an. Ihr Ziel ist es, in der Krankenversicherung mehr Solidarität zu schaffen. Sie geht aber viel weiter als das neue Gesetz. Sie verlangt ein Obligatorium nicht nur für die Krankenpflegeversicherung, sondern auch für die Krankentaggeldversicherung. Anstelle von individuellen Prämien würden Beiträge nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten erhoben. In der Praxis würde dies zu einem ähnlichen System wie bei der AHV

führen. Der von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite je zur Hälfte finanzierte Beitragssatz dürfte sich zwischen 3,6 und 4 Prozent des massgebenden Einkommens bewegen. Bund und Kantone hätten mindestens 25 Prozent an die Kosten der Krankenpflegeversicherung zu zahlen (1996 schätzungsweise 4,5 Mrd. Fr.).

Überlegungen von Bundesrat und Parlament

Bundesrat und Parlament lehnen die Initiative ab. Diese würde unsere bewährten Strukturen grundlegend ändern, indem sie die Kompetenzen der Kantone und das Selbstbestimmungsrecht der Versicherten massiv einschränkt. Die vorgesehene Finanzierungsart würde den Wirtschaftsstandort Schweiz zusätzlich belasten. Nach Meinung von Bundesrat und Parlament verdient das neue Gesetz den Vorzug. Es kann nicht nur schneller in Kraft treten, sondern es entspricht auch unserem föderalistischen Sozialversicherungssystem besser.

Abstimmungstext

Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung»

vom 18. Dezember 1992

Art. 1

Die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» vom 17. März 1986 wird 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.
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 Initiative zu verwerfen.

Argumente des Initiativkomitees

Das Initiativkomitee begründet sein Volksbegehren wie folgt:

«Die Krankenkassenprämien sind in den letzten Jahren in der Schweiz massiv gestiegen. Gut 80 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer finden sie heute zu hoch. Dieser unhaltbare Zustand hat vor allem zwei Ursachen:

1. Das ungerechte Prämiensystem: In ganz Europa ist die Schweiz das einzige Land, wo eine Millionärin für ihre Grundversicherung keinen Rappen mehr bezahlen muss als eine Verkäuferin oder ein Rentner! Heute gilt in der Schweiz: je tiefer das Einkommen, desto höher wird die Prämie im Verhältnis zu diesem Einkommen. Das Portemonnaie eines kaufmännischen Angestellten wird so rund zehnmals stärker belastet als das eines Bankdirektors.

2. Der Kostenzuwachs im Gesundheitswesen; dieser soll dank der Initiative für eine gesunde Krankenversicherung und der Revision des Krankenversicherungsgesetzes besser kontrolliert und eingeschränkt werden.

Prämienlast besser verteilen – so einfach und gerecht wie bei der AHV!

In der AHV ist die finanzielle Belastung für alle Versicherten im Verhältnis zum Einkommen in etwa gleich hoch. Das hat sich bestens bewährt. Die Initiative für eine gesunde Krankenversicherung verlangt deshalb, dass auch in der Krankenversicherung jeder und jede Versicherte Prämien bezahlt, die seinen/ihren wirtschaftlichen Verhältnissen entsprechen. Nur so kann das ungerechte Prämiensystem endlich korrigiert werden.

Das folgende Beispiel einer durchschnittlichen Familie zeigt, dass mit dem bewährten AHV-System die Krankenkassenprämien für die meisten Schweizerinnen und Schweizer sinken werden:

Eine Familie mit knapp 5000 Franken Monatseinkommen zahlt heute monatlich eine Prämie von rund 500 Franken, wobei zwischen den Kantonen erhebliche Unterschiede bestehen. Eine Annahme der Volksinitiative würde die monatlichen Prämien für diesen Haushalt auf 150 Franken senken.

Die Initiative bringt für mittlere und kleine Einkommen - und damit der grossen Mehrheit der Bevölkerung - eine beträchtliche Entlastung bei den Krankenkassenprämien. Zu den tiefen Prämien der Initiativlösung tragen - wie bei der AHV - auch die Arbeitgeber bei.

Garantiertes Einkommen im Krankheitsfall

Nach wie vor unerfüllt ist heute die uralte Forderung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall: Die entsprechende Versicherung beruht immer noch auf privater Basis und auf Freiwilligkeit. So geniessen zahlreiche Arbeiterinnen und Arbeiter im Krankheitsfall keinen Schutz und bleiben mittellos, sobald der Arbeitgeber seine Lohnzahlungen einstellt. Die Initiative sieht eine obligatorische Versicherung vor, die allen Erwerbstätigen im Krankheitsfall 80% des Lohnes garantiert. Die Versicherung wird zu gleichen Teilen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern bezahlt.

Gesundheit muss wieder bezahlbar sein: 2 x JA.»

Stellungnahme des Bundesrates

Die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» verfolgt die gleichen Ziele wie das von Bundesrat und Parlament vorgeschlagene neue Krankenversicherungsgesetz. Sie bewirkt aber grundlegende Änderungen unseres föderalistischen Krankenkassensystems und bringt eine problematische Finanzierungsform. Der Bundesrat lehnt die Initiative insbesondere aus folgenden Gründen ab:

Abkehr vom heutigen System

Nach dem Vorbild der AHV fordert die Initiative die Einführung von einkommensabhängigen Beiträgen der Versicherten. Damit würde zwar die Solidarität in der Krankenversicherung deutlich verstärkt. Gleichzeitig würde aber die bisherige dezentrale und föderalistische Struktur der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens entscheidend verändert. Wie das neue Krankenversicherungsgesetz zeigt, können die gleichen Ziele auch erreicht werden, ohne dass die heutige Struktur aus den Angeln gehoben werden muss.

Unerwünschte Zentralisierung

Mit einem einheitlichen Beitragssatz nach dem Vorbild der AHV würde die finanzielle Selbständigkeit der Krankenkassen beseitigt. Diese würden zu reinen Vollzugsinstanzen. Sie könnten sich weniger frei entfalten und verlören den Anreiz zu einem kostendämpfenden Wettbewerb. Das schweizerische Gesundheitswesen bekäme zentralistischere

Züge. Die Selbständigkeit der Kantone würde wesentlich eingeschränkt. Bundesrat und Parlament halten dies aus staatspolitischen Gründen für unerwünscht.

Kostendämpfung ungewiss

Die Initiative verlangt, dass der Bund und die Kantone viel mehr für die Krankenpflegeversicherung bezahlen (mindestens 25 Prozent der Ausgaben). Dieser Automatismus würde zwar einen stetigen Zufluss von Mitteln sicherstellen und den Kostendruck etwas vermindern. Andererseits hätten Krankenkassen, Kantone und Versicherte keine Anreize mehr, die Kosten in den Griff zu bekommen. Die Kantone wären ohne eigene Finanzkompetenz kaum mehr daran interessiert, die Kosten möglichst tief zu halten. Die Versicherten ihrerseits hätten weniger Wahl- und Gestaltungsfreiheit. Ihre Eigenverantwortung würde verkümmern, weil zwischen Prämie und Leistung kein direkter Zusammenhang mehr bestünde.

Neue Belastung für den Wirtschaftsstandort Schweiz

Die Finanzierungsform der Initiative zwingt praktisch dazu, Lohnprozente einzuführen. Die Wirtschaft würde dadurch erheblich belastet, und dies in einer ohnehin schon schwierigen Zeit. Der Wirtschaftsstandort Schweiz würde verteuert und dessen internationale Wettbewerbsfähigkeit entscheidend geschwächt. Auch deshalb möchte der Bundesrat die bisherige bewährte Aufteilung beibehalten, wonach die AHV über Lohnprozente, die Krankenversicherung aber mit andern Mitteln finanziert werden soll.

Wenig Flexibilität

Mit der Initiative würden viele Details auf Verfassungsebene geregelt. Eine derart starre Regelung würde künftige notwendige Anpassungen erschweren. Bereits der geltende Verfassungsartikel lässt praktisch jede denkbare Ausgestaltung der Krankenversicherung zu, auch das von der Initiative geforderte Konzept. Das neue Krankenversicherungsgesetz bietet eine rasch realisierbare Lösung auf Gesetzesebene. Würde die Initiative angenommen, müsste zuerst ein entsprechendes, konsensfähiges Gesetz erarbeitet werden.

Aus all diesen Gründen empfehlen Bundesrat und Parlament, die Initiative «für eine gesunde Krankenversicherung» abzulehnen.

Dritte Vorlage:

Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht

Die Abstimmungsfrage lautet:

Wollen Sie das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht annehmen?

Der Nationalrat hat das Gesetz mit 111 zu 51 Stimmen angenommen, der Ständerat mit 37 zu 2 Stimmen.

Das Wichtigste in Kürze

Humanitäre Tradition bewahren

Es gehört zur humanitären Tradition der Schweiz, sich gegenüber Menschen, die Hilfe brauchen, grosszügig zu verhalten. Unser Asyl- und Ausländerrecht ist ein Beweis dafür. So kamen allein im letzten Jahr 18000 Personen in den Genuss des Asyls, der vorläufigen Aufnahme oder einer verlängerten Aufenthaltsbewilligung. Es geht aber nicht an, dass der Staat Missbräuche unseres Gastrechts duldet. Hat er ein Asyl- oder Aufenthaltsgesuch einmal abgelehnt, so müssen die Betroffenen diesen Entscheid auch akzeptieren. Nur so können wir unsere humanitäre Politik aufrechterhalten.

Missbräuchen wirksam begegnen

Leider versuchen aber einige Ausländerinnen und Ausländer, sich einer Weg- oder Ausweisung zu entziehen, indem sie untertauchen oder ihre Identität verheimlichen. Andere missbrauchen den Aufenthalt bei uns, um Straftaten zu begehen. Sie bringen damit auch die überwiegende Mehrheit der Ausländerinnen und Ausländer, die sich an unsere Gesetze halten, in Misskredit.

Notwendige Massnahmen

Die von Bundesrat und Parlament beschlossenen Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht ermöglichen es, solche Missbräuche zu bekämpfen. Wer nicht in der Schweiz bleiben darf (abgewiesene Asylsuchende oder Leute, die sich illegal

bei uns aufhalten), muss unser Land verlassen. Damit dies gewährleistet ist, können solche Personen unter gewissen Bedingungen in Vorbereitungs- oder Ausschaffungshaft genommen werden. Jede derartige Massnahme muss gerichtlich überprüft werden. Die Kantone erhalten zudem die Kompetenz, Personen ohne Aufenthaltsrecht zu verbieten, ein bestimmtes Gebiet zu verlassen oder eine gewisse Zone (zum Beispiel eine offene Drogenszene) zu betreten.

Warum ein Referendum?

Gegen die Vorlage hat ein Komitee das Referendum ergriffen. Es betrachtet die Zwangsmassnahmen als unverhältnismässigen Eingriff in elementare Grundrechte und macht geltend, sie verstieszen gegen Grundsätze unserer Verfassung. Ausländerinnen und Ausländer würden kriminalisiert. Die Massnahmen böten auch keine Lösung bei der Bekämpfung des Drogenhandels.

Überlegungen von Bundesrat und Parlament

Bundesrat und Parlament halten das Gesetz für notwendig und dringend. Nur so kann Missbräuchen im Asyl- und Ausländerrecht begegnet werden. Die Massnahmen stehen in vollem Einklang mit der Bundesverfassung und mit unseren völkerrechtlichen Verpflichtungen, insbesondere auch mit den Anforderungen der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK).

Was bringt das Gesetz?

Das Bundesgesetz über Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht sieht vor allem die folgenden Massnahmen vor:

Vorbereitungshaft: Solange über ihr Aufenthaltsrecht nicht entschieden worden ist, können Ausländerinnen und Ausländer neu in ganz bestimmten Fällen in Vorbereitungshaft genommen werden (höchstens für drei Monate). Dies ist beispielsweise dann möglich, wenn sie

- sich im Asyl- oder Wegweisungsverfahren weigern, ihre Identität offenzulegen,
- behördlichen Vorladungen wiederholt und ohne ausreichende Gründe keine Folge leisten,
- Personen an Leib und Leben erheblich gefährdet haben und deshalb strafrechtlich verfolgt werden.

Ausschaffungshaft: Die bisher auf maximal 30 Tage beschränkte Ausschaffungshaft wird auf drei Monate ausgedehnt. Sie darf unter bestimmten Voraussetzungen um weitere sechs Monate verlängert werden, falls sich die Wegweisung aus der Schweiz nicht fristgerecht vollziehen lässt. Diese Haftform kann zum Beispiel angeordnet werden, wenn

- sich jemand bereits in Vorbereitungshaft befindet,
- konkrete Anzeichen erwarten lassen, dass sich die betreffende Person der Wegweisung entziehen wird, indem sie untertaucht oder bei der Beschaffung von Ausweisschriften nicht mitwirkt.

Einschränkung der Bewegungsfreiheit: Ausländerinnen und Ausländer, die keine Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung besitzen und die öffentliche Sicherheit und Ordnung stören oder gefährden, können verpflichtet werden, sich nur innerhalb eines bestimmten Gebietes aufzuhalten oder ein klar umrissenes Gebiet nicht zu betreten.

Eine solche Beschränkung kann zum Beispiel angeordnet werden, wenn eine Person

- unter dem Verdacht steht, eine strafbare Handlung begangen zu haben, oder
- allgemein in grober Weise gegen Regeln des sozialen Zusammenlebens verstösst.

Durchsuchung von Personen und von Wohnungen: Diese Massnahme kann ergriffen werden, um Ausweispapiere sicherzustellen oder um Leute, die untergetaucht sind, festzunehmen. Eine Wohnung darf aber nur auf richterliche Anordnung hin durchsucht werden.

Rechtsschutz: Ein rechtsstaatliches Verfahren ist gewahrt. Jede Inhaftierung muss innerhalb von vier Tagen durch eine richterliche Instanz überprüft werden. Es erfolgt sogar eine mündliche Verhandlung vor dem Richter. Einen Monat später kann die inhaftierte Person beantragen, aus der Haft entlassen zu werden. Nach einem weiteren Monat (bei der Vorbereitungshaft) bzw. nach zwei Monaten (bei der Ausschaffungshaft) kann erneut eine richterliche Überprüfung beantragt werden. Auch gegen die Gebietsauflagen können die Betroffenen bei einer richterlichen Behörde Beschwerde erheben.

Abschaffung der Internierung: Die heute mögliche Internierung von Ausländern für maximal zwei Jahre wird aufgehoben.

Argumente des Referendumskomitees

Das Referendumskomitee macht folgende Argumente geltend:

*« Wir lehnen das Gesetz über die Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht ab, weil es **ungerecht und verfassungswidrig ist und den internationalen Übereinkünften zum Schutz der Menschenrechte eindeutig widerspricht.***

- Es ist **von Grund auf diskriminierend**, weil es sich mit unangemessener Härte einzig gegen jene AusländerInnen richtet, welche über keinen geregelten Aufenthalt verfügen. Es stempelt alle AusländerInnen ohne geregelten Aufenthalt zu Kriminellen ab.
- Es ist auch **diskriminierend**, weil es Asylsuchende wie Menschen ohne jegliche Rechte behandelt, die ohne weiteres abgeschoben werden können und die man, um die Abschiebung sicherzustellen, inhaftieren kann.
- Es **bedroht unsere Grundrechte**, weil es einem Beamten gestattet, AusländerInnen – selbst Jugendliche ab 15 Jahren -, die möglicherweise nicht das geringste Delikt begangen haben, auf einen einfachen Verdacht hin zu inhaftieren.
- Es ist ausserdem **gefährlich**, weil es den Polizeibehörden gestattet, Wohnungen Dritter und selbst Kirchen zu durchsuchen, um AusländerInnen ohne geregelten Aufenthalt aufzuspüren, zu verhaften und auszuschaffen.
- Es ist **ungerecht**, weil es äusserst drastische Massnahmen für ein verhältnismässig einfaches Problem vorsieht. Die Bewegungsfreiheit von mehreren hunderttausend Menschen wird unter dem Vorwand gefährdet, einige hundert Drogenhändler bestrafen zu können.

Man schießt nicht mit Kanonen auf Spatzen!

Unsere Verfassung garantiert allen Menschen – unabhängig von ihrer Nationalität, ihrer Herkunft, ihrer Hautfarbe, ihrem Geschlecht oder ihrer Religion – die Grundrechte. Diese Verfassung gilt für alle, nicht nur für uns BürgerInnen, sondern auch für unsere ParlamentarierInnen. Sie haben kein Recht, den Schutz durch diese Grundrechte für irgend jemanden zu beschneiden. Dies aber haben sie mit der Verabschiedung der Zwangsmassnahmen getan.

Die schweizerische Bevölkerung hat oft bewiesen, dass sie die grundlegenden Werte unserer Verfassung zu schützen weiss. Sie hat alle fremdenfeindlichen Initiativen erfolgreich abgewehrt. Sie hat noch nie zugelassen, dass die Rechte der hier lebenden AusländerInnen unter das durch die Verfassung und die internationalen Übereinkommen garantierte Mindestmass abgebaut werden.

NEIN zum diskriminierendsten und für die Grundfreiheiten bedrohlichsten Gesetz, das in der Schweiz je verabschiedet wurde.»

Stellungnahme des Bundesrates

Nur wenn es uns gelingt, offensichtliche Missbräuche im Asyl- und Ausländerrecht effizient zu bekämpfen und Wegweisungsentscheide konsequent zu vollziehen, können wir unsere bisherige, der humanitären Tradition verpflichtete Politik weiterführen und benachteiligte und verfolgte Menschen schützen. Mit dem neuen Gesetz erhält die Schweiz ein wirksames Mittel, um dem offensichtlichen Missbrauch unseres Gastrechtes zu begegnen. Der Bundesrat befürwortet die Vorlage insbesondere aus folgenden Gründen:

Beidseitige Verpflichtungen

Wer in der Schweiz um Schutz nachsucht, hat ein Anrecht darauf, dass die Behörden seine Situation sorgfältig prüfen. Dies ist dank unserer Asyl- und Ausländergesetzgebung gewährleistet. Andererseits sind diejenigen, die in der Schweiz Schutz suchen, verpflichtet, die in unserer Rechtsordnung vorgesehenen Verfahren nicht zu behindern und getroffene Entscheide zu akzeptieren. Ein Verbleib in der Schweiz darf nicht erzwungen werden.

Missbräuche bekämpfen

Es kommt aber immer wieder vor, dass Ausländerinnen und Ausländer am Ende eines Verfahrens untertauchen oder ihre Identität verheimlichen, um sich einer Heimerschaffung zu entziehen. Ausländische Staatsangehörige missbrauchen den Aufenthalt in der Schweiz auch, um Drogenhandel zu betreiben. Das Bundesgesetz über Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht will solchen eindeutigen Missbräuchen Einhalt gebieten. Dies geschieht auch im Interesse aller Auslän-

derinnen und Ausländer, die sich an unsere Gesetze halten. Die Zwangsmassnahmen betreffen lediglich Personen ohne Aufenthaltsberechtigung, die sich Missbräuche zuschulden kommen lassen. Auf Saisoniers, Aufenthalter oder Niedergelassene findet das Gesetz keine Anwendung.

Notwendige Vorbereitungshaft

Unter bestimmten Voraussetzungen können Ausländerinnen und Ausländer für drei Monate inhaftiert werden, solange über ihre Aufenthaltsberechtigung nicht entschieden ist. Dies gilt aber nur für Leute, die sich missbräuchlich verhalten. Diese Massnahme ist notwendig. Sie richtet sich gegen Handlungen, die darauf abzielen, ein geordnetes Wegweisungsverfahren zu verunmöglichen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn jemand die gesetzlich vorgeschriebene Mitwirkung verweigert, seine Identität nicht offenlegen will oder die Auflage, ein bestimmtes Gebiet nicht zu verlassen oder nicht zu betreten, missachtet.

Längere Ausschaffungshaft

Wer sich einer Aus- oder Wegweisung widersetzt, kann schon heute bis zu einer Dauer von 30 Tagen in Ausschaffungshaft genommen werden. Diese Frist ist jedoch in vielen Fällen zu kurz, vor allem wenn sich jemand weigert, beim Verfahren mitzuwirken. Deshalb soll nun die Frist auf drei Monate ausgedehnt werden. In dieser Zeit gilt es, die Identität zweifelsfrei festzustellen, die Ausreise zu organisieren und im Kontakt mit dem Heimatstaat die erforderlichen Papiere zu beschaffen. In besonders schwierigen Fällen kann die Haft um sechs Monate verlängert werden.

Reise- und Identitätspapiere sicherstellen

Das Gesetz ermöglicht es ferner, Ausländerinnen und Ausländer sowie Sachen, die sie mitführen, während eines Aus- oder Wegweisungsverfahrens zu durchsuchen. Bei dieser Massnahme geht es darum, Reise- und Identitätspapiere sicherzustellen, ohne die eine Rückführung nicht möglich ist. Nach einer ablehnenden Entscheidung über eine Aufenthaltserlaubnis können auch Räumlichkeiten durchsucht werden, sofern der Verdacht besteht, dass sich eine wegzuweisende Person darin versteckt hält. Auch diese Neuerung hat zum Ziel, einen geordneten Verlauf unserer rechtsstaatlichen Verfahren zu gewährleisten.

Beitrag zur Verbrechensbekämpfung

Es ist sicher verfehlt, die Schuld an der Kriminalität in der Schweiz, insbesondere im Drogenbereich, allein Ausländern zuzuschreiben. Die überwiegende Mehrheit von ihnen hat nichts damit zu tun und verhält sich korrekt. Allerdings gibt es immer wieder Personen, die angeblich Schutz vor politischer Verfolgung suchen, in Tat und Wahrheit aber unter dem Deckmantel des Asylverfahrens beispielsweise in der Drogenszene tätig sind. Solchen und anderen Personen ohne Aufenthaltserlaubnis kann man nun unter bestimmten Voraussetzungen verbieten, ein Gebiet zu verlassen oder zu betreten. Die Zwangsmassnahmen lösen zwar das Drogenproblem nicht, doch stellen sie ein wichtiges Element im Kampf gegen den Drogenhandel dar.

Rechtsstaatliche Prinzipien gewahrt

Alle diese Massnahmen sind mit der Bundesverfassung und dem internationalen Recht absolut vereinbar. Die Vorwürfe des Referendumskomitees treffen deshalb nicht zu. Die Bundesverfassung lässt eine unterschiedliche Behandlung von Ausländerinnen und Ausländern ohne Bleiberecht zu. Auch die Europäische Menschenrechtskonvention wird in keiner Weise verletzt. Das neue Gesetz geht zum Teil sogar weiter als die Konvention, indem es zum Beispiel verlangt,

dass eine Inhaftierung in einem mündlichen Verfahren überprüft werden muss. Auf die bisher mögliche Internierung wird verzichtet, weil sie rechtlich fragwürdig ist.

Gut ausgebauter Rechtsschutz

Die vorgesehenen Massnahmen werden von einem gut ausgebauten Rechtsschutz begleitet. Zum Beispiel wird jede Inhaftierung von einer richterlichen Instanz überprüft. Damit besteht Gewähr dafür, dass die Massnahmen nicht willkürlich, sondern verhältnismässig und besonnen angewendet werden. Ist eine Wegweisung rechtlich nicht möglich, weil die Betroffenen in ihrem Heimatland gefährdet wären, so wird eine Vorbereitungs- oder Ausschaffungshaft unverzüglich abgebrochen.

Absage an weitergehende Forderungen

Der Bundesrat hat den festen Willen, unsere humanitäre Asylpolitik zum Schutze verfolgter Menschen weiterzuführen. Daher beschränkt er sich auf angemessene und rechtsstaatlich einwandfreie Massnahmen. Er hat dies stets bewiesen, indem er weitergehende Vorschläge, welche den anerkannten Regeln des humanitären Völkerrechts zuwiderlaufen, konsequent bekämpft hat. Gefordert wurde beispielsweise, dass illegal in die Schweiz eingereiste Asylsuchende ohne Verfahren sofort ausgeschafft werden. Ausserdem wurden die Internierung bei blossem Tatverdacht, eine Quotenregelung für Asylsuchende und der Ausschluss straffälliger Asylsuchender vom Verfahren verlangt. Solchen Massnahmen, die eines Rechtsstaates unwürdig sind, wird sich der Bundesrat auch in Zukunft widersetzen.

Aus all diesen Gründen empfehlen Bundesrat und Parlament, dem neuen Bundesgesetz über Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht zuzustimmen.

Abstimmungstext

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

vom 18. März 1994

1. Titel: Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Geltungsbereich

¹ Dieses Gesetz regelt die soziale Krankenversicherung. Sie umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung und eine freiwillige Taggeldversicherung.

² Die soziale Krankenversicherung gewährt Leistungen bei:

- a. Krankheit;
- b. Unfall, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt;
- c. Mutterschaft.

Art. 2 Begriffe

¹ Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

² Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit zur Folge hat.

³ Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.

2. Titel: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

1. Kapitel: Versicherungspflicht

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

Art. 3 Versicherungspflichtige Personen

¹ Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen.

² Der Bundesrat kann Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen, namentlich für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen internationaler Organisationen und ausländischer Staaten.

³ Er kann die Versicherungspflicht auf Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, insbesondere auf solche, die:

- a. in der Schweiz tätig sind oder sich längere Zeit dort aufhalten;
- b. im Ausland von einem Arbeitgeber mit einem Sitz in der Schweiz beschäftigt werden.

Art. 4 Wahl des Versicherers

¹ Die versicherungspflichtigen Personen können unter den Versicherern nach Artikel 11 frei wählen.

² Die Versicherer müssen in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person aufnehmen.

Art. 5 Beginn und Ende der Versicherung

¹ Bei rechtzeitigem Beitritt (Art. 3 Abs. 1) beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Geburt oder der Wohnsitznahme in der Schweiz. Der Bundesrat setzt den Versicherungsbeginn für die Personen nach Artikel 3 Absatz 3 fest.

² Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts. Bei nicht entschuldbarer Verspätung entrichtet die versicherte Person einen Prämienzuschlag. Der Bundesrat legt dafür die Richtsätze fest und berücksichtigt dabei die Höhe der Prämien am Wohnort der versicherten Person und die Dauer der Verspätung. Für Versicherte, bei denen die Entrichtung des Beitragszuschlages eine Notlage zur Folge hätte, setzt der Versicherer den Beitragszuschlag herab, wobei er der Lage der Versicherten und den Umständen der Verspätung angemessene Rechnung trägt.

³ Die Versicherung endet, wenn die versicherte Person der Versicherungspflicht nicht mehr untersteht.

Art. 6 Kontrolle des Beitritts und Zuweisung an einen Versicherer

¹ Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Versicherungspflicht.

² Die vom Kanton bezeichnete Behörde weist Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zu.

Art. 7 Wechsel des Versicherers

- ¹ Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln.
- ² Bei einer Prämienerrhöhung kann sie den Versicherer unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat seit Ankündigung der Prämienerrhöhung auf das Ende eines Monats wechseln. Der Versicherer muss Prämienerrhöhungen mindestens zwei Monate im voraus ankündigen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen.
- ³ Muss die versicherte Person einen Versicherer verlassen, weil sie ihren Wohnort verlegt oder die Stelle wechselt, so endet das Versicherungsverhältnis im Zeitpunkt der Verlegung des Wohnortes oder des Stellenantritts beim neuen Arbeitgeber.
- ⁴ Führt ein Versicherer die soziale Krankenversicherung freiwillig oder aufgrund eines behördlichen Entscheides nicht mehr durch, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Entzug der Bewilligung gemäss Artikel 13.
- ⁵ Das Versicherungsverhältnis endet beim bisherigen Versicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Unterlässt der neue Versicherer diese Mitteilung, so hat er der versicherten Person den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämienerrferenz. Sobald der bisherige Versicherer die Mitteilung erhalten hat, informiert er die betroffene Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihm versichert ist.

2. Abschnitt: Ruhen der Unfalldeckung**Art. 8 Grundsatz**

- ¹ Die Deckung für Unfälle kann sistiert werden bei Versicherten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) obligatorisch für dieses Risiko voll gedeckt sind. Der Versicherer veranlasst das Ruhen auf Antrag der versicherten Person, wenn diese nachweist, dass sie voll nach dem UVG versichert ist. Die Prämie wird entsprechend herabgesetzt.
- ² Die Unfälle sind nach diesem Gesetz gedeckt, sobald die Unfalldeckung nach dem UVG ganz oder teilweise aufhört.
- ³ Die soziale Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Folgen derjenigen Unfälle, welche vor dem Ruhen der Versicherung bei ihr versichert waren.

Art. 9 Information der versicherten Person

Der Versicherer hat die versicherte Person bei ihrem Beitritt zur sozialen Krankenversicherung schriftlich auf ihr Recht nach Artikel 8 hinzuweisen.

Art. 10 Ende der Sistierung; Verfahren

- ¹ Der Arbeitgeber informiert eine aus dem Arbeitsverhältnis oder aus der Nichtberufsunfallversicherung nach dem UVG ausscheidende Person schriftlich darüber, dass sie dies ihrem Versicherer nach diesem Gesetz zu melden hat. Die gleiche Pflicht trifft die Arbeitslosenversicherung, wenn der Anspruch auf Leistungen ihr gegenüber erlischt und die betreffende Person kein neues Arbeitsverhältnis eingeht.

² Hat die versicherte Person ihre Pflicht nach Absatz 1 nicht erfüllt, so kann der Versicherer von ihr den Prämienanteil für die Unfalldeckung samt Verzugszinsen seit der Beendigung der Unfalldeckung nach UVG bis zum Zeitpunkt, in dem der Versicherer davon Kenntnis erhält, verlangen. Hat der Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung die Pflicht nach Absatz 1 nicht erfüllt, so kann der Versicherer die gleichen Forderungen ihnen gegenüber geltend machen.

2. Kapitel: Organisation

1. Abschnitt: Versicherer

Art. 11 Art der Versicherer

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird betrieben durch:

- a. Krankenkassen im Sinne von Artikel 12;
- b. private Versicherungseinrichtungen, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz vom 23. Juni 1978 (VAG) unterstehen, die Krankenversicherung durchführen und über eine Bewilligung nach Artikel 13 verfügen.

Art. 12 Krankenkassen

¹ Krankenkassen sind juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts, die keinen Erwerbszweck verfolgen, hauptsächlich die soziale Krankenversicherung betreiben und vom Eidgenössischen Departement des Innern (Departement) anerkannt sind.

² Es steht den Krankenkassen frei, neben der sozialen Krankenversicherung nach diesem Gesetz Zusatzversicherungen anzubieten; ebenso können sie im Rahmen der vom Bundesrat festgesetzten Bedingungen und Höchstgrenzen weitere Versicherungsarten betreiben.

³ Die Versicherungen nach Absatz 2 unterliegen dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

⁴ Krankenkassen mit einem vom Bundesrat festgesetzten Mindestbestand an Versicherten dürfen auch die Rückversicherung nach Artikel 14 durchführen.

Art. 13 Bewilligung

¹ Das Departement bewilligt den Versicherungseinrichtungen, welche die Anforderungen dieses Gesetzes erfüllen (Versicherer), die Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Das Bundesamt für Sozialversicherung (Bundesamt) veröffentlicht die Liste der Versicherer.

² Die Versicherer müssen insbesondere:

- a. die soziale Krankenversicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit durchführen und die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleisten; sie dürfen die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur zu deren Zwecken verwenden;
- b. über eine Organisation und eine Geschäftsführung verfügen, welche die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften gewährleisten;
- c. jederzeit in der Lage sein, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen;

- d. auch die Einzeltaggeldversicherung nach diesem Gesetz durchführen;
- e. einen Sitz in der Schweiz haben.

³ Das Departement entzieht einem Versicherten die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung, wenn er darum ersucht oder die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt. Es sorgt dafür, dass der Entzug erst dann wirksam wird, wenn alle Versicherten von anderen Versicherern übernommen worden sind.

Art. 14 Rückversicherung

¹ Die Versicherer können Leistungen, die sie nach diesem Gesetz ausrichten, vertraglich rückversichern lassen.

² Rückversicherer bedürfen einer Bewilligung des Departements. Für die Erteilung dieser Bewilligung gilt Artikel 13 sinngemäss.

³ Der Bundesrat legt den Mindestanteil der Leistungen fest, welche die Versicherer selber übernehmen müssen.

Art. 15 Haftung

Die Versicherten haften nicht für die Verpflichtungen der Versicherer.

Art. 16 Aufklärung und Beratung

Die Versicherer sind verpflichtet, die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären und sie zu beraten.

Art. 17 Steuerfreiheit

¹ Die Versicherer sind, soweit ihre Einkünfte und Vermögenswerte ausschliesslich der Durchführung der sozialen Krankenversicherung und der Erbringung oder der Sicherstellung ihrer Leistungen dienen, von den direkten Steuern des Bundes, der Kantone und der Gemeinden sowie von Erbschafts- und Schenkungssteuern der Kantone und Gemeinden befreit.

² Urkunden, die bei der Durchführung der sozialen Krankenversicherung im Verkehr mit den Versicherten oder mit Drittpersonen und anderen Organisationen verwendet werden, sind von den öffentlichen Abgaben und Gebühren befreit. Der Bezug der Prämien für die soziale Krankenversicherung unterliegt nicht der eidgenössischen Stempelabgabe auf Prämienquittungen.

³ Streitigkeiten über die Anwendung dieses Artikels beurteilt das Bundesgericht.

2. Abschnitt: Gemeinsame Einrichtung

Art. 18

¹ Die Versicherer gründen eine gemeinsame Einrichtung in Form einer Stiftung. Die Stiftungsurkunde und die Reglemente der Einrichtung bedürfen der Genehmigung durch das Departement. Kommt die Gründung der gemeinsamen Einrichtung nicht zustande, so nimmt der Bundesrat sie vor. Er erlässt die nötigen Vorschriften, wenn sich die Versicherer über den Betrieb der Einrichtung nicht einigen können.

² Die gemeinsame Einrichtung übernimmt die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern.

³ Der Bundesrat kann der gemeinsamen Einrichtung weitere Aufgaben übertragen, namentlich zur Erfüllung internationaler Verpflichtungen.

⁴ Die Versicherer können ihr im gegenseitigen Einvernehmen bestimmte Aufgaben von gemeinsamem Interesse anvertrauen, namentlich im administrativen und technischen Bereich.

⁵ Zur Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2 und 4 müssen die Versicherer zu Lasten der sozialen Krankenversicherung Beiträge an die gemeinsame Einrichtung entrichten. Deren Höhe bemisst sich nach den Reglementen der Einrichtung.

⁶ Der Bundesrat regelt die Finanzierung der Aufgaben, die er der gemeinsamen Einrichtung nach Absatz 3 überträgt.

⁷ Die gemeinsame Einrichtung führt für jede ihrer Aufgaben eine getrennte Rechnung. Sie geniesst die gleiche Steuerfreiheit wie die Versicherer (Art. 17).

3. Abschnitt: Förderung der Gesundheit

Art. 19 Förderung der Verhütung von Krankheiten

¹ Die Versicherer fördern die Verhütung von Krankheiten.

² Sie betreiben gemeinsam mit den Kantonen eine Institution, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Kommt die Gründung der Institution nicht zustande, so nimmt der Bund sie vor.

³ Das leitende Organ der Institution besteht aus Vertretern der Versicherer, der Kantone, der SUVA, des Bundes, der Ärzteschaft, der Wissenschaft sowie der auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbände.

Art. 20 Finanzierung, Aufsicht

¹ Von jeder nach diesem Gesetz obligatorisch versicherten Person ist jährlich ein Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung zu erheben.

² Der Bundesrat setzt auf Antrag der Institution den Beitrag fest.

³ Er übt die Aufsicht über die Tätigkeit der Institution aus. Budgets, Rechnungen und Rechenschaftsbericht sind dem Bundesamt zur Genehmigung vorzulegen.

4. Abschnitt: Aufsicht und Statistik

Art. 21 Aufsicht

¹ Die Versicherer und die gemeinsame Einrichtung unterstehen der Aufsicht des Bundesrates.

² Er sorgt für die einheitliche Anwendung des Gesetzes und regelt insbesondere die Aufteilung der Zuständigkeiten.

³ Die Durchführung der in Artikel 12 Absatz 2 genannten Versicherungen wird vom Bundesamt für Privatversicherungswesen nach der Gesetzgebung über die privaten Versicherungseinrichtungen beaufsichtigt.

⁴ Das Bundesamt für Sozialversicherung kann den Versicherern Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts erteilen, von ihnen alle erforderlichen Auskünfte und Belege verlangen sowie Inspektionen durchführen. Die Versicherer müssen dem Bundesamt ihre Jahresberichte und Jahresrechnungen einreichen.

⁵ Missachtet ein Versicherer die gesetzlichen Vorschriften, so kann das Bundesamt für Sozialversicherung, je nach Art und Schwere der Mängel:

- a. Massnahmen zur Wiederherstellung des gesetzmässigen Zustandes auf Kosten des Versicherers ergreifen;
- b. dem Departement den Entzug der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung beantragen.

⁶ Die besonderen Bestimmungen über die Beaufsichtigung der privaten Versicherungseinrichtungen bleiben vorbehalten.

Art. 22 Kontrolle der Verwaltungskosten

¹ Die Versicherer haben die Verwaltungskosten für die soziale Krankenversicherung auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass zu beschränken.

² Der Bundesrat kann Bestimmungen über eine Begrenzung der Verwaltungskosten erlassen. Er berücksichtigt dabei insbesondere die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung.

Art. 23 Statistik

¹ Der Bundesrat erlässt Bestimmungen über die Erstellung, die Auswertung und die Veröffentlichung der zur Durchführung dieses Gesetzes benötigten Statistiken sowie über den Zugang zu den gesammelten Daten. Er sorgt dafür, dass der Persönlichkeitsschutz gewährleistet ist.

² Die Versicherer sowie die Behörden des Bundes und der Kantone wirken bei der Erstellung der Statistiken mit. Der Bundesrat kann die Pflicht zur Mitwirkung auf andere Personen und Organisationen ausdehnen; er hört diese zuvor an.

3. Kapitel: Leistungen

1. Abschnitt: Umschreibung des Leistungsbereichs

Art. 24 Grundsatz

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25–31 nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 festgelegten Voraussetzungen.

Art. 25 Allgemeine Leistungen bei Krankheit

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.

² Diese Leistungen umfassen:

- a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:
 1. Ärzten oder Ärztinnen,
 2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen,
 3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen;
- b. die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;
- c. einen Beitrag an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren;
- d. die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation;
- e. den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals;
- f. den Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung;
- g. einen Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten sowie an die Rettungskosten.

Art. 26 Medizinische Prävention

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind. Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt oder angeordnet.

Art. 27 Geburtsgebrechen

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt bei Geburtsgebrechen, die nicht durch die Invalidenversicherung gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Art. 28 Unfälle

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt bei Unfällen nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Art. 29 Mutterschaft

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt neben den Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit die Kosten der besonderen Leistungen bei Mutterschaft.

² Diese Leistungen umfassen:

- a. die von Ärzten und Ärztinnen oder von Hebammen durchgeführten oder ärztlich angeordneten Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft;
- b. die Entbindung zu Hause, in einem Spital oder einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege sowie die Geburtshilfe durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen;
- c. die notwendige Stillberatung.

Art. 30 Straffloser Abbruch der Schwangerschaft

Bei straflosem Abbruch einer Schwangerschaft nach Artikel 120 des Strafgesetzbuches übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Art. 31 Zahnärztliche Behandlungen

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, wenn diese:

- a. durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist; oder
- b. durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist; oder
- c. zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist.

² Sie übernimmt auch die Kosten der Behandlung von Schäden des Kausystems, die durch einen Unfall nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b verursacht worden sind.

2. Abschnitt: Voraussetzungen und Umfang der Kostenübernahme**Art. 32** Voraussetzungen

¹ Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

² Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.

Art. 33 Bezeichnung der Leistungen

¹ Der Bundesrat kann die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden.

² Er bezeichnet die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 sowie die Leistungen nach den Artikeln 26, 29 Absatz 2 Buchstaben a und c und 31 Absatz 1 näher.

³ Er bestimmt, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet.

⁴ Er setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten. Er sorgt für die Koordination der Arbeit der genannten Kommissionen.

⁵ Er kann die Aufgaben nach den Absätzen 1–3 dem Departement oder dem Bundesamt übertragen.

Art. 34 Umfang

¹ Die Versicherer dürfen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25–33 übernehmen.

² Der Bundesrat kann bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 oder 29 übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden. Er kann bestimmen, in welchen Fällen die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer Entbindung übernimmt, die aus andern als medizinischen Gründen im Ausland erfolgt. Er kann die Übernahme der Kosten von Leistungen, die im Ausland erbracht werden, begrenzen.

4. Kapitel: Leistungserbringer

1. Abschnitt: Zulassung

Art. 35 Grundsatz

¹ Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Leistungserbringer zugelassen, welche die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 erfüllen.

² Leistungserbringer sind:

- a. Ärzte und Ärztinnen;
- b. Apotheker und Apothekerinnen;
- c. Chiropraktoren und Chiropraktorinnen;
- d. Hebammen;
- e. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen;
- f. Laboratorien;

- g. Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;
- h. Spitäler;
- i. Einrichtungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen;
- k. Pflegeheime;
- l. Heilbäder.

Art. 36 Ärzte und Ärztinnen

¹ Ärzte und Ärztinnen sind zugelassen, wenn sie das eidgenössische Diplom besitzen und über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügen.

² Der Bundesrat regelt die Zulassung von Ärzten und Ärztinnen mit einem gleichwertigen wissenschaftlichen Befähigungsausweis.

³ Zahnärzte und Zahnärztinnen sind für Leistungen nach Artikel 31 den Ärzten und Ärztinnen gleichgestellt.

Art. 37 Apotheker und Apothekerinnen

¹ Apotheker und Apothekerinnen sind zugelassen, wenn sie das eidgenössische Diplom besitzen und über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügen.

² Der Bundesrat regelt die Zulassung von Apothekern und Apothekerinnen mit einem gleichwertigen wissenschaftlichen Befähigungsausweis.

³ Die Kantone bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Ärzte und Ärztinnen mit einer kantonalen Bewilligung zur Führung einer Apotheke den zugelassenen Apothekern und Apothekerinnen gleichgestellt sind. Sie berücksichtigen dabei insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patienten und Patientinnen zu einer Apotheke.

Art. 38 Andere Leistungserbringer

Der Bundesrat regelt die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben c–g. Er hört zuvor die Kantone und die interessierten Organisationen an.

Art. 39 Spitäler und andere Einrichtungen

¹ Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:

- a. ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;
- b. über das erforderliche Fachpersonal verfügen;
- c. über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;
- d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;
- e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

² Die Voraussetzungen von Absatz 1 Buchstaben a–c gelten sinngemäss für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen.

³ Die Voraussetzungen nach Absatz 1 gelten sinngemäss für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheim).

Art. 40 Heilbäder

¹ Heilbäder sind zugelassen, wenn sie vom Departement anerkannt sind.

² Der Bundesrat legt die Anforderungen fest, welche die Heilbäder hinsichtlich ärztlicher Leitung, erforderlichem Fachpersonal, Heilanwendungen und Heilquellen erfüllen müssen.

2. Abschnitt: Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme

Art. 41

¹ Die Versicherten können unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Bei ambulanter Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt. Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt.

² Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

- a. bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung;
- b. bei stationärer oder teilstationärer Behandlung im Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e aufgeführten ausserkantonalen Spital.

³ Beansprucht die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals, so übernimmt der Wohnkanton die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons. In diesem Fall gilt das Rückgriffsrecht nach Artikel 79 sinngemäss für den Wohnkanton. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

⁴ Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3). Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden; Absatz 2 gilt sinngemäss. Die gesetzlichen Pflichtenleistungen sind in jedem Fall versichert.

3. Abschnitt: Schuldner der Vergütung; Rechnungstellung

Art. 42

¹ Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, so schulden die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung. Die Versicherten haben in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung (System des Tiers garant).

² Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant).

³ Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

⁴ Der Versicherer kann eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen.

⁵ Der Leistungserbringer ist in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers nach Artikel 57 bekanntzugeben.

4. Abschnitt: Tarife und Preise

Art. 43 Grundsatz

¹ Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen.

² Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich:

- a. auf den benötigten Zeitaufwand abstellen (Zeittarif);
- b. für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif);
- c. pauschale Vergütungen vorsehen (Pauschaltarif);
- d. zur Sicherung der Qualität die Vergütung bestimmter Leistungen ausnahmsweise von Bedingungen abhängig machen, welche über die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 hinausgehen, wie namentlich vom Vorliegen der notwendigen Infrastruktur und der notwendigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung eines Leistungserbringers (Tarifausschluss).

³ Der Pauschaltarif kann sich auf die Behandlung je Patient oder Patientin (Patientenpauschale) oder auf die Versorgung je Versichertengruppe (Versichertenpauschale) beziehen. Versichertenpauschalen können prospektiv aufgrund der in der Vergangenheit erbrachten Leistungen und der zu erwartenden Bedürfnisse festgesetzt werden (prospektives Globalbudget).

⁴ Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. Bei Tarifverträgen zwischen Verbänden sind vor dem Abschluss die Organisationen anzuhören, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten.

⁵ Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, so legt der Bundesrat diese Tarifstruktur fest.

⁶ Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.

⁷ Der Bundesrat kann Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Er sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen.

Art. 44 Tarifschutz

¹ Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), bleiben vorbehalten.

² Lehnt ein Leistungserbringer es ab, Leistungen nach diesem Gesetz zu erbringen (Ausstand), so muss er dies der von der Kantonsregierung bezeichneten Stelle melden. Er hat in diesem Fall keinen Anspruch auf Vergütung nach diesem Gesetz. Wenden sich Versicherte an solche Leistungserbringer, so müssen diese sie zuerst darauf hinweisen.

Art. 45 Sicherung der medizinischen Versorgung

Ist wegen des Ausstandes von Leistungserbringern die Behandlung der Versicherten im Rahmen dieses Gesetzes nicht gewährleistet, so sorgt die Kantonsregierung für deren Sicherstellung. Ein Tarifschutz gilt auch in diesem Fall. Der Bundesrat kann nähere Bestimmungen erlassen.

Art. 46 Tarifvertrag

¹ Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits.

² Ist ein Verband Vertragspartei, so ist der Tarifvertrag für die Mitglieder des Verbandes nur verbindlich, wenn sie dem Vertrag beigetreten sind. Auch Nichtmitglieder, die im Vertragsgebiet tätig sind, können dem Vertrag beitreten. Der Vertrag kann vorsehen, dass diese einen angemessenen Beitrag an die Unkosten des Vertragsabschlusses und der Durchführung leisten müssen. Er regelt die Art und Weise der Beitritts- sowie der Rücktrittserklärung und ihre Bekanntgabe.

³ Nicht zulässig und damit ungültig sind insbesondere folgende Massnahmen, ohne Rücksicht darauf, ob sie in einem Tarifvertrag oder in getrennten Vereinbarungen oder Regelungen enthalten sind:

- a. Sondervertragsverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;
- b. Verpflichtung von Verbandsmitgliedern auf bestehende Verbandsverträge;
- c. Konkurrenzverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;
- d. Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklauseln.

⁴ Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.

⁵ Die Frist für die Kündigung eines Tarifvertrages und für die Rücktrittserklärung nach Absatz 2 beträgt mindestens sechs Monate.

Art. 47 Fehlen eines Tarifvertrages

¹ Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

² Besteht für die ambulante Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohn- oder Arbeitsortes oder deren Umgebung oder für die stationäre oder teilstationäre Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest.

³ Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Erneuerung eines Tarifvertrages einigen, so kann die Kantonsregierung den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern. Kommt innerhalb dieser Frist kein Vertrag zustande, so setzt sie nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

Art. 48 Tarifverträge mit Ärzteverbänden

¹ Bei der Genehmigung eines Tarifvertrages mit einem oder mehreren Ärzteverbänden setzt die Genehmigungsbehörde (Art. 46 Abs. 4) nach Anhören der Vertragsparteien einen Rahmentarif fest, dessen Mindestansätze unter und dessen Höchstansätze über denjenigen des genehmigten Vertragstarifes liegen.

² Der Rahmentarif kommt beim Wegfall des Tarifvertrages zur Anwendung. Ein Jahr nach dem Wegfall des Tarifvertrages kann die Genehmigungsbehörde den Rahmen ohne Rücksicht auf den früheren Vertragstarif neu festsetzen.

³ Kommt ein Tarifvertrag mit einem Ärzteverband von Anfang an nicht zustande, so kann die Genehmigungsbehörde auf Antrag der Parteien einen Rahmentarif festlegen.

⁴ Für Parteien, die einen neuen Tarifvertrag abgeschlossen haben, tritt der Rahmentarif mit der Vertragsgenehmigung ausser Kraft.

Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern

¹ Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. Diese decken

für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung. Die anrechenbaren Kosten werden bei Vertragsabschluss ermittelt. Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung werden nicht angerechnet.

² Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Für diese Leistungen dürfen sie für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten berücksichtigen.

³ Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif gemäss den Absätzen 1 und 2, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Artikel 50 zur Anwendung.

⁴ Mit den Vergütungen nach den Absätzen 1–3 sind alle Ansprüche des Spitals für die allgemeine Abteilung abgegolten.

⁵ Die Vertragspartner vereinbaren die Vergütung bei ambulanter Behandlung und bei teilstationärem Aufenthalt.

⁶ Die Spitäler ermitteln ihre Kosten und erfassen ihre Leistungen nach einheitlicher Methode; sie führen hiezu eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen. Der Bundesrat erlässt die nötigen Bestimmungen.

⁷ Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat ordnen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitäler liegen, oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, so können die Versicherer den Vertrag nach Artikel 46 Absatz 5 kündigen und der Genehmigungsbehörde (Art. 46 Abs. 4) beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.

Art. 50 Tarifverträge mit Pflegeheimen

Beim Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3) vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause. Er kann mit dem Pflegeheim pauschale Vergütungen vereinbaren. Die Absätze 6 und 7 von Artikel 49 sind sinngemäss anwendbar.

Art. 51 Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime

¹ Der Kanton kann als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49 Absatz 1 bleibt vorbehalten.

² Der Kanton hört die Leistungserbringer und die Versicherer vorher an.

Art. 52 Analysen und Arzneimittel, Mittel und Gegenstände

¹ Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6:

- a. erlässt das Departement:
 1. eine Liste der Analysen mit Tarif,
 2. eine Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif; dieser umfasst auch die Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin,
 3. Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung bei Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;
- b. erstellt das Bundesamt eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste). Diese hat auch die mit den Originalpräparaten austauschbaren preisgünstigeren Generika zu enthalten.

² Für Geburtsgebrechen werden die zum Leistungskatalog der Invalidenversicherung gehörenden therapeutischen Massnahmen in die Erlasse und Listen nach Absatz 1 aufgenommen.

³ Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände dürfen höchstens nach den Tarifen, Preisen und Vergütungsansätzen gemäss Absatz 1 verrechnet werden. Der Bundesrat bezeichnet die im Praxislabor des Arztes oder der Ärztin vorgenommenen Analysen, für die der Tarif nach den Artikeln 46 und 48 festgesetzt werden kann.

Art. 53 Beschwerde an den Bundesrat

¹ Gegen die Beschlüsse der Kantonsregierung nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1–3, 49 Absatz 7, 51, 54 und 55 kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden.

² Das Beschwerdeverfahren richtet sich nach dem Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren.

³ Der Bundesrat entscheidet innert längstens vier Monaten über die Beschwerde. Aus wichtigen Gründen kann die Frist um höchstens vier Monate überschritten werden.

5. Abschnitt: **Ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung**

Art. 54 Globalbudgetierung durch die Genehmigungsbehörde

¹ Die Versicherer können beantragen, dass der Kanton als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs einen Gesamtbetrag (Globalbudget) für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime festsetzt.

² Der Kanton hat innert drei Monaten nach der Antragstellung über das Eintreten zu entscheiden. Er hört die Einrichtungen und die Versicherer vorher an.

Art. 55 Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde

¹ Steigen die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpfleversicherung für ambulante oder stationäre Behandlung doppelt so stark an wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung, so kann die zuständige Behörde verordnen, dass die Tarife oder die Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen nicht erhöht werden dürfen, solange der relative Unterschied in der jährlichen Zuwachsrate mehr als 50 Prozent gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung beträgt.

² Zuständig ist:

- a. der Bundesrat bezüglich der von ihm genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4;
- b. das Departement bezüglich der Tarife oder Preise nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffern 1 und 2 sowie Buchstabe b;
- c. die Kantonsregierung bezüglich der von ihr genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4.

6. Abschnitt: Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen

Art. 56 Wirtschaftlichkeit der Leistungen

¹ Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

² Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden. Rückforderungsberechtigt ist:

- a. im System des Tiers garant (Art. 42 Abs. 1) die versicherte Person oder nach Artikel 89 Absatz 3 der Versicherer;
- b. im System des Tiers payant (Art. 42 Abs. 2) der Versicherer.

³ Der Leistungserbringer muss dem Schuldner der Vergütung die direkten oder indirekten Vergünstigungen weitergeben, die ihm:

- a. ein anderer in seinem Auftrag tätiger Leistungserbringer gewährt;
- b. Personen oder Einrichtungen gewährt, welche Arzneimittel oder der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel oder Gegenstände liefern.

⁴ Gibt der Leistungserbringer die Vergünstigung nicht weiter, so kann die versicherte Person oder der Versicherer deren Herausgabe verlangen.

⁵ Leistungserbringer und Versicherer sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.

Art. 57 Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen

¹ Die Versicherer oder ihre Verbände bestellen nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztesellschaften Vertrauensärzte beziehungsweise Vertrauensärztinnen. Diese müssen die Zulassungsvoraussetzungen nach Artikel 36 erfüllen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung tätig gewesen sein.

² Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen, die in der ganzen Schweiz tätig sein sollen, müssen im Einvernehmen mit der Ärztesgesellschaft des Kantons bestellt werden, in dem der Versicherer seinen Hauptsitz oder der Verband der Versicherer seinen Sitz hat.

³ Eine kantonale Ärztesgesellschaft kann einen Vertrauensarzt oder eine Vertrauensärztin aus wichtigen Gründen ablehnen; in diesem Fall entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89.

⁴ Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen beraten die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers.

⁵ Sie sind in ihrem Urteil unabhängig. Weder Versicherer noch Leistungserbringer noch deren Verbände können ihnen Weisungen erteilen.

⁶ Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 4 notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren. In begründeten Fällen können die Versicherten eine Untersuchung durch einen anderen Arzt oder eine andere Ärztin verlangen. Können sie sich mit ihrem Versicherer nicht einigen, so entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89.

⁷ Die Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen geben den zuständigen Stellen der Versicherer nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen oder eine Verfügung zu begründen. Dabei wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten.

⁸ Die eidgenössischen Dachverbände der Ärzte und Ärztinnen sowie der Versicherer regeln die Weitergabe der Angaben nach Absatz 7 sowie die Weiterbildung und die Stellung der Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen. Können sie sich nicht einigen, so erlässt der Bundesrat die nötigen Vorschriften.

Art. 58 Qualitätssicherung

¹ Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Organisationen systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen vorsehen.

² Er kann die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen.

³ Er regelt, mit welchen Massnahmen die Qualität oder der zweckmässige Einsatz der Leistungen zu sichern oder wiederherzustellen ist. Er kann insbesondere vorsehen, dass:

- a. vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin eingeholt wird;
- b. besonders kostspielige oder schwierige Untersuchungen oder Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von dafür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden. Er kann die Leistungserbringer näher bezeichnen.

Art. 59 Ausschluss von Leistungserbringern

Will ein Versicherer einem Leistungserbringer aus wichtigen Gründen, insbesondere bei Verstössen gegen die Anforderungen nach den Artikeln 56 und 58, die Tätigkeit nach diesem Gesetz für seine Versicherten nicht oder nicht mehr gestatten, so hat das Schiedsgericht nach Artikel 89 zu entscheiden.

5. Kapitel: Finanzierung

1. Abschnitt: Finanzierungsverfahren und Rechnungslegung

Art. 60

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird nach dem Ausgabenumlageverfahren finanziert. Die Versicherer bilden für bereits eingetretene Krankheiten und zur Sicherstellung der längerfristigen Zahlungsfähigkeit ausreichende Reserven.

² Die Finanzierung muss selbsttragend sein. Die Versicherer weisen die Rückstellungen und Reserven für die obligatorische Krankenpflegeversicherung in der Bilanz gesondert aus.

³ Die Versicherer führen für die obligatorische Krankenpflegeversicherung eine besondere Betriebsrechnung. Rechnungsjahr ist das Kalenderjahr. Die Prämien und die Leistungen für Krankheit und für Unfälle sind getrennt auszuweisen.

⁴ Der Bundesrat erlässt die notwendigen Vorschriften, insbesondere über die Rechnungsführung, die Rechnungsablage, die Rechnungskontrolle, die Reservebildung und die Kapitalanlagen.

2. Abschnitt: Prämien der Versicherten

Art. 61 Grundsätze

¹ Der Versicherer legt die Prämien für seine Versicherten fest. Soweit dieses Gesetz keine Ausnahme vorsieht, erhebt der Versicherer von seinen Versicherten die gleichen Prämien.

² Der Versicherer kann die Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden kanton- und regional abstufen. Massgebend ist der Wohnort der versicherten Person. Innerhalb eines Kantons können höchstens drei regionale Abstufungen gemacht werden.

³ Für Versicherte bis zum vollendeten 18. Altersjahr (Kinder) hat der Versicherer eine tiefere Prämie festzusetzen als für ältere Versicherte (Erwachsene). Er ist berechtigt, dies auch für die Versicherten zu tun, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben und in Ausbildung begriffen sind.

⁴ Die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bedürfen der Genehmigung durch den Bundesrat.

Art. 62 Besondere Versicherungsformen

¹ Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 vermindern.

² Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche, bei denen:

- a. die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen;
- b. die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht.

³ Der Bundesrat regelt die besonderen Versicherungsformen näher. Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen und Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge fest. Der Risikoausgleich nach Artikel 105 bleibt in jedem Fall vorbehalten.

Art. 63 Entschädigungen an Dritte

¹ Übernimmt ein Arbeitgeber, ein Arbeitgeberverband, ein Arbeitnehmerverband oder eine Fürsorgebehörde Aufgaben zur Durchführung der Krankenversicherung, so hat ihnen der Versicherer dafür eine angemessene Entschädigung auszurichten.

² Der Bundesrat legt Höchstgrenzen für die Entschädigungen fest.

3. Abschnitt: Kostenbeteiligung

Art. 64

¹ Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

² Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

- a. einem festen Jahresbetrag (Franchise); und
- b. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

³ Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest.

⁴ Für Kinder wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so sind für sie zusammen höchstens die Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

⁵ Die Versicherten leisten zudem einen nach der finanziellen Belastung der Familie abgestuften Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital. Der Bundesrat setzt den Beitrag fest.

⁶ Der Bundesrat kann:

- a. für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen;
- b. für Dauerbehandlungen sowie für Behandlungen schwerer Krankheiten die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben;
- c. die Kostenbeteiligung bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 aufheben, wenn sie sich als nicht zweckmässig erweist.

⁷ Auf den Leistungen bei Mutterschaft darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben.

4. Abschnitt: Prämienverbilligung durch Beiträge der öffentlichen Hand

Art. 65 Prämienverbilligung durch die Kantone

¹ Die Kantone gewähren den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen.

² Diese sind so festzulegen, dass die jährlichen Beiträge des Bundes und der Kantone nach Artikel 66 grundsätzlich voll ausbezahlt werden.

³ Die Kantone dürfen die Versicherer nur mit deren Zustimmung zu einer über Artikel 82 Absatz 3 hinausgehenden Mitwirkung heranziehen.

Art. 66 Beiträge des Bundes und der Kantone

¹ Der Bund gewährt den Kantonen jährlich Beiträge zur Verbilligung der Prämien im Sinne von Artikel 65.

² Die jährlichen Beiträge des Bundes an die Kantone werden unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Finanzlage des Bundes durch einfachen Bundesbeschluss für jeweils vier Jahre festgesetzt.

³ Der Bundesrat setzt die Anteile der einzelnen Kantone am Bundesbeitrag nach deren Wohnbevölkerung und Finanzkraft fest. Er kann auch die durchschnittlichen Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den einzelnen Kantonen berücksichtigen.

⁴ Er bestimmt nach der Finanzkraft der Kantone, in welchem Masse diese den Bundesbeitrag aus eigenen Mitteln mindestens aufzustocken haben. Der Gesamtbeitrag, den die Kantone zu leisten haben, muss mindestens der Hälfte des gesamten Bundesbeitrages entsprechen.

⁵ Ein Kanton darf den nach Absatz 4 von ihm zu übernehmenden Beitrag um maximal 50 Prozent kürzen, wenn die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist. Der Beitrag des Bundes an diesen Kanton wird im gleichen Verhältnis gekürzt. Der Bundesrat kann dazu nähere Bestimmungen erlassen.

3. Titel: Freiwillige Taggeldversicherung

Art. 67 Beitritt

¹ Wer in der Schweiz Wohnsitz hat oder erwerbstätig ist und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt hat, kann bei einem Versicherer nach Artikel 68 eine Taggeldversicherung abschliessen.

² Er kann hierfür einen anderen Versicherer wählen als für die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

³ Die Taggeldversicherung kann als Kollektivversicherung abgeschlossen werden. Kollektivversicherungen können abgeschlossen werden von:

- a. Arbeitgebern für sich und ihre Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen;
- b. Arbeitgeberorganisationen und Berufsverbänden für ihre Mitglieder und die Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen ihrer Mitglieder;
- c. Arbeitnehmerorganisationen für ihre Mitglieder.

Art. 68 Versicherer

¹ Die Versicherer nach Artikel 11 müssen in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede zum Beitritt berechtigte Person aufnehmen.

² Das Departement anerkennt auch Krankenkassen, die ihre Tätigkeit auf die Taggeldversicherung für Angehörige eines Betriebes oder Berufsverbandes beschränken, wenn sie die entsprechenden Voraussetzungen der Artikel 12 und 13 erfüllen.

³ Die Artikel 11–17 gelten sinngemäss.

Art. 69 Versicherungsvorbehalt

¹ Die Versicherer können Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen, durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen. Das gleiche gilt für frühere Krankheiten, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können.

² Der Versicherungsvorbehalt fällt spätestens nach fünf Jahren dahin. Die Versicherten können vor Ablauf dieser Frist den Nachweis erbringen, dass der Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist.

³ Der Versicherungsvorbehalt ist nur gültig, wenn er der versicherten Person schriftlich mitgeteilt wird und die vorbehaltene Krankheit sowie Beginn und Ende der Vorbehaltsfrist in der Mitteilung genau bezeichnet sind.

⁴ Bei einer Erhöhung des versicherten Taggeldes und bei einer Verkürzung der Wartezeit gelten die Absätze 1–3 sinngemäss.

Art. 70 Wechsel des Versicherers

¹ Der neue Versicherer darf keine neuen Vorbehalte anbringen, wenn die versicherte Person den Versicherer wechselt, weil:

- a. die Aufnahme oder die Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses dies verlangt; oder
- b. sie aus dem Tätigkeitsbereich des bisherigen Versicherers ausscheidet; oder
- c. der bisherige Versicherer die soziale Krankenversicherung nicht mehr durchführt.

² Der neue Versicherer kann Vorbehalte des bisherigen Versicherers bis zum Ablauf der ursprünglichen Frist weiterführen.

³ Der bisherige Versicherer sorgt dafür, dass die versicherte Person schriftlich über ihr Recht auf Freizügigkeit aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, so bleibt der Versicherungsschutz bei ihm bestehen. Die versicherte Person hat ihr Recht auf Freizügigkeit innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen.

⁴ Der neue Versicherer muss auf Verlangen der versicherten Person das Taggeld im bisherigen Umfang weiterversichern. Er kann dabei die beim bisherigen Versicherer bezogenen Taggelder auf die Dauer der Bezugsberechtigung nach Artikel 72 anrechnen.

Art. 71 Ausscheiden aus einer Kollektivversicherung

¹ Scheidet eine versicherte Person aus der Kollektivversicherung aus, weil sie nicht mehr zu dem im Vertrag umschriebenen Kreis der Versicherten zählt oder weil der Vertrag aufgelöst wird, so hat sie das Recht, in die Einzelversicherung des Versicherers überzutreten. Soweit die versicherte Person in der Einzelversicherung nicht höhere Leistungen versichert, dürfen keine neuen Versicherungsvorbehalte angebracht werden; das im Kollektivvertrag massgebende Eintrittsalter ist beizubehalten.

² Der Versicherer hat dafür zu sorgen, dass die versicherte Person schriftlich über ihr Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, so bleibt die versicherte Person in der Kollektivversicherung. Sie hat ihr Übertrittsrecht innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen.

Art. 72 Leistungen

¹ Der Versicherer vereinbart mit dem Versicherungsnehmer das versicherte Taggeld. Sie können die Deckung auf Krankheit und Mutterschaft beschränken.

² Der Taggeldanspruch entsteht, wenn die versicherte Person mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist. Ist nichts anderes vereinbart, so entsteht der Anspruch am dritten Tag nach der Erkrankung. Der Leistungsbeginn kann gegen eine entsprechende Herabsetzung der Prämie aufgeschoben werden. Wird für den Anspruch auf Taggeld eine Wartefrist vereinbart, während welcher der Arbeitgeber zur Lohnfortzahlung verpflichtet ist, so kann die Mindestbezugsdauer des Taggeldes um diese Frist verkürzt werden.

³ Das Taggeld ist für eine oder mehrere Erkrankungen während mindestens 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen zu leisten.

⁴ Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend gekürztes Taggeld während der in Absatz 3 vorgesehenen Dauer geleistet. Der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten.

⁵ Bei Kürzung des Taggeldes infolge Überentschädigung nach Artikel 78 Absatz 2 hat die arbeitsunfähige versicherte Person Anspruch auf den Gegenwert von 720 vollen Taggeldern. Die Fristen für den Bezug des Taggeldes verlängern sich entsprechend der Kürzung.

Art. 73 Koordination mit der Arbeitslosenversicherung

¹ Arbeitslosen ist bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 Prozent das volle Taggeld und bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25, aber höchstens 50 Prozent das halbe Taggeld auszurichten, sofern die Versicherer aufgrund ihrer Versicherungsbedingungen oder vertraglicher Vereinbarungen bei einem entsprechenden Grad der Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich Leistungen erbringen.

² Arbeitslose Versicherte haben gegen angemessene Prämienanpassung Anspruch auf Änderung ihrer bisherigen Versicherung in eine Versicherung mit Leistungsbeginn ab dem 31. Tag unter Beibehaltung der bisherigen Taggeldhöhe und ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der Änderung.

Art. 74 Taggeld bei Mutterschaft

¹ Die Versicherer haben bei Schwangerschaft und Niederkunft das versicherte Taggeld auszurichten, wenn die Versicherte bis zum Tag ihrer Niederkunft während mindestens 270 Tagen und ohne Unterbrechung von mehr als drei Monaten versichert war.

² Das Taggeld ist während 16 Wochen zu leisten, wovon mindestens acht Wochen nach der Niederkunft liegen müssen. Es darf nicht auf die Dauer der Bezugsberechtigung nach Artikel 72 Absatz 3 angerechnet werden und ist auch nach deren Ausschöpfung zu leisten.

Art. 75 Finanzierungsverfahren und Rechnungsablage

¹ Die Taggeldversicherung wird nach dem Ausgabenumlageverfahren finanziert. Die Versicherer bilden für bereits eingetretene Krankheiten und zur Sicherstellung der längerfristigen Zahlungsfähigkeit ausreichende Reserven. Im übrigen gelten die Absätze 2–4 von Artikel 60 sinngemäss.

² Wendet der Versicherer in der Kollektivversicherung einen Prämientarif an, der von demjenigen der Einzelversicherung abweicht, so muss er für die Einzel- und die Kollektivversicherung getrennte Rechnungen führen.

Art. 76 Prämien der Versicherten

¹ Der Versicherer legt die Prämien für seine Versicherten fest. Er erhebt für gleiche versicherte Leistungen die gleichen Prämien.

² Gilt für die Entrichtung des Taggeldes eine Wartefrist, so hat der Versicherer die Prämien entsprechend zu reduzieren.

³ Der Versicherer kann die Prämien nach dem Eintrittsalter und nach Regionen abstufen.

⁴ Artikel 61 Absätze 2 und 4 gelten sinngemäss.

⁵ Der Bundesrat kann für die Prämienreduktion nach Absatz 2 und für die Prämienabstufungen nach Absatz 3 nähere Vorschriften erlassen.

Art. 77 Prämien in der Kollektivversicherung

Die Versicherer können in der Kollektivversicherung von der Einzelversicherung abweichende Prämien vorsehen. Diese sind so festzusetzen, dass die Kollektivversicherung mindestens selbsttragend ist.

4. Titel: Koordinationsregeln

1. Kapitel: Leistungskoordination

Art. 78

¹ Der Bundesrat regelt das Verhältnis der sozialen Krankenversicherung zu den anderen Sozialversicherungen, insbesondere in bezug auf:

- a. die Vorleistungspflicht 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 Krankheit und Unfall;
- d. das Recht der Versicherer, Verfügungen, welche die Leistungspflicht einer anderen Sozialversicherung berühren, anzufechten.

² Er sorgt dafür, dass die Versicherten oder die Leistungserbringer durch die Leistungen der sozialen Krankenversicherung oder durch deren Zusammentreffen mit den Leistungen anderer Sozialversicherungen nicht überentschädigt werden, insbesondere beim Aufenthalt in einem Spital.

2. Kapitel: Rückgriff

Art. 79

¹ Gegenüber Dritten, die für den Versicherungsfall haften, tritt der Versicherer im Zeitpunkt des Ereignisses bis zur Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person ein.

² Ein Rückgriffsrecht steht dem Versicherer gegen den Ehegatten des Versicherten, Verwandte des Versicherten in auf- und absteigender Linie oder mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen nur zu, wenn sie den Versicherungsfall absichtlich oder grobfahrlässig herbeigeführt haben.

³ Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften über die Ausübung des Rückgriffsrechts.

5. Titel: Verfahren, Rechtspflege, Strafbestimmungen

1. Kapitel: Verfahren

Art. 80 Verfügung

¹ Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid des Versicherers nicht einverstanden, so kann sie verlangen, dass dieser innerhalb von 30 Tagen eine schriftliche Verfügung erlässt.

² Der Versicherer muss die Verfügung begründen und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen; aus der mangelhaften Eröffnung einer Verfügung darf den Betroffenen kein Nachteil erwachsen.

³ Der Versicherer darf den Erlass einer Verfügung nicht von der Erschöpfung eines internen Instanzenzuges abhängig machen.

Art. 81 Akteneinsicht

Die Akten stehen den Beteiligten zur Einsicht offen. Schützenswerte private Interessen der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie überwiegende öffentliche Interessen sind zu wahren. Der Bundesrat bezeichnet den Kreis der Beteiligten und regelt das Verfahren.

Art. 82 Amts- und Verwaltungshilfe

¹ Die Verwaltungs- und Rechtspflegebehörden des Bundes, der Kantone, Bezirke, Kreise und Gemeinden geben den zuständigen Organen der sozialen Krankenversicherung auf Anfrage kostenlos die Auskünfte und Unterlagen, die für die Festsetzung, Änderung oder Rückforderung von Leistungen, für die Verhinderung ungeRechtfertigten Leistungsbezuges, für die Festsetzung und den Bezug der Prämien oder für den Rückgriff auf haftpflichtige Dritte notwendig sind.

² Die Versicherer nach Artikel 11 und die übrigen Sozialversicherer leisten einander im Einzelfall Verwaltungshilfe nach Absatz 1.

³ Die Versicherer geben den zuständigen Behörden der Kantone auf Anfrage kostenlos die notwendigen Auskünfte und Unterlagen für:

- a. die Ausübung des Rückgriffsrechts nach Artikel 41 Absatz 3;
- b. die Festsetzung der Prämienverbilligung nach Artikel 65.

Art. 83 Schweigepflicht

Personen, die an der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der sozialen Krankenversicherung beteiligt sind, haben über ihre Wahrnehmungen gegenüber Dritten Schweigen zu bewahren. Wo keine schützenswerten privaten Interessen entgegenstehen, kann der Bundesrat Ausnahmen von der Schweigepflicht vorsehen.

Art. 84 Datenschutz

Der Datenschutz richtet sich nach dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz; die Artikel 12–15 des genannten Gesetzes sind dabei nicht anwendbar.

2. Kapitel: Rechtspflege**Art. 85** Einsprache

¹ Gegen Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung beim Versicherer Einsprache erhoben werden.

² Die Einspracheentscheide sind zu begründen und mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen.

³ Das Einspracheverfahren ist kostenlos; Parteientschädigungen werden nicht ausgerichtet.

⁴ Der Versicherer darf den Erlass eines Einspracheentscheides nicht von der Erschöpfung eines internen Instanzenzuges abhängig machen.

Art. 86 Kantonales Versicherungsgericht

¹ Gegen Einspracheentscheide kann Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden. Die Beschwerde ist innert 30 Tagen nach der Eröffnung des Einspracheentscheides bei dem vom Kanton bezeichneten Versicherungsgericht einzureichen, das für die Entscheidung von Streitigkeiten der Versicherer unter sich oder mit Versicherten oder mit Dritten zuständig ist.

² Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn der Versicherer entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

³ Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person oder der Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz oder der Versicherer, gegen den die Beschwerde gerichtet ist, seinen Sitz hat. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des Dritten im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat; lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem der Versicherer seinen Sitz hat. Bei Streitigkeiten der Versicherer unter sich ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem der beklagte Versicherer seinen Sitz hat.

⁴ Die Versicherer dürfen das Recht der Versicherten, Beschwerde bei einem kantonalen Versicherungsgericht zu erheben, nicht von der Erschöpfung eines internen Instanzenzuges abhängig machen.

Art. 87 Verfahrensregeln

Die Kantone regeln das Verfahren; es hat folgenden Anforderungen zu genügen:

- a. Das Verfahren muss einfach, rasch und für die Parteien kostenlos sein; einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, können jedoch eine Spruchgebühr und die Verfahrenskosten auferlegt werden.
- b. Die Beschwerde muss ein Rechtsbegehren, eine gedrängte Darstellung des Sachverhaltes und eine kurze Begründung enthalten. Genügt sie diesen Anforderungen nicht, so setzt das Gericht dem Beschwerdeführer eine angemessene Frist zur Verbesserung und verbindet damit die Androhung, dass sonst auf die Beschwerde nicht eingetreten wird.
- c. Das Gericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei.
- d. Das Gericht ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden. Es kann eine Verfügung zu Ungunsten des Beschwerdeführers ändern oder diesem mehr zusprechen, als er verlangt hat, wobei den Parteien vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.
- e. Rechtfertigen es die Umstände, so werden die Parteien zur Verhandlung vorgeladen.
- f. Das Recht, sich verbeiständen zu lassen, muss gewährleistet sein. Wo die Verhältnisse es rechtfertigen, wird dem Beschwerdeführer ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt.

- g. Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten, welche vom Gericht festzusetzen sind. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen.
- h. Die Entscheide werden, versehen mit einer Begründung und einer Rechtsmittelbelehrung sowie mit den Namen der Mitglieder des Gerichts, schriftlich eröffnet.
- i. Die Revision von Entscheiden wegen Entdeckung neuer Tatsachen oder Beweismittel oder wegen Einwirkung durch Verbrechen oder Vergehen auf den Entscheid muss gewährleistet sein.

Art. 88 Vollstreckung

¹ Verfügungen und Einspracheentscheide nach diesem Gesetz sind vollstreckbar, wenn:

- a. sie nicht mehr durch Rechtsmittel angefochten werden können;
- b. das zulässige Rechtsmittel keine aufschiebende Wirkung hat;
- c. die einem Rechtsmittel zukommende aufschiebende Wirkung entzogen wird.

² Vollstreckbare Verfügungen und Einspracheentscheide, die auf Geldzahlung oder Sicherheitsleistung gerichtet sind, stehen vollstreckbaren Urteilen im Sinne von Artikel 80 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs gleich.

Art. 89 Kantonales Schiedsgericht

¹ Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern entscheidet ein Schiedsgericht.

² Zuständig ist das Schiedsgericht desjenigen Kantons, dessen Tarif zur Anwendung gelangt, oder desjenigen Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt.

³ Das Schiedsgericht ist auch zuständig, wenn die versicherte Person die Vergütung schuldet (System des Tiers garant, Art. 42 Abs. 1); in diesem Fall vertritt ihr Versicherer sie auf eigene Kosten.

⁴ Der Kanton bezeichnet ein Schiedsgericht. Es setzt sich zusammen aus einer neutralen Person, die den Vorsitz innehat, und aus je einer Vertretung der Versicherer und der betroffenen Leistungserbringer in gleicher Zahl. Die Kantone können die Aufgaben des Schiedsgerichts dem kantonalen Versicherungsgericht übertragen; dieses wird durch je einen Vertreter oder eine Vertreterin der Beteiligten ergänzt.

⁵ Der Kanton regelt das Verfahren; dieses muss einfach und rasch sein. Das Schiedsgericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei.

⁶ Die Entscheide werden, versehen mit einer Begründung und einer Rechtsmittelbelehrung sowie mit den Namen der Mitglieder des Gerichts, schriftlich eröffnet.

Art. 90 Eidgenössische Rekurskommission für die Spezialitätenliste

¹ Verfügungen über die Aufnahme in die Spezialitätenliste (Art. 52 Abs. 1 Bst. b) unterliegen der Beschwerde an die Eidgenössische Rekurskommission für die Spezialitätenliste.

² Das Beschwerdeverfahren richtet sich nach dem Bundesrechtspflegegesetz.

Art. 91 Eidgenössisches Versicherungsgericht

Gegen Entscheide der kantonalen Versicherungsgerichte und Schiedsgerichte sowie der Eidgenössischen Rekurskommission für die Spezialitätenliste kann nach Massgabe des Bundesrechtspflegegesetzes Verwaltungsgerichtsbeschwerde beim Eidgenössischen Versicherungsgericht geführt werden.

3. Kapitel: Strafbestimmungen

Art. 92 Vergehen

Mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit Busse, sofern nicht ein mit einer höheren Strafe bedrohtes Verbrechen oder Vergehen des Schweizerischen Strafgesetzbuches vorliegt, wird bestraft wer:

- a. sich durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise der Versicherungspflicht ganz oder teilweise entzieht;
- b. durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise für sich oder andere Leistungen nach diesem Gesetz, die ihm nicht zukommen, erwirkt;
- c. als Durchführungsorgan im Sinne dieses Gesetzes seine Pflichten, namentlich die Schweigepflicht, verletzt oder seine Stellung zum Nachteil Dritter, zum eigenen Vorteil oder zum unrechtmässigen Vorteil anderer missbraucht.

Art. 93 Übertretungen

Mit Haft oder Busse wird bestraft, wer vorsätzlich:

- a. in Verletzung der Auskunftspflicht unwahre Auskunft erteilt oder die Auskunft verweigert;
- b. sich der Pflicht zur Amts- und Verwaltungshilfe nach Artikel 82 entzieht;
- c. sich einer von der Aufsichtsbehörde angeordneten Kontrolle widersetzt oder diese auf eine andere Weise verunmöglicht.

Art. 94 Widerhandlung in Geschäftsbetrieben

Die Artikel 6 und 7 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsstrafrecht sind anwendbar.

Art. 95 Strafverfolgung

Die Strafverfolgung ist Sache der Kantone.

6. Titel: Schlussbestimmungen

1. Kapitel: Vollzug

Art. 96

Der Bundesrat ist mit dem Vollzug dieses Gesetzes beauftragt. Er erlässt die Ausführungsbestimmungen.

2. Kapitel: Übergangsbestimmungen

Art. 97 Kantonale Erlasse

¹ Die Kantone erlassen bis zum Inkrafttreten des Gesetzes die Ausführungsbestimmungen zu Artikel 65. Der Bundesrat bestimmt, bis zu welchem Zeitpunkt sie die übrigen Ausführungsbestimmungen erlassen müssen.

² Ist der Erlass der definitiven Regelung zu Artikel 65 nicht fristgerecht möglich, so kann die Kantonsregierung eine provisorische Regelung treffen.

Art. 98 Fortführung der Versicherung durch anerkannte Krankenkassen

¹ Die nach dem Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 anerkannten Krankenkassen, welche die Krankenversicherung nach dem vorliegenden Gesetz fortführen wollen, haben dies dem Bundesamt spätestens sechs Monate vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes mitzuteilen. Gleichzeitig haben sie die Prämientarife für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung zur Genehmigung nach den Artikeln 61 Absatz 4 und 76 Absatz 4 einzureichen.

² Krankenkassen, deren Tätigkeitsbereich sich nach bisherigem Recht auf einen Betrieb oder einen Berufsverband beschränkte, können die Taggeldversicherung weiterhin in diesem beschränkten Rahmen durchführen. Sie haben dies in der Mitteilung nach Absatz 1 anzuführen.

³ Der Bundesrat erlässt Bestimmungen über die Aufteilung des bisherigen Vermögens der Krankenkassen auf die nach neuem Recht weitergeführten Versicherungen.

Art. 99 Verzicht auf die Fortführung der sozialen Krankenversicherung

¹ Krankenkassen, welche die Krankenversicherung nicht nach diesem Gesetz fortführen, verlieren mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes ihre Anerkennung. Sie haben dies ihren Mitgliedern und dem Bundesamt spätestens sechs Monate vor Inkrafttreten dieses Gesetzes schriftlich mitzuteilen.

² Sind diese Krankenkassen bei Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht im Besitze einer Bewilligung zum Betrieb von Versicherungen im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 23. Juni 1978, so haben sie sich aufzulösen. Vorbehalten bleibt die auf einen Betrieb oder Berufsverband beschränkte Durchführung einer Krankengeldversicherung. Das Bundesamt entscheidet nach Rücksprache mit dem Bundesamt für Privatversicherungswesen, welcher Teil des Vermögens dieser Krankenkassen nach Absatz 3 zu verwenden ist.

³ Wird das Vermögen einer aufgelösten Krankenkasse nicht durch Fusion auf einen anderen Versicherer im Sinne von Artikel 11 dieses Gesetzes übertragen, so fällt ein allfälliger Vermögensüberschuss bei privatrechtlich organisierten Krankenkassen in den Insolvenzfonds der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18).

Art. 100 Andere Versicherer

Versicherer nach Artikel 11 Buchstabe b, welche die soziale Krankenversicherung mit Inkrafttreten dieses Gesetzes durchführen wollen, haben ihr Gesuch um Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung mit den erforderlichen Unterlagen spätestens sechs Monate vor Inkrafttreten dem Bundesamt einzureichen.

Art. 101 Leistungserbringer, Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen

¹ Ärzte und Ärztinnen, Apotheker und Apothekerinnen, Chiropraktoren und -praktikerinnen, Hebammen sowie medizinische Hilfspersonen und Laboratorien, die unter dem bisherigen Recht zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen waren, sind auch nach neuem Recht als Leistungserbringer zugelassen.

² Anstalten oder deren Abteilungen, die nach bisherigem Recht als Heilanstalten gelten, sind als Leistungserbringer nach neuem Recht zugelassen, solange der Kanton die in Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e vorgesehene Liste der Spitäler und Pflegeheime noch nicht erstellt hat. Die Leistungspflicht der Versicherer und die Höhe der Vergütung richten sich bis zu einem vom Bundesrat zu bestimmenden Zeitpunkt nach den bisherigen Verträgen oder Tarifen.

³ Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen, die unter dem bisherigen Recht für einen Versicherer (Art. 11–13) tätig waren, dürfen von den Versicherern oder ihren Verbänden auch nach neuem Recht mit den Aufgaben nach Artikel 57 betraut werden. Die Absätze 3–8 von Artikel 57 sind auch in diesen Fällen anwendbar.

Art. 102 Bestehende Versicherungsverhältnisse

¹ Führen anerkannte Krankenkassen nach bisherigem Recht bestehende Krankenpflege- und Krankengeldversicherungen nach neuem Recht fort, so gilt für diese Versicherungen mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes das neue Recht.

² Bestimmungen der Krankenkassen über Leistungen bei Krankenpflege, die über den Leistungsumfang nach Artikel 34 Absatz 1 hinausgehen (statutarische Leistungen, Zusatzversicherungen), sind innert eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Gesetzes dem neuen Recht anzupassen. Bis zur Anpassung richten sich Rechte und Pflichten der Versicherten nach dem bisherigen Recht. Die Krankenkasse ist verpflichtet, ihren Versicherten Versicherungsverträge anzubieten, die mindestens den bisherigen Umfang des Versicherungsschutzes gewähren. Die unter dem früheren Recht zurückgelegten Versicherungszeiten sind bei der Festsetzung der Prämien anzurechnen.

³ Nach bisherigem Recht bestehende Versicherungsverhältnisse bei Krankenkassen, die ihre Anerkennung verlieren und das Versicherungsgeschäft als Versicherungseinrichtung im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 23. Juni 1978 fortführen (Art. 99), fallen mit Inkrafttreten dieses Gesetzes dahin. Die Versicherten können jedoch ihre Fortführung verlangen, wenn die Versicherungseinrichtung die

entsprechende Versicherung weiterhin anbietet.

⁴ Nach bisherigem Recht bestehende Versicherungsverträge mit anderen Versicherern als anerkannten Krankenkassen für Risiken, die nach diesem Gesetz aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt werden, fallen mit dessen Inkrafttreten dahin. Über diesen Zeitpunkt hinaus bezahlte Prämien werden zurückerstattet. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten ereignet haben, sind jedoch nach den bisherigen Verträgen zu gewähren.

⁵ Nach bisherigem Recht bestehende Versicherungsverträge mit anderen Versicherern als anerkannten Krankenkassen für Risiken, die nach diesem Gesetz aus der freiwilligen Taggeldversicherung gedeckt werden, können innert eines Jahres nach dessen Inkrafttreten auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der Versicherungsnehmerin dem neuen Recht angepasst werden, wenn der Versicherer die freiwillige Taggeldversicherung nach diesem Gesetz durchführt.

Art. 103 Versicherungsleistungen

¹ Versicherungsleistungen für Behandlungen, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes vorgenommen worden sind, werden nach bisherigem Recht gewährt.

² Beim Inkrafttreten laufende Krankengelder aus bestehenden Krankengeldversicherungen bei anerkannten Krankenkassen sind noch für längstens zwei Jahre nach den Bestimmungen des bisherigen Rechts über die Leistungsdauer zu gewähren.

Art. 104 Tarifverträge

¹ Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes werden bestehende Tarifverträge nicht aufgehoben. Der Bundesrat bestimmt, bis wann sie an das neue Recht anzupassen sind.

² Versicherer, welche die soziale Krankenversicherung erst unter dem neuen Recht aufnehmen, haben ein Recht auf Beitritt zu Tarifverträgen, die unter dem bisherigen Recht von Krankenkassenverbänden abgeschlossen worden sind (Art. 46 Abs. 2).

³ Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt, von dem an Spitäler und Pflegeheime Artikel 49 Absätze 6 und 7 einzuhalten haben.

Art. 105 Risikoausgleich

¹ Versicherer, die unter ihren Versicherten weniger Frauen und ältere Personen haben als der Durchschnitt aller Versicherer, müssen der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18) zugunsten von Versicherern mit überdurchschnittlich vielen Frauen und älteren Personen Abgaben entrichten, welche die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen.

² Für den Vergleich massgebend sind die Strukturen der Bestände innerhalb eines Kantons und jedes Versicherers.

³ Die gemeinsame Einrichtung führt den Risikoausgleich unter den Versicherern innerhalb der einzelnen Kantone durch.

⁴ Der Risikoausgleich ist auf die Dauer von zehn Jahren ab Inkrafttreten dieses Gesetzes befristet. Der Bundesrat erlässt die Ausführungsbestimmungen zum Risikoausgleich unter Wahrung der Anreize zur Kosteneinsparung durch die Versicherer.

Art. 106 Bundesbeiträge

¹ Für die ersten vier Jahre nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes, höchstens aber bis zum Jahre 1999, betragen die jährlichen Beiträge des Bundes nach Artikel 66:

- a. im ersten Jahr 1830 Millionen Franken
- b. im zweiten Jahr 1940 Millionen Franken
- c. im dritten Jahr 2050 Millionen Franken
- d. im vierten Jahr 2180 Millionen Franken

² Für die ersten vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes, höchstens aber bis zum Jahre 1999, entspricht der Gesamtbeitrag, um den die Kantone den Bundesbeitrag aus eigenen Mitteln mindestens aufzustocken haben, folgenden Prozentsätzen des Bundesbeitrages:

- a. im ersten Jahr 35 Prozent
- b. im zweiten Jahr 40 Prozent
- c. im dritten Jahr 45 Prozent
- d. im vierten Jahr 50 Prozent

3. Kapitel: Referendum und Inkrafttreten

Art. 107

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten. Er kann die Fristen in den Artikeln 98 Absatz 1, 99 Absatz 1 und 100 verkürzen.

Aufhebung und Änderung von Bundesgesetzen

1. Das Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung wird aufgehoben.
2. Das Versicherungsaufsichtsgesetz vom 23. Juni 1978 wird wie folgt geändert:

Art. 4 Abs. 1 Bst. f und g

¹ Von der Aufsicht ausgenommen sind:

- f. die Krankenkassen im Sinne von Artikel 12 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG);
- g. die den Krankenkassen in Anwendung von Artikel 14 Absatz 2 KVG gleichgestellten Rückversicherer.

Art. 5

Aufgehoben

Art. 47 Abs. 2–4

² Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung sehen die Kantone ein einfaches und rasches Verfahren vor, in dem der Richter den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt.

³ Bei Streitigkeiten im Sinne von Absatz 2 dürfen den Parteien keine Verfahrenskosten auferlegt werden; jedoch kann bei mutwilliger Prozessführung der Richter der fehlbaren Partei solche Kosten ganz oder teilweise auferlegen.

⁴ *bisheriger Abs. 2*

3. Das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag wird wie folgt geändert:

Art. 100 Abs. 2

² Für Versicherungsnehmer und Versicherte, die nach Artikel 10 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes vom 25. Juni 1982 als arbeitslos gelten, sind überdies die Artikel 71 Absatz 1 und 73 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung sinngemäss anwendbar.

Art. 101 Abs. 1 Ziff. 2

¹ Dieses Gesetz findet keine Anwendung:

2. auf die privaten Rechtsverhältnisse zwischen den Versicherungseinrichtungen, die gemäss Artikel 4 Buchstaben a–e und g des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 23. Juni 1978 (VAG) von der Aufsicht ausgenommen oder einer vereinfachten Aufsicht (Art. 53 Abs. 3 VAG) unterstellt sind, und ihren Versicherten.

4. Das Bundesgesetz über die Unfallversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 68 Abs. 1 Bst. c

¹ Personen, für deren Versicherung nicht die SUVA zuständig ist, werden nach diesem Gesetz gegen Unfall versichert durch:

- c. Krankenkassen im Sinne des Bundesgesetzes vom 18. März 1994¹ über die Krankenversicherung;

5. Das Bundesgesetz vom 19. März 1965 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 3 Abs. 4 Bst. d und 4^{bis}

⁴ Vom Einkommen werden abgezogen:

- d. Prämien für Lebens-, Unfall- und Invalidenversicherungen bis zum jährlichen Höchstbetrag von 300 Franken bei Alleinstehenden und 500 Franken bei Ehepaaren und Personen mit rentenberechtigten oder an der Rente beteiligten Kindern sowie die Beiträge an die Sozialversicherungen des Bundes unter Ausschluss der Krankenversicherung;

^{4bis} Der Bundesrat bezeichnet die Heim-, Arzt-, Zahnarzt-, Arznei-, Pflege- und Hilfsmittelkosten sowie die behinderungsbedingten Mehrkosten, die abgezogen werden können.

Übergangsbestimmung

¹ Als Ersatz für den Wegfall des Abzuges der Krankenversicherungsprämien werden die Einkommensgrenzen nach Artikel 2 Absatz 1 für Alleinstehende und Ehepaare einmalig um einen Betrag, den der Bundesrat festsetzt, erhöht. Die Kantone haben den Betrag für die persönlichen Auslagen für Heimbewohner nach Artikel 2 Absatz 1^{bis} um denselben Betrag zu erhöhen.

² Die Erhöhung erfolgt auf den Jahresanfang.

6. Das Bundesgesetz vom 24. Juni 1977 über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger (ZUG) wird wie folgt geändert:

Art. 3 Abs. 2 Bst. b

² Nicht als Unterstützung gelten:

- a. ...
b. die von einem Gemeinwesen anstelle von Versicherten zu leistenden Mindestbeiträge an obligatorische Versicherungen.

Abstimmungstext

Bundesgesetz über Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht

vom 18. März 1994

I

Das Bundesgesetz vom 26. März 1931 über Aufenthalt und Niederlassung der Ausländer wird wie folgt geändert:

Art. 13a

Um die Durchführung eines Wegweisungsverfahrens sicherzustellen, kann die zuständige kantonale Behörde einen Ausländer, der keine Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung besitzt, während der Vorbereitung des Entscheides über seine Aufenthaltsberechtigung für höchstens drei Monate in Haft nehmen, wenn er:

- a. sich im Asyl- oder Wegweisungsverfahren weigert, seine Identität offenzulegen, mehrere Asylgesuche unter verschiedenen Identitäten einreicht oder wiederholt einer Vorladung ohne ausreichende Gründe keine Folge leistet;
- b. ein nach Artikel 13e ihm zugewiesenes Gebiet verlässt oder ihm verbotenes Gebiet betritt;
- c. eine Einreisesperre missachtet hat und nicht sofort weggewiesen werden kann;
- d. nach einer rechtskräftigen Ausweisung aufgrund von Artikel 10 Absatz 1, Buchstabe a oder b oder nach einer unbedingten Landesverweisung ein Asylgesuch einreicht;
- e. Personen ernsthaft bedroht oder an Leib und Leben erheblich gefährdet und deshalb strafrechtlich verfolgt wird oder verurteilt worden ist.

Art. 13b

¹ Wurde ein erstinstanzlicher Weg- oder Ausweisungsentscheid eröffnet, so kann die zuständige kantonale Behörde den Ausländer zur Sicherstellung des Vollzugs:

- a. in Haft belassen, wenn er sich gestützt auf Artikel 13a bereits in Haft befindet;

- b. in Haft nehmen, wenn Gründe nach Artikel 13a Buchstabe b, c oder e vorliegen;
- c. in Haft nehmen, wenn konkrete Anzeichen befürchten lassen, dass er sich der Ausschaffung entziehen will, insbesondere weil sein bisheriges Verhalten darauf schliessen lässt, dass er sich behördlichen Anordnungen widersetzt.

² Die Haft darf höchstens drei Monate dauern; stehen dem Vollzug der Weg- oder Ausweisung besondere Hindernisse entgegen, so kann die Haft mit Zustimmung der kantonalen richterlichen Behörde um höchstens sechs Monate verlängert werden.

³ Die für den Vollzug der Weg- oder Ausweisung notwendigen Vorkehren sind umgehend zu treffen.

Art. 13c

¹ Die Haft wird von der Behörde des Kantons angeordnet, welcher für den Vollzug der Weg- oder Ausweisung zuständig ist.

² Die Rechtmässigkeit und die Angemessenheit der Haft sind spätestens nach 96 Stunden durch eine richterliche Behörde aufgrund einer mündlichen Verhandlung zu überprüfen.

³ Die richterliche Behörde berücksichtigt bei der Überprüfung des Entscheides über Anordnung, Fortsetzung und Aufhebung der Haft neben den Haftgründen insbesondere die familiären Verhältnisse der inhaftierten Person und die Umstände des Haftvollzugs. Die Anordnung einer Vorbereitungs- oder Ausschaffungshaft gegenüber Kindern und Jugendlichen, die das 15. Altersjahr noch nicht zurückgelegt haben, ist ausgeschlossen.

⁴ Der inhaftierte Ausländer kann einen Monat nach der Haftüberprüfung ein Haftentlassungsgesuch einreichen. Über das Gesuch hat die richterliche Behörde innert acht Arbeitstagen aufgrund einer mündlichen Verhandlung zu entscheiden. Ein erneutes Gesuch um Haftentlassung kann bei der Haft gemäss Artikel 13a nach einem und bei der Haft gemäss Artikel 13b nach zwei Monaten gestellt werden.

⁵ Die Haft wird beendet, wenn:

- a. der Haftgrund entfällt oder sich erweist, dass der Vollzug der Weg- oder Ausweisung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen undurchführbar ist;
- b. einem Haftentlassungsgesuch entsprochen wird;
- c. die inhaftierte Person eine freiheitsentziehende Strafe oder Massnahme antritt.

⁶ Die zuständige Behörde hat über die Aufenthaltsberechtigung des inhaftierten Ausländers ohne Verzug zu entscheiden.

Art. 13d

¹ Die Kantone sorgen dafür, dass eine vom Verhafteten bezeichnete Person in der Schweiz benachrichtigt wird. Der Verhaftete kann mit seinem Rechtsvertreter mündlich und schriftlich verkehren.

² Die Haft ist in geeigneten Räumlichkeiten zu vollziehen. Die Zusammenlegung mit Personen in Untersuchungshaft oder im Strafvollzug ist zu vermeiden. Den Inhaftierten ist soweit möglich geeignete Beschäftigung anzubieten.

Art. 13e

¹ Die zuständige kantonale Behörde kann einem Ausländer, der keine Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung besitzt und der die öffentliche Sicherheit und Ordnung stört oder gefährdet, insbesondere zur Bekämpfung des widerrechtlichen Betäubungsmittelhandels, die Auflage machen, ein ihm zugewiesenes Gebiet nicht zu verlassen oder ein bestimmtes Gebiet nicht zu betreten.

² Diese Massnahmen werden von der Behörde des Kantons angeordnet, der für den Vollzug der Weg- oder Ausweisung zuständig ist. Das Verbot, ein bestimmtes Gebiet zu betreten, kann auch von der Behörde des Kantons erlassen werden, in dem dieses Gebiet liegt.

³ Gegen die Anordnung dieser Massnahmen kann bei einer kantonalen richterlichen Behörde Beschwerde geführt werden. Die Beschwerde hat keine aufschiebende Wirkung.

Art. 14

¹ Die zuständige kantonale Behörde kann einen Ausländer in einen von ihr bezeichneten Staat ausschaffen, wenn:

- a. er die Frist, die ihm zur Ausreise gesetzt worden ist, verstreichen lässt;
- b. seine Weg- oder Ausweisung sofort vollzogen werden kann;
- c. er sich nach Artikel 13b in Haft befindet und ein rechtskräftiger Aus- oder Wegweisungsentscheid vorliegt.

² Hat der Ausländer die Möglichkeit, rechtmässig in mehrere Staaten auszureisen, so wird er in das Land seiner Wahl ausgeschafft.

³ Die zuständige kantonale Behörde kann während eines Aus- oder Wegweisungsverfahrens einen Ausländer sowie Sachen, die er mitführt, zur Sicherstellung von Reise- und Identitätspapieren durchsuchen. Die Durchsuchung darf nur von einer Person gleichen Geschlechts durchgeführt werden.

⁴ Ist ein erstinstanzlicher Entscheid ergangen, so kann die richterliche Behörde die Durchsuchung einer Wohnung oder anderer Räume anordnen, wenn der Verdacht besteht, dass sich ein weg- oder auszuweisender Ausländer darin verborgen hält.

Art. 14a Abs. 1

¹ Ist der Vollzug der Weg- oder Ausweisung nicht möglich, nicht zulässig oder nicht zumutbar, so verfügt das Bundesamt für Flüchtlinge die vorläufige Aufnahme.

Art. 14b Abs. 1 und 2

¹ Die vorläufige Aufnahme kann vom Bundesamt für Ausländerfragen, von der Bundesanwaltschaft und von der kantonalen Fremdenpolizeibehörde beantragt werden.

² Die vorläufige Aufnahme ist aufzuheben, wenn der Vollzug zulässig und es dem Ausländer möglich und zumutbar ist, sich rechtmässig in einen Drittstaat oder in seinen Heimatstaat oder in das Land zu begeben, in dem er zuletzt wohnte. Sie erlischt, wenn der Ausländer freiwillig ausreist oder eine Aufenthaltsbewilligung erhält.

Art. 14d
Aufgehoben

Art. 14e

¹ Der Bund kann den Bau und die Einrichtung kantonaler Haftanstalten, die ausschliesslich dem Vollzug der Vorbereitungs- und der Ausschaffungshaft dienen, ganz oder teilweise finanzieren. Für das Verfahren sind die einschlägigen Bestimmungen der Abschnitte 2 und 5–8 des Bundesgesetzes vom 5. Oktober 1984 über die Leistungen des Bundes für den Straf- und Massnahmenvollzug sinngemäss anwendbar.

² Der Bund beteiligt sich mit einer Tagespauschale an den Betriebskosten der Kantone für den Vollzug der Vorbereitungs- und der Ausschaffungshaft. Die Pauschale wird ausgerichtet für:

- a. Asylbewerber;
- b. Flüchtlinge und Ausländer, deren Inhaftierung im Zusammenhang mit der Aufhebung einer vorläufigen Aufnahme steht;
- c. Personen, deren Inhaftierung im Zusammenhang mit einer Wegweisungsverfügung des Bundesamtes für Flüchtlinge angeordnet wurde;
- d. Flüchtlinge, die nach Artikel 44 des Asylgesetzes vom 5. Oktober 1979 ausgewiesen werden.

Art. 15 Abs. 4 erster Satz

⁴ Das Bundesamt für Flüchtlinge ist für Anordnung und Vollzug der vorläufigen Aufnahme zuständig, soweit dieses Gesetz nicht die Kantone damit beauftragt. ...

Art. 20 Abs. 1^{bis}
Aufgehoben

Art. 23a

Wer Massnahmen nach Artikel 13e nicht befolgt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahr oder mit Haft bestraft, falls sich erweist, dass der Vollzug der Weg- oder Ausweisung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen undurchführbar ist.

Art. 24 Abs. 1 erster Satz

¹ Die Verfolgung und Beurteilung der Zuwiderhandlungen nach den Artikeln 23 und 23a obliegt den Kantonen. ...

II

Das Asylgesetz vom 5. Oktober 1979 wird wie folgt geändert:

Art. 12b Sachüberschrift, Abs. 1 Bst. b und Abs. 5

Mitwirkungspflicht und Durchsuchung

¹ Wer um Asyl ersucht, ist verpflichtet, an der Feststellung des Sachverhaltes mitzuwirken. Er muss insbesondere:

b. bereits in der Empfangsstelle Reisepapiere und Identitätsausweise abgeben;

⁵ Ist der Gesuchsteller in einer Empfangsstelle oder Kollektivunterkunft untergebracht, so kann die zuständige Behörde ihn sowie Sachen, die er mitführt, zur Sicherstellung von Reise- und Identitätspapieren sowie von gefährlichen Gegenständen durchsuchen. Der Gesuchsteller darf nur von einer Person gleichen Geschlechts durchsucht werden.

Art. 17a Abs. 1 Bst. b und d sowie Abs. 2

¹ Die Wegweisungsverfügung enthält:

b. die Festsetzung des Zeitpunktes, in dem der Gesuchsteller schweizerisches Gebiet verlassen haben muss. Im Falle der Anordnung einer vorläufigen Aufnahme wird eine Frist im Zeitpunkt der Aufhebung bestimmt;

d. gegebenenfalls die Bezeichnung jener Staaten, in welche der Gesuchsteller nicht zurückgeführt werden darf;

² Bei Entscheiden nach Artikel 16 Absätze 1 und 2 kann der sofortige Vollzug angeordnet werden.

Art. 18 Abs. 1 und 3

¹ Ist der Vollzug der Wegweisung nicht möglich, nicht zulässig oder nicht zumutbar, so regelt das Bundesamt das Anwesenheitsverhältnis nach den gesetzlichen Bestimmungen über die vorläufige Aufnahme von Ausländern.

³ Erweist sich der Vollzug trotz Anwendung von Zwangsmitteln als nicht durchführbar, so beantragt der Kanton dem Bundesamt die Anordnung einer vorläufigen Aufnahme.

Art. 47 Sachüberschrift, Abs. 1, 2 und 2^{bis}

Aufschiebende Wirkung und sofortiger Vollzug

¹ Ist die Wegweisung sofort vollziehbar, so kann der Ausländer innert 24 Stunden ein Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung einreichen. Er ist auf seine Rechte hinzuweisen.

² Über ein Begehren um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung hat die zuständige Behörde innert 48 Stunden zu entscheiden.

^{2^{bis}} Der Beschwerdeführer kann bis zum Entscheid über sein Begehren von der zuständigen Behörde während maximal 72 Stunden festgehalten werden.

III

Schlussbestimmungen

Art. 1 Vollzug

¹ Die Kantone erlassen die für den Vollzug dieses Gesetzes notwendigen Einführungsbestimmungen.

² Bis zum Erlass derselben, aber während höchstens zwei Jahren, sind die Kantonsregierungen befugt, die notwendigen Bestimmungen zu erlassen.

Art. 2 Übergangsbestimmungen

Für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes hängigen Verfahren gilt das neue Recht. Die Anordnung einer Vorbereitungs- oder Ausschaffungshaft oder einer Durchsuchung aufgrund von Tatsachen, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes eingetreten sind, ist jedoch ausgeschlossen.

Art. 3 Referendum und Inkrafttreten

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.



Retouren an die
Einwohnerkontrolle
der Gemeinde

Empfehlung an die Stimmberechtigten

Bundesrat und Parlament empfehlen den Stimmberechtigten, am 4. Dezember 1994 aus den dargelegten Gründen wie folgt zu stimmen:

- **JA zum Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung**
- **NEIN zur Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung»**
- **JA zum Bundesgesetz vom 18. März 1994 über Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht**