

Bundesblatt

113. Jahrgang

Bern, den 22. Juni 1961

Band I

*Erscheint wöchentlich. Preis 30 Franken im Jahr, 16 Franken im Halbjahr zuzüglich
Nachnahme- und Postbestellungsgebühr*

*Eindrückungsgebühr: 50 Rappen die Petitzelle oder deren Raum. — Inserate franko an
Stämpfli & Cie. in Bern*

8251

Botschaft

des

Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Bundesgesetzes betreffend die Änderung des Ersten Titels des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung

(Vom 5. Juni 1961)

Herr Präsident!

Hochgeehrte Herren!

Wir beehren uns, Ihnen mit dieser Botschaft den Entwurf zu einem Bundesgesetz betreffend die Änderung des Ersten Titels des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung zu unterbreiten.

Erster Teil

Einleitung

1. Das Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) enthält in seinem Ersten Titel die Bestimmungen über die Krankenversicherung. Darnach fördert der Bund diese Versicherung durch Gewährung von Beiträgen an anerkannte Krankenkassen. Anspruch auf Anerkennung haben die Krankenkassen, die den Anforderungen des Gesetzes genügen. Diese Anforderungen betreffen zur Hauptsache die Aufnahmebedingungen der anerkannten Krankenkassen (im folgenden Kassen genannt), die von ihnen zu gewährenden Mindestleistungen sowie ihre finanzielle Sicherheit. Daneben enthält das Gesetz vor allem Bestimmungen über die Bundesbeiträge, das Verhältnis der Kassen zu den Ärzten und Apothekern, die Aufsicht des Bundes und die Rechtspflege. Es ermächtigt ferner die Kantone, die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch zu erklären oder diese Befugnis auf ihre Gemeinden zu übertragen.

2. Schon wenige Jahre nach dem Inkrafttreten des KUVG setzten Bestrebungen auf eine Revision des Gesetzes im Sinne einer Total- oder einer Partial-

revision ein. Die letztern verfolgten verschiedene Ziele, wie zum Beispiel die Einführung des Versicherungsobligatoriums auf eidgenössischer Grundlage, den Ausbau der Leistungen, eine Neuordnung der Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen und namentlich die Erhöhung der Bundesbeiträge.

Die Revisionsbestrebungen bis zum Jahre 1953 und die Gründe, warum diese zu keiner Revision des Gesetzes geführt haben, sind im Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für die Revision der Krankenversicherung und die Einführung der Mutterschaftsversicherung, vom 3. Februar 1954 (S. 30 ff.), dargelegt. Diese Expertenkommission hatte die Aufgabe, die Frage der Totalrevision der Krankenversicherung und die Einführung der Mutterschaftsversicherung zu prüfen. Sie arbeitete auf Grund einer entsprechenden Vorlage des Bundesamtes für Sozialversicherung einen Vorentwurf zu einem Bundesgesetz über die Kranken- und die Mutterschaftsversicherung (Vorentwurf 1954) aus, dessen Erläuterungen der vorerwähnte Bericht diente. Der Vorentwurf sah eine umfassende Revision der Krankenversicherung unter Aufhebung des Ersten Titels des KUVG sowie den Ausbau der Leistungen an Wöchnerinnen gemäss Artikel 14 des Gesetzes zu einer Mutterschaftsversicherung vor.

Bericht und Vorentwurf wurden im Laufe des Jahres 1954 den Kantonen, interessierten Verbänden und politischen Parteien zur Vernehmlassung zugestellt. Die Vernehmlassungen ergaben, dass die Meinungen in grundlegenden Fragen, so vor allem hinsichtlich der Einführung eines Bundesobligatoriums der Krankenversicherung oder der Mutterschaftsversicherung, der Beziehungen zwischen Kassen und Ärzten, zum Teil auch hinsichtlich der Versicherungsleistungen (namentlich für langdauernde Krankheiten) und der Finanzierung stark auseinandergingen, so dass sich die Überarbeitung des Vorentwurfes als notwendig erwies. In der Folge wurden die Revisionsarbeiten für die Krankenversicherung im Hinblick auf die Arbeiten für die Einführung der Invalidenversicherung (IV) zurückgestellt. Da die Krankenversicherung und die IV namentlich auf dem Gebiet der Leistungen manche Berührungspunkte haben, erschien es als zweckmässig, die Revision der Krankenversicherung erst nach Festlegung der Leistungen der IV durchzuführen.

3. Wenn es bis heute auch zu keiner Revision der Krankenversicherung gekommen ist, so ist diese Versicherung doch seitens des Bundes ausserhalb des KUVG durch zwei Massnahmen wesentlich gefördert worden, nämlich durch die Gewährung von zusätzlichen Beiträgen an die anerkannten Krankenkassen auf dem Weg von befristeten Bundesbeschlüssen und durch die auf Artikel 15 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose beruhende Einführung der Tuberkuloseversicherung, an die der Bund ebenfalls namhafte Beiträge ausrichtet.

a. Die ständige Zunahme der Kosten für die Krankenpflegeversicherung und die erhöhten Kosten der Versicherung der Frauen im Vergleich zu denen der Männer führten schon bald nach der Einführung des KUVG zu einer Verschlechterung des Verhältnisses der Beiträge des Bundes zu den betreffenden Ausgaben der Kassen. Um die damit verbundene Beeinträchtigung der Förde-

rung der Krankenversicherung auf Bundesebene auszugleichen, wurde in verschiedenen parlamentarischen und ausserparlamentarischen Vorstössen eine Erhöhung der Bundesbeiträge angestrebt. Da es Bundesrat und Parlament unter den damaligen Umständen für zweckmässiger hielten, die Bestimmungen des KUVG über die Bundesbeiträge an die Kassen nicht zu revidieren, wurden diesen in befristeten Bundesbeschlüssen zusätzliche Beiträge ausgerichtet.

In den Jahren 1919 und 1920 erhielten die Kassen zusätzliche Bundesbeiträge an die aussergewöhnlichen Ausgaben der Grippeepidemie. Von 1924 bis 1941 wurde ihnen jährlich eine Million Franken als Beitrag an die Krankenpflegeversicherung und die Versicherung der Frauen ausgerichtet. Ferner wurden den Kassen mit freiwilliger Versicherung in den Jahren 1936 und 1937 besondere Beiträge zur teilweisen Ersetzung der wegen der Wirtschaftskrise unerhältlichen Mitgliederbeiträge gewährt.

Seit dem Jahre 1944 erhalten die Kassen regelmässig zusätzliche Bundesbeiträge in Form einer Erhöhung der in Artikel 35, Absatz 1 und 2 KUVG je Mitglied und Jahr festgesetzten Kopfbeiträge. Diese wurden zunächst für die Kinder und für die für Krankenpflege versicherten Frauen, später auch für die der Krankenpflegeversicherung angeschlossenen Männer gewährt. Ausserdem erfolgte im Laufe der Zeit eine Heraufsetzung der oberen Grenze des den Kassen gemäss Artikel 37, Absatz 1 KUVG gewährten Gebirgszuschlages sowie in letzter Zeit eine Verdoppelung des Wochenbettbeitrages gemäss Artikel 35, Absatz 3. Gegenwärtig ist der Bundesbeschluss vom 14. Dezember 1960 über zusätzliche Beiträge des Bundes an die anerkannten Krankenkassen für die Jahre 1961, 1962 und 1963 in Kraft, über den das Nähere im Zweiten Teil, C, II, 1b hienach gesagt wird.

b. Gemäss Artikel 15 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose kann der Bund den anerkannten Krankenkassen und Verbänden von solchen bis zur Revision des KUVG besondere Beiträge ausrichten, wenn sie in ihren Statuten für Behandlung und Pflege Tuberkulöser besondere, nach Umfang und Dauer über die gesetzlichen Pflichtenleistungen der Krankenversicherung hinausgehende Leistungen vorsehen. Dabei werden die Voraussetzungen für die Ausrichtung der Bundesbeiträge, ihre Berechnung und ihre Auszahlung durch den Bundesrat festgesetzt.

In Ausführung dieser Bestimmung wurde die Tuberkuloseversicherung erstmals durch eine Verordnung vom 31. März 1931, die auf den 1. Januar 1932 in Kraft trat, geregelt. Heute gilt die Verordnung I vom 19. Januar 1944 über Tuberkuloseversicherung (VO I), die seit ihrem Erlass wiederholt geändert und den jeweiligen Verhältnissen angepasst worden ist. Ergänzt wird diese Verordnung durch die Verfügungen I d, II und III des Eidgenössischen Departements des Innern über Tuberkuloseversicherung, vom 12. Januar 1959, betreffend die grösseren operativen Eingriffe, die Hausbehandlung, die medikamentöse Behandlung sowie die Röntgenuntersuchungen. Die wesentlichen Einzelheiten über die Tuberkuloseversicherung sind im Zweiten Teil, B, I, 3 (Leistungen) und C, II, 1a (Bundesbeiträge) dargestellt.

4. Nachdem sich aus den Vernehmlassungen zum Vorentwurf 1954 ergeben hatte, dass die Totalrevision der Krankenversicherung eine nochmalige eingehende Beratung von grundlegenden Fragen mit den interessierten Kreisen notwendig machte, und als die Revision dann im Hinblick auf die Einführung der IV zurückgestellt wurde, erfolgten verschiedene parlamentarische Vorstösse, durch welche die baldige Verwirklichung einzelner Revisionspunkte angestrebt wurde.

a. Anlässlich der Beratungen des Bundesbeschlusses über zusätzliche Beiträge des Bundes an anerkannte Krankenkassen für die Jahre 1957 bis 1960 reichte die Kommission des Nationalrates für die Vorberatung dieses Beschlusses ein Postulat ein, durch das wir eingeladen wurden, rechtzeitig eine Vorlage zur Teilrevision des KUVG auszuarbeiten, damit bei Ablauf des neuen Bundesbeschlusses über die Gewährung zusätzlicher Bundesbeiträge an anerkannte Krankenkassen die finanzielle Förderung der Krankenversicherung in einer den heutigen Verhältnissen entsprechenden Art und einem zeitgemässen Umfange auf gesetzlichem Wege geregelt werden könne. Das Postulat wurde vom Nationalrat am 13. Dezember 1957 angenommen.

Wir haben bereits in unserer Botschaft vom 20. Mai 1960 über zusätzliche Beiträge des Bundes an die anerkannten Krankenkassen für die Jahre 1961, 1962 und 1963 darauf hingewiesen, dass das Postulat bis zum Jahre 1960 nicht erledigt werden konnte, weil die Revision der Krankenversicherung bis zur Einführung der IV zurückgestellt wurde.

b. Am 18. Dezember 1958 reichte Nationalrat Gnägi, Bern, eine Motion, die vom Nationalrat am 29. September 1959 und vom Ständerat am 15. Dezember 1959 angenommen wurde, mit folgendem Wortlaut ein:

«Seit Jahren wird die Frage einer umfassenden Revision des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes geprüft. Die bisherigen Besprechungen haben gezeigt, dass eine Totalrevision im heutigen Moment nicht möglich ist.

Der Bundesrat wird eingeladen, unverzüglich eine Teilrevision des Abschnittes Krankenversicherung des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes vorzubereiten, wobei folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind:

1. Ausbau der gesetzlichen Minimalleistungen;
2. Anpassung der Bundesbeiträge an die heutigen Verhältnisse;
3. Überprüfung der organisatorischen Bestimmungen über die Versicherungsträger und für die Rechtspflege.»

c. In den parlamentarischen Beratungen über das IVG wurde der Antrag gestellt, es sei Artikel 35 KUVG in dem Sinne zu ergänzen, dass denjenigen Kassen vom Bund zusätzliche Beiträge ausgerichtet werden, die in ihren Statuten besondere Krankenpflegeleistungen für jene Mitglieder vorsehen, die Leistungsbezüger der IV sind. Zur Begründung dieses Antrages wurde im wesentlichen ausgeführt, dass die IV zwar Eingliederungsmassnahmen und Renten gewähren werde, nicht aber – im Gegensatz zu ausländischen Invalidenversicherungen – auch Krankenpflegeleistungen für Rentner. Damit bestehe in der IV eine Lücke, die, soweit möglich, durch einen entsprechenden Ausbau der Krankenversicherung geschlossen werden müsse (StenBull. NR 1959, S. 164 ff.).

Dieser Antrag wurde jedoch vor allem mit dem Hinweis darauf abgelehnt, dass die Gewährung von Krankenpflegeleistungen an die Rentner der IV zum Fragenkomplex der langdauernden Krankheiten gehöre. Sie müsse deshalb im Rahmen der Krankenversicherung gelöst werden, und zwar nicht nur für die IV-Rentner, sondern auch für Personen, die langdauernd krank aber nicht Rentner der IV sind. Von uns wurde dazu erklärt, es sei beabsichtigt, unverzüglich eine Revision der Krankenversicherung vorzubereiten, die sich auch mit dem Problem der langdauernden Krankheiten befassen werde (StenBull. NR 1959, S.169, StenBull. StR, S.155).

d. Nationalrat Ackermann, Entlebuch, reichte ebenfalls im Zusammenhang mit den Beratungen über das IVG am 18.März 1959 folgende Motion ein, die vom Nationalrat am 6.Oktober 1959 und vom Ständerat am 15.Dezember 1959 angenommen wurde:

«Der Bundesrat wird eingeladen, unverzüglich einen Gesetzesentwurf zur Revision des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung zu unterbreiten, in welchem folgende Punkte verwirklicht werden:

1. Schaffung der Möglichkeit für alle jugendlichen Invaliden, in die anerkannten Krankenkassen aufgenommen zu werden ohne Vorbehalt in bezug auf ihre Invalidität;
2. Gewährung der hierfür notwendigen zusätzlichen Beiträge an die Krankenkassen.»

5. Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf kommen wir dem uns durch die vorerwähnten Motionen Gnägi und Ackermann erteilten Auftrag nach, eine Gesetzesvorlage über die Revision des Ersten Titels des KUVG auszuarbeiten, die sich auf die in den beiden Motionen enthaltenen Punkte erstreckt. Ferner unterbreiten wir Ihnen damit die von uns anlässlich der Beratungen über die IV angekündigte Vorlage über die Revision der Krankenversicherung.

Zweiter Teil

Die Grundzüge des Revisionsprogrammes

A. Der Umfang der Revision

1. Als Grundlage für die Gesetzesrevision arbeitete das Departement des Innern einen Bericht vom 25.Mai 1960 aus unter dem Titel «Die Revision der Krankenversicherung; Grundsätze, Erläuterungen, finanzielle Auswirkungen». Die Grundsätze enthielten im wesentlichen das unter Ziffer 2 hienach dargestellte Revisionsprogramm.

Im Juni 1960 unterbreitete das Departement den Bericht in unserem Auftrag den Kantonsregierungen und interessierten Verbänden zur Vernehmlassung. Das Vernehmlassungsverfahren konnte nach wiederholter Verlängerung Ende 1960 abgeschlossen werden.

Als Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens kann festgehalten werden, dass die Durchführung einer Revision in dem vom Departement aufgestellten Rahmen allgemein begrüsst und sein Bericht als geeignete Grundlage für einen entsprechenden Gesetzesentwurf bezeichnet wird. Über die in den einzelnen Grundsätzen in Aussicht genommenen Regelungen gehen die Meinungen allerdings zum Teil auseinander. Die beantragten Änderungen und Ergänzungen sind im vorliegenden Gesetzesentwurf nach Möglichkeit berücksichtigt worden. Wo Meinungsverschiedenheiten bestehen, haben wir nach vermittelnden Lösungen gesucht. Wir werden bei der Behandlung der einzelnen Revisionspunkte und Gesetzesbestimmungen soweit nötig auf die Vernehmlassungen zurückkommen.

2. Die Motion Gnägi enthält vier Revisionspunkte, nämlich den Ausbau der gesetzlichen Minimalleistungen, die Anpassung der Bundesbeiträge an die heutigen Verhältnisse, die Überprüfung der organisatorischen Bestimmungen über die Versicherungsträger und die Neuordnung der Rechtspflege. Die Motion Ackermann bezweckt, den Beitritt invalider Jugendlicher zu den Kassen zu erleichtern.

Das in den beiden Motionen enthaltene Revisionsprogramm gab Veranlassung zur Prüfung der Frage, ob noch andere Punkte in die Revision einzubeziehen seien. Dabei hat sich folgendes ergeben:

a. Die sozialen Auswirkungen des Ausbaus der gesetzlichen Mindestleistungen werden für viele Versicherte wesentlich verstärkt, wenn zugleich auch die Freizügigkeit, d.h. das Recht des Versicherten auf Übertritt in eine andere Kasse verbessert wird. Wir haben deshalb auch die Frage der Freizügigkeit in die Revision einbezogen.

b. Die Frage, ob die Aufnahme in die Kassen zu erleichtern sei, stellt sich nicht nur hinsichtlich der invaliden Jugendlichen, sondern für alle Personen mit einem Gesundheitsschaden. Der soziale Wert der Krankenversicherung kann wesentlich erhöht werden, wenn die Aufnahme kranker Personen in die Kassen nach Möglichkeit erleichtert wird. Wir sind deshalb der Auffassung, dass auch diese Frage in die Revision einzuschliessen und dabei die Motion Ackermann in diesen allgemeineren Zusammenhang zu stellen ist.

c. Da die Stellung der Invaliden in der Krankenversicherung schon anlässlich der Beratungen über die IV zu Diskussionen Anlass gegeben hat, ist auch diese Frage zum Gegenstand der Revision zu machen.

d. Die Finanzierung der Krankenversicherung erfolgt ausser durch die Bundesbeiträge vor allem durch die Aufwendungen der Versicherten. Dazu gehören die Mitgliederbeiträge, der Selbstbehalt und die Krankenscheingebühren. Neben der Neuordnung der Bundesbeiträge ist deshalb auch die Frage der Aufwendungen der Versicherten als weiterer Punkt in das Revisionsprogramm aufzunehmen. Ein Vorstoss in dieser Richtung wurde seinerzeit durch das Postulat Hackhofer vom 24. März 1954 gemacht, das vom Nationalrat am 23. März 1955 angenommen wurde.

e. Schliesslich bringt es der Leistungsausbau mit sich, dass Bestimmungen über die Wahl der Heilanstalt, sowie über die Tarife der Hebammen, der medizinischen Hilfspersonen, der Laboratorien, die medizinische Analysen vorneh-

men, und der Heilanstalten in das Gesetz aufzunehmen sind. Bei dieser Gelegenheit können auch die im Gesetz enthaltenen Bestimmungen über die Tarife der Apotheker im Sinne einer Vereinfachung revidiert werden. Der Leistungsausbau gibt ferner Veranlassung, die Vorschriften über die Überversicherung zu ergänzen. In organisatorischer Beziehung sind die Fragen der Kollektivversicherung und der Rückversicherung zu prüfen.

3. Im Gegensatz zu den unter Ziffer 2 aufgezählten Punkten sind wir bei zwei wichtigen Fragen zum Schluss gekommen, dass diese nicht in die vorliegende Revision einzubeziehen sind. Es betrifft dies die Fragen des Bundesobligatoriums der Krankenversicherung und der Mutterschaftsversicherung sowie der Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen.

a. Die Frage eines Bundesobligatoriums der Krankenversicherung war von jeher stark umstritten. Schon in den Vernehmlassungen zum Vorentwurf 1954 bestand gegen ein Bundesobligatorium ein sehr starker Widerstand, und zwar nicht nur gegen ein Obligatorium in der Krankenversicherung, sondern auch gegen eine obligatorische Mutterschaftsversicherung. Aus den Vernehmlassungen zu den Revisionsgrundsätzen des Eidgenössischen Departementes des Innern (im folgenden Grundsätze genannt) geht hervor, dass dieser Widerstand auch heute unvermindert fortbesteht. Ein grosser Teil der Befürworter einer Revision der Krankenversicherung hat seine Zustimmung nur unter der Voraussetzung gegeben, dass die Frage des Bundesobligatoriums nicht berührt werde.

Unter diesen Umständen sind wir der Auffassung, dass die gegenwärtige Revision nicht auf die Frage des Bundesobligatoriums auszudehnen und dass von jeder Änderung von Artikel 2 KUVG, der die Obligatoriumsfrage betrifft, abzusehen ist. Jeder Änderungsvorschlag zu Artikel 2 KUVG würde zu grundsätzlichen Auseinandersetzungen führen, wodurch die Revision verzögert, wenn nicht gefährdet wurde, was vermieden werden muss.

b. Das Problem des Verhältnisses zwischen den Ärzten und den Kassen gehört ebenfalls von jeher zu den schwierigsten und umstrittensten Problemen der Krankenversicherung. Dass die im geltenden KUVG getroffene Regelung nicht voll zu befriedigen vermag und gewisse Lücken aufweist, wird allgemein anerkannt. Über die Revision dieser Bestimmungen aber gehen die Meinungen, insbesondere zwischen Ärzten und Kassen, in grundlegenden Fragen stark auseinander.

Unter diesen Umständen haben sich die direkt Beteiligten dahin verständigt, dass die Fragen des Arztrechts in der gegenwärtigen Revision grundsätzlich nicht berührt werden sollen. Gegen den Verzicht auf eine Neuordnung des Arztrechts in der vorliegenden Revision sind in den Vernehmlassungen zu den Grundsätzen mit wenigen Ausnahmen keine Einwendungen erhoben worden. Sowohl die Ärzte als auch die Krankenkassen haben sich diesem Verzicht jedoch nur unter ausdrücklicher Wahrung ihres Standpunktes angeschlossen.

Angesichts dieser weitgehenden Meinungsverschiedenheiten teilen wir die Auffassung, dass zurzeit von einer Revision der Bestimmungen über das Verhältnis zwischen Ärzten und Kassen abzusehen ist. Dabei sind wir jedoch der

Meinung, dass die Verhandlungen mit den direkt Beteiligten unverzüglich wieder aufzunehmen sind und zu versuchen ist, die Standpunkte einander anzunähern. Gegebenenfalls wäre Ihnen eine besondere Vorlage über die Revision der betreffenden Bestimmungen des KUVG zu unterbreiten.

4. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Gesetzesentwurf zur Hauptsache die in den Motionen Gnägi und Ackermann erwähnten Revisionspunkte enthält, die durch einige mit diesen sozialpolitisch oder organisatorisch zusammenhängende Punkte ergänzt werden.

Um die Tragweite der Revision besser zu zeigen, werden in den folgenden Abschnitten dieses Teils der Botschaft die einzelnen Revisionspunkte in der Reihenfolge ihrer sozialpolitischen Bedeutung dargestellt. Es folgen deshalb zunächst die Ausführungen über den Ausbau der Versicherung, welche die Darlegungen über den Ausbau der gesetzlichen Mindestleistungen, die Erleichterung der Aufnahme in die Kassen und die Verbesserung der Freizügigkeit enthalten (Abschnitt B). Sodann wird die Frage der Finanzierung im allgemeinen behandelt, wobei einerseits die Aufwendungen der Versicherten und andererseits die Bundesbeiträge zur Sprache kommen (Abschnitt C). Im Anschluss daran folgen Ausführungen über die Neuordnung der Rechtspflege und der Aufsicht des Bundes (Abschnitt D). In einem letzten Abschnitt werden schliesslich verschiedene Einzelfragen behandelt, die zum Teil mit der Organisation der Kassen (Kollektivversicherung, Rückversicherung), zum Teil mit dem Leistungsausbau (Überversicherung, Tarife) zusammenhängen (Abschnitt E).

B. Der Ausbau der Versicherung

I. Der Ausbau der gesetzlichen Mindestleistungen

Es dürfte sich erübrigen, näher darzutun, weshalb die Leistungen, die in einem vor 50 Jahren erlassenen Gesetz vorgeschrieben sind, den heutigen Verhältnissen nicht mehr genügen. Ein Hauptzweck der Revision muss darin bestehen, die vorgeschriebenen Mindestleistungen im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten der seither eingetretenen Entwicklung, vor allem auf dem Gebiet der Therapie, anzupassen.

Gemäss dem geltenden Gesetz haben die Kassen ihren Mitgliedern entweder ärztliche Behandlung und Arznei oder ein tägliches Krankengeld im Fall von gänzlicher Arbeitsunfähigkeit zu gewähren. Die Kassen mit Tuberkuloseversicherung haben die auf dem Verordnungsweg festgesetzten Mindestleistungen auszurichten, wobei, wie in der ordentlichen Krankenversicherung, zwischen Krankenpflegeleistungen (ärztliche Behandlung und Arznei) und Krankengeld unterschieden wird. Die für den Krankheitsfall vorgesehenen Leistungen sind auch für das Wochenbett zu gewähren.

Im folgenden wird der Umfang des vorgesehenen Leistungsaubaues dargestellt, wobei zwischen der ordentlichen Krankenpflegeversicherung, der ordent-

lichen Krankengeldversicherung, den Leistungen bei Erkrankung an Tuberkulose (ärztliche Behandlung und Arznei einerseits und Krankengeld anderseits) sowie denjenigen bei Mutterschaft unterschieden wird. In Anbetracht der grossen Bedeutung, welche bei der jetzigen Revision des Gesetzes der Frage der Stellung der Invaliden in der Krankenversicherung zukommt, wird dieses Problem in einem besonderen Abschnitt behandelt.

1. Die Leistungen der Krankenpflegeversicherung

Artikel 12 des Gesetzes verpflichtet die Krankenpflegekassen zur Gewährung von ärztlicher Behandlung und Arznei, ohne diese beiden Begriffe näher zu umschreiben. Diese Bestimmung unterscheidet auch nicht zwischen den Leistungen bei ambulanter und bei Spitalbehandlung. Im Hinblick auf die Bedeutung, die die Spitalbehandlung in den letzten Jahren erfahren hat und auch wegen der zwischen der Spitalbehandlung und der ambulanten Behandlung bestehenden Unterschiede scheint uns eine solche Unterscheidung notwendig zu sein.

a. Die ambulante Behandlung

aa. Da das Gesetz von «ärztlicher» Behandlung spricht, sind die Kassen zurzeit nur verpflichtet, Behandlungen zu übernehmen, die vom Arzt selbst oder unter seiner direkten Kontrolle vorgenommen werden. Dagegen fallen Behandlungen, die von nicht unter der direkten Aufsicht des Arztes stehenden medizinischen Hilfspersonen ausgeführt werden, nicht unter die Pflichtleistungen. Aber auch die vom Arzt selbst oder unter seiner direkten Kontrolle vorgenommenen Behandlungen müssen von den Kassen nicht ausnahmslos übernommen werden. Denn die Erfahrung hat gezeigt, dass einerseits von den Ärzten gelegentlich Behandlungen durchgeführt werden, die wissenschaftlich noch nicht anerkannt sind. Andererseits übersteigen die Kosten gewisser Behandlungen die finanzielle Leistungsfähigkeit der Kassen. In diesen beiden Fällen muss es den Kassen freistehen, Leistungen abzulehnen. So sind sie z.B. gemäss der heutigen Praxis nicht zur Übernahme von bestimmten physikalischen Therapien und der Psychotherapie verpflichtet, selbst wenn diese Behandlungen durch einen Arzt direkt ausgeführt werden.

Im Hinblick auf die grosse Bedeutung der Behandlungsarten, die heute von den Kassen nicht oder nur dann übernommen werden müssen, wenn sie vom Arzt selber oder unter seiner direkten Aufsicht ausgeführt werden, und in Anbetracht des Umstandes, dass heute zur Durchführung der Behandlung in zunehmendem Masse medizinisches Hilfspersonal herangezogen wird, ist es nötig, die Pflichtleistungen in diesen beiden Richtungen auszudehnen. Dabei ist jedoch eine Regelung zu treffen, die es erlaubt, die Leistungen gemäss dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft festzusetzen und zugleich die finanziellen Auswirkungen auf die Kassen zu berücksichtigen.

Was die vom Arzt selbst vorgenommene Behandlung anbelangt, so wird es immer Behandlungsarten geben, die wissenschaftlich umstritten oder so teuer

sind, dass sie namentlich von kleineren Kassen nicht übernommen werden können. Es muss deshalb die Möglichkeit bestehen, sie von den Pflichtleistungen auszuschliessen. Andererseits müssen umstrittene Behandlungsarten, die anerkannt werden oder solche, deren Kosten so stark gesunken sind, dass sie für die Kassen tragbar werden, jederzeit zu Pflichtleistungen erklärt werden können. Der Entwurf verpflichtet daher im Prinzip die Kassen zur Gewährung aller vom Arzt selbst vorgenommenen Behandlungen. Er sieht aber vor, dass der Bundesrat nach Anhören einer Fachkommission die Behandlungen bezeichnet, die Pflichtleistungen der Kassen sind, so dass die Möglichkeit besteht, die Pflichtleistungen soweit nötig hinsichtlich bestimmter Behandlungen im einzelnen zu umschreiben.

Die von medizinischen Hilfspersonen auf Verordnung des Arztes vorgenommenen Heilanwendungen sollen in Zukunft ebenfalls zu Pflichtleistungen erklärt werden. Die oben erwähnten Gründe, nach denen es nicht möglich ist, die Kassen zur Übernahme jeder beliebigen durch einen Arzt durchgeführten Behandlung zu verpflichten, gelten noch weit mehr für die Behandlungen durch medizinisches Hilfspersonal. Wir sehen deshalb vor, dass der Bundesrat, ebenfalls nach Anhören einer Fachkommission, die wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen umschreibt, die von den Kassen als Pflichtleistungen zu übernehmen sind, sofern sie von medizinischem Hilfspersonal auf ärztliche Verordnung hin durchgeführt werden. Ähnlich wie bei der IV sollen ferner durch den Bundesrat Vorschriften über die Zulassung der medizinischen Hilfspersonen (Masseure, Physiotherapeuten, Chiropraktoren usw.) zur Behandlung von Versicherten aufgestellt werden. Diese Vorschriften sollen selbstverständlich nur nach Anhören der interessierten Verbände erlassen werden. Sie betreffen in erster Linie die berufliche Ausbildung der betreffenden Personen und die notwendigen Einrichtungen.

bb. An der geltenden Regelung für die Auswahl von Arzneimitteln für die Krankenkassenpraxis gemäss dem Bundesratsbeschluss vom 6. Februar 1953 soll materiell grundsätzlich festgehalten werden. Danach sollen die ausgewählten Arzneimittel auch in Zukunft in zwei Listen zusammengefasst werden, nämlich in der Arzneimittelliste, enthaltend die von den Kassen als Pflichtleistungen zu bezahlenden Arzneimittel, und in der Spezialitätenliste, umfassend diejenigen Arzneispezialitäten und konfektionierten Heilmittel, deren Bezahlung den Kassen als freiwillige Leistung empfohlen wird.

Drei Kantone, eine Reihe von Arbeitnehmerverbänden, sowie die Frauenverbände treten für die Obligatorischerklärung der Spezialitätenliste ein. Dagegen sprechen sich die Kassenverbände für die Aufrechterhaltung der heutigen Regelung aus. Auch die Fabrikanten und Importeure von Spezialitäten setzen sich nicht für eine obligatorische Liste ein. Wegen der zunehmenden Bedeutung der Spezialitäten für die Therapie wäre es an sich wünschbar, die Liste obligatorisch zu erklären. Es kann indessen festgestellt werden, dass schon heute die grosse Mehrzahl der Versicherten Kassen angeschlossen ist, welche wenigstens die in der Liste aufgeführten Spezialitäten gewähren. Im Hinblick darauf und

auch mit Rücksicht auf die finanzielle Tragweite, welche die Verpflichtung auf die Liste für die Kassen – und damit indirekt auch für die Versicherten – hätte, erscheint es uns jedoch als richtig, am bisherigen System einer Liste, deren Übernahme den Kassen empfohlen wird, festzuhalten. Wir glauben, dies um so eher tun zu können, als wir für die Kassen, welche die Spezialitäten nicht wenigstens gemäss der Liste übernehmen, eine Herabsetzung des Bundesbeitrages vorsehen, was erwarten lässt, dass mit der Zeit praktisch alle Kassen die Liste anerkennen werden. Nötigenfalls können pharmazeutische Spezialitäten auch in die Arzneimittelliste aufgenommen und damit zur Pflichtleistung der Kassen gemacht werden.

cc. Nach der geltenden Regelung sind die Kassen zur Bezahlung von Analysen nur dann verpflichtet, wenn diese in einem von einem Arzt oder Apotheker geleiteten Laboratorium durchgeführt werden. Heute werden jedoch immer mehr solche Laboratorien von Chemikern, Naturwissenschaftlern usw. geleitet. Es ist deshalb angezeigt, die Kassen zur Bezahlung von Analysen aller Laboratorien zu verpflichten, deren Leiter eine wissenschaftliche Ausbildung besitzt und die entsprechend eingerichtet sind. Dabei sind jedoch die von den Kassen geltend gemachten finanziellen Bedenken zu berücksichtigen. Es wird deshalb vorgesehen, dass der Bundesrat auf Antrag der (bereits bestehenden) Eidgenössischen Arzneimittelkommission die von den Kassen zu bezahlenden Analysen bezeichnet.

b. Die Behandlung in der Heilanstalt

aa. Der Umfang der Leistungen bei Aufenthalt in der Heilanstalt war bisher mangels einer ausdrücklichen Gesetzesbestimmung in grundsätzlichen Entschieden der Aufsichtsbehörde umschrieben. Danach haben die Kassen ärztliche Behandlung und Arznei bei Behandlung in der allgemeinen Abteilung einer öffentlichen Heilanstalt zu übernehmen.

Es zeigt sich jedoch, dass diejenigen Spitalkosten, die nicht auf die ärztliche Behandlung und Arznei, sondern auf die Unterkunft und Verköstigung sowie auf Wartung und Pflege entfallen, immer starker ins Gewicht fallen. Wenn die Kassen nicht wenigstens einen Teil dieser Kosten übernehmen, bietet die Krankenversicherung den Versicherten keinen genügenden Schutz mehr. Da der Versicherte zu Hause für seine Ernährung und Unterkunft selbst aufzukommen hat, scheint es angezeigt, dass er auch im Spital die Kosten für Verköstigung und Unterkunft selbst trägt. Dagegen sollte ihm zu den Kosten für ärztliche Behandlung und Arznei, einschliesslich der wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen und Analysen, ein Beitrag an die übrigen Kosten der Krankenpflege, d.h. an die Kosten für Wartung und Pflege, ausgerichtet werden.

Im Hinblick auf die anhaltende Kostensteigerung und die stark voneinander abweichenden Verhältnisse unter den Heilanstalten kann dieser Beitrag jedoch nicht im Gesetz festgesetzt werden; seine Festlegung muss vielmehr dem Bundesrat übertragen werden.

Selbstverständlich steht es den Kassen frei, über diese Pflichtleistungen hinauszugehen und z.B. auch Beiträge an die Kosten für Verköstigung und Unterkunft zu gewähren oder diese ganz zu übernehmen. Dies wird insbesondere dann möglich sein, wenn alle Leistungen bei Aufenthalt in einer Heilanstalt durch eine Tagespauschale abgegolten werden können. Vom Verband Schweizerischer Krankenanstalten (VESKA) und den Kassen ist im Hinblick auf diese allfälligen Mehrleistungen der Kassen vorgeschlagen worden, die Regelung im Gesetz so zu gestalten, dass die Festsetzung der Leistungen bei Behandlung in der Heilanstalt grundsätzlich der vertraglichen Abmachung zwischen Kassen und Heilanstalten überlassen bleibe, wobei im Gesetz die Mindestleistungen aufzuzählen seien, die durch diese Verträge gedeckt und allenfalls auch gewährt werden müssen, wenn keine Verträge zwischen Kassen und Heilanstalten bestehen. Da eine solche Regelung sowohl den Interessen der Heilanstalten als auch der Kassen, insbesondere aber auch denjenigen der Versicherten am besten zu dienen scheint, kann ihr zugestimmt werden.

bb. Wie wir oben erwähnt haben, können die Kassen heute die Übernahme der Spitalleistungen davon abhängig machen, dass der Versicherte sich in der allgemeinen Abteilung einer öffentlichen an seinem Aufenthaltsort oder in dessen Umgebung gelegenen Heilanstalt behandeln lässt. Die grosse Mehrzahl der Versicherten gehört indessen Kassen an, die auch bei Behandlung in einer andern Spitalabteilung oder in einem andern Spital die Kosten bis zur Höhe der in der allgemeinen Abteilung einer öffentlichen Heilanstalt erwachsenden Kosten übernehmen. Da keine Veranlassung besteht, den Versicherten zu zwingen, sich in einer bestimmten Heilanstalt oder in einer bestimmten Abteilung behandeln zu lassen, haben wir völlig freie Wahl der Heilanstalt bzw. der Spitalabteilung im Inland vorgesehen. Eine Ausnahme besteht lediglich bezüglich der Tuberkuloseheilstätten, für die das bestehende System der eidgenössischen Anerkennung beibehalten werden muss. Die Kassen können nach dieser Regelung, im Gegensatz zur Arzt- und Apothekerwahl, auch auf dem Vertragsweg die Spitalwahl nicht beschränken.

In Anbetracht der sehr grossen Taxunterschiede unter den Heilanstalten ist es jedoch nicht möglich, die Kassen zu verpflichten, die durch das Gesetz vorgeschriebenen Leistungen nach dem Tarif der vom Versicherten frei gewählten Heilanstalt zu übernehmen. Es muss dafür gesorgt werden, dass die Kassen durch die völlig freie Wahl der Heilanstalt nicht zu stark belastet werden. Es ist deshalb eine Regelung vorzusehen, durch die die Kassen ermächtigt werden, die Leistungen bei Aufenthalt in einer Heilanstalt nach bestimmten Kriterien zu bemessen, bzw. zu begrenzen.

Zunächst ist der Fall zu regeln, wo es am Wohnort des Versicherten oder in dessen Umgebung eine oder mehrere Heilanstalten gibt, mit denen die Kasse im Vertragsverhältnis steht. Begibt sich der Versicherte in eine solche Heilanstalt, so hat die Kasse nach dem Entwurf ihre Leistungen mindestens nach den Taxen der allgemeinen Abteilung dieser Heilanstalt zu bemessen. Der Ver-

sicherte erhält unter diesen Umständen Leistungen, die den Taxen der betreffenden Heilanstalt entsprechen. Begibt er sich in eine andere Heilanstalt, d.h. in eine Heilanstalt, mit der die Kasse keinen Vertrag geschlossen hat oder in eine solche, mit der zwar ein Vertrag besteht, die aber nicht am Wohnort des Versicherten oder in dessen Umgebung liegt, so kann die Kasse ihre Leistungen gemäss den Taxen der allgemeinen Abteilung der nächstgelegenen Heilanstalt am Wohnort des Versicherten oder in dessen Umgebung bemessen, mit der sie einen Vertrag besitzt. Die Kasse muss somit nicht mehr leisten als sie dies hätte tun müssen, wenn der Versicherte eine der oben erwähnten Vertragsanstalten aufgesucht hätte.

In zweiter Linie ist der Fall zu ordnen, in welchem sich am Wohnort des Versicherten oder in dessen Umgebung keine Heilanstalten befinden, mit denen die Kasse einen Vertrag geschlossen hat. In Analogie zur soeben geschilderten Regelung hätte man daran denken können, die Kassen zu verpflichten, dort, wo keine Verträge bestehen, ihre Leistungen einfach nach dem Tarif der nächstgelegenen Heilanstalt zu bemessen. Das ginge jedoch zu weit, weil diese Anstalt unter Umständen eine Privatklinik mit hohen Taxen sein kann. Der Entwurf sieht daher vor, dass die Kassen in diesem Fall ihre Leistungen nach dem Tarif der allgemeinen Abteilung der nächstgelegenen *öffentlichen* Heilanstalt zu bemessen haben, womit erwartet werden kann, dass sich die massgebenden Taxen in einem für die Kassen tragbaren Rahmen bewegen. Dabei ist jedoch vorzusehen, dass die in Betracht kommende Heilanstalt im gleichen Kanton liegen muss, in welchem der Versicherte wohnt, da die Heilanstalten sehr oft höhere Taxen berechnen, wenn der Versicherte aus einem andern Kanton kommt.

Diese Regelung des sogenannten vertragslosen Zustandes muss auch dann zur Anwendung kommen können, wenn die vorher geschilderte Bemessung der Leistungen nach den Taxen der nächstgelegenen Heilanstalt am Wohnort des Versicherten oder in dessen Umgebung, mit der die Kasse einen Vertrag geschlossen hat, zu Unbilligkeiten führt. Es ist denkbar, dass an einem Ort eine Heilanstalt besteht, die mit den Kassen besonders günstige Taxen für die Behandlung von Versicherten in der allgemeinen Abteilung vereinbart hat, während daneben andere Spitäler bestehen, die wegen ihrer Struktur für die Behandlung in der allgemeinen Abteilung höhere Taxen berechnen müssen und deshalb zu keinem Vertrag mit den Kassen kommen können. In diesem Fall kann die oben dargestellte Regelung, dass die Kassen die Leistungen für alle in Frage kommenden Heilanstalten nach den Taxen der Vertragsanstalt berechnen können, namentlich für die Versicherten zu Härten führen. Die Versicherten müssen entweder in die Vertragsanstalt eintreten, um einen möglichst guten Versicherungsschutz zu haben, womit für sie praktisch die Wahl der Heilanstalt eingeschränkt wird, oder müssen zusätzliche Kosten auf sich nehmen. Um diese Unbilligkeiten zu vermeiden, soll die Kantonsregierung ermächtigt werden, in diesen Fällen die Regelung für den vertragslosen Zustand als anwendbar zu erklären, d.h. die Regel, dass die Kassen ihre Leistungen mindestens nach den

Steuer der allgemeinen Abteilung der nächstgelegenen öffentlichen Heilanstalt zu bemessen haben.

Es kann indessen vorkommen, dass die Umstände die Behandlung in einer ganz bestimmten Anstalt erfordern (z.B. Notfälle, besondere Behandlungen, die nur in einer entsprechenden Anstalt vorgenommen werden können usw.). In solchen Fällen haben die Kassen gemäss dem Entwurf ihre Leistungen nach den Grundsätzen der allgemeinen Abteilung der Heilanstalt, in welcher die Behandlung erfolgt, zu übernehmen. Dazu wurde allerdings die Befürchtung geäussert, dass dies zu weit gehe, weil man den Kassen unter Umständen Leistungen auferlege, die wesentlich über die Kosten hinausgehen, die der Kasse erwachsen wären, wenn sie ihre Leistungen nach einer Vertragsanstalt oder der nächstgelegenen öffentlichen Heilanstalt hätte bemessen können. Man kann zwar nicht bestreiten, dass die in Betracht kommenden Tarifunterschiede sehr beträchtlich sein können, was, wie oben bemerkt, insbesondere dann der Fall sein kann, wenn ein Aufenthalt in einer ausserkantonalen Heilanstalt nötig ist. Es schiene uns aber unbillig, dass ein Versicherter, der sich gezwungenermassen in einer bestimmten Heilanstalt behandeln lassen muss, selbst diese Tarifunterschiede zu tragen hätte.

cc. Bei Badekuren waren die Kassen bisher nur für eigentliche ärztliche Behandlungen leistungspflichtig. Wie bei Spitalbehandlung sollten sie in Zukunft aber auch die Kosten für wissenschaftlich anerkannte Heilbehandlungen sowie einen täglichen Beitrag an die Kosten der Pflege übernehmen. Da, im Gegensatz zu den Spitalsteuern, die Kurkosten von einer Badekuranstalt zu einer andern ziemlich gleichförmig sind, kann man sich hier mit der Festsetzung eines Beitrages an die Kurkosten als Pflichtleistung begnügen, durch den die erwähnten Leistungen gedeckt werden. Die Festsetzung dieses Beitrages muss Sache des Bundesrates sein, damit der Beitrag an die jeweiligen Verhältnisse angepasst werden kann.

dd. Mit diesen Grundsätzen glauben wir eine Regelung der Wahl der Heilanstalten und der Badekuranstalten vorzuschlagen, die sowohl dem Interesse der Versicherten Rechnung trägt, nicht eine bestimmte Heil- oder Badekuranstalt aufsuchen zu müssen als auch verhindert, dass die finanzielle Belastung der Kassen zu hoch wird, und die schliesslich auch die Wünsche der betroffenen Anstalten angemessen berücksichtigt. Der Verband Schweizerischer Krankenanstalten und die Kassen haben diesen Grundsätzen zugestimmt.

c. Die Leistungsdauer

Nach dem geltenden Gesetz haben die Kassen die Krankenpflegeleistungen für eine oder mehrere Krankheiten während mindestens 180 Tagen im Lauf von 360 aufeinanderfolgenden Tagen auszurichten. Sofern sie einen Teil der Kosten ihren Mitgliedern auferlegen, haben sie die Leistungen während mindestens 270 Tagen im Lauf von 360 aufeinanderfolgenden Tagen zu übernehmen. Die meisten Kassen sehen aber in ihren Statuten bedeutend höhere Leistungsdauern vor.

Heute stehen schon zwei Drittel aller Pflegeversicherten im Genuss der unbeschränkten Leistungsdauer für ambulante Behandlung. Es sind vor allem kleinere und mittlere Kassen, die diese Bezugsdauer noch nicht eingeführt, sondern meistens eine Dauer von 360 Tagen innerhalb von 540 aufeinanderfolgenden Tagen festgelegt haben. Wir liessen Untersuchungen darüber anstellen, wie sich für diese Kassen die unbeschränkte Bezugsdauer für ambulante Behandlung auswirken würde. Als wichtigstes Ergebnis hat sich dabei herausgestellt, dass die finanzielle Mehrbelastung innerhalb bescheidener Grenzen bleibt. Der Übergang von der beschränkten Bezugsdauer von 360 innerhalb 540 aufeinanderfolgenden Tagen zur unbeschränkten Bezugsdauer für ambulante Behandlung, hat nämlich nur eine Mehrbelastung von 1 bis 2 Prozent der Kosten zur Folge. Es darf jedoch bei der Würdigung dieses Resultats nicht übersehen werden, dass die Zahlen auf einem relativ grossen Versichertenbestand beruhen. Da aber kleinere Kassen auf dem Wege der Rückversicherung von ähnlich günstigen Verhältnissen profitieren können, kann nach unserer Auffassung auch ihnen die Einführung der unbeschränkten Leistungsdauer zugemutet werden. Deshalb soll die unbeschränkte Bezugsdauer für ambulante Behandlung als Pflichtleistung vorgeschrieben werden. Auf diese Weise wird bei ambulanter Behandlung ein umfassender Versicherungsschutz bestehen, womit das Postulat der allgemeinen Berücksichtigung der langdauernden Krankheiten in einem wesentlichen Punkt erfüllt wird.

Bei langdauernden Krankheiten und insbesondere auch für die invaliden Kassenmitglieder, würde ein maximaler Versicherungsschutz dann erreicht, wenn nicht nur für die ambulante Behandlung, sondern auch für die Behandlung in einer Heilanstalt die unbeschränkte Leistungsdauer vorgeschrieben werden könnte. Hier liegen nun aber die kostenmässigen Verhältnisse keineswegs so günstig wie bei der ambulanten Behandlung. Die Krankheitsanfälligkeit steigt bekanntlich mit zunehmendem Alter an, wobei die Zunahme in den höheren Altersstufen (etwa 60 und mehr Jahre) besonders ausgeprägt ist und dort vermehrt zu Aufhalten in der Heilanstalt führt. Die unbeschränkte Leistungsdauer bei Aufenthalt in einer Heilanstalt wäre deshalb, insbesondere wegen der starken Belastung durch die älteren Versicherten, für die Kassen finanziell nicht tragbar. Wir schlagen jedoch vor, die Mindestleistungsdauer für Aufenthalt in der Heilanstalt auf 720 Tage innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen zu verlängern. Das bedeutet in den meisten Krankheitsfällen einen ausreichenden Versicherungsschutz. Zudem ist festzustellen, dass heute schon beinahe die Hälfte der für Krankenpflege Versicherten Kassen mit dieser Leistungsdauer angehören. Für die Versicherten in den übrigen Kassen stellt diese Bezugsdauer einen wesentlichen Fortschritt dar. Soweit nötig, können sich die Kassen den erforderlichen Risikoausgleich auch hier auf dem Weg der Rückversicherung verschaffen (vgl. E, III hiernach).

Mit der neuen Mindestdauer kann allerdings nicht ganz vermieden werden, dass Fälle langdauernder Krankheiten zur Erschöpfung der Leistungsdauer führen. Wie die Erfahrung zeigt, werden aber diese Fälle selten sein.

2. Die Leistungen der Krankengeldversicherung

Gemäss der bisherigen Regelung beträgt das tägliche Mindestkrankengeld einen Franken. Dieser Mindestansatz ist in Anbetracht der seit 1911 eingetretenen Geldentwertung nicht mehr gerechtfertigt und bedarf einer angemessenen Erhöhung. Die Frauenverbände beantragen, den Minimalansatz auf mindestens 2,50 bis 3 Franken festzusetzen. Mit Rücksicht auf die Kassen in ländlichen Gegenden und in Berggebieten möchten wir nicht so weit gehen und beantragen, das Minimum auf 2 Franken festzusetzen. Diesen Ansatz unterstützen u. a. die Kassenverbände, die Angestelltenverbände sowie einige Kantone.

Viele Kassen öffnen heute den Frauen nur die unteren Krankengeldklassen. Diese Praxis wird jedoch den Fällen nicht gerecht, wo ein Bedürfnis nach Höherversicherung besteht und eine solche Höherversicherung das Verbot der Überversicherung (Artikel 26 KUVG) nicht verletzt. Es werden dadurch vor allem die erwerbstätigen Frauen benachteiligt. Diese müssen sich, um genügend versichert zu sein, oft bei einer zweiten Kasse zusätzlich für Krankengeld versichern. Wir sind der Auffassung, dass auch den erwerbstätigen Frauen ermöglicht werden muss, sich bei einer einzigen Kasse ausreichend zu versichern. Daher sehen wir vor, dass die Bedingungen für die Einreihung in Krankengeldklassen für Erwerbstätige nicht nach dem Geschlecht verschieden sein dürfen. Für diese Regelung treten u. a. die Frauenverbände und die Gewerkschaften ein.

Die Mindestleistungsdauer der Krankengeldversicherung betrug bisher 180 Tage innerhalb von 360 aufeinanderfolgenden Tagen. Die meisten Kassen kennen jedoch heute schon eine Dauer von 360/540 oder sogar von 720/900 Tagen. In den Grundsätzen war eine Leistungsdauer von 360 im Laufe von 540 aufeinanderfolgenden Tagen vorgesehen mit der Ergänzung, dass das Krankengeld nach Erschöpfung dieser Leistungsdauer unter bestimmten Bedingungen noch bis zum Beginn des Anspruchs auf eine Rente der IV auszurichten sei. Die Tendenz in den Vernehmlassungen zielt jedoch weniger auf einen solchen lückenlosen Anschluss des Krankengeldes an die Rente der IV ab, sondern geht eher in der Richtung einer allgemeinen Verlängerung der Leistungsdauern. Wir sind deshalb der Auffassung, dass die Mindestdauer wie in der Krankenpflegeversicherung bei Aufenthalt in einer Heilanstalt für das Krankengeld auf 720 Tage innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen festzusetzen sei. Diese Lösung hat den Vorteil, dass die Verlängerung der Leistungsdauer vor allem auch den langdauernd Kranken zugute kommt, die nicht Rentner der IV sind, und die deshalb von der in den Grundsätzen vorgesehenen Regelung nicht profitiert hätten. Zudem wird es bei dieser langen Dauer nur noch in vereinzelten Fällen vorkommen, dass die Krankengeldleistungen erschöpft sind, bevor die Rente der IV einsetzt, so dass der Anschluss des Krankengeldes an die Rente der IV praktisch besteht. Kleinere Kassen werden sich nötigenfalls rückversichern müssen, worüber unter E, III hiernach nähere Ausführungen gemacht werden.

3. Die Leistungen bei Erkrankung an Tuberkulose

a. Wie ausgeführt wurde, besteht heute in der Form der Tuberkuloseversicherung eine besondere Versicherung mit speziellen Leistungen bei Erkrankung

an Tuberkulose. Ihre Einführung ist den Kassen freigestellt. Kassen ohne Tuberkuloseversicherung haben ihren Versicherten, die an Tuberkulose erkranken, die gleichen Leistungen wie für andere Krankheiten zu gewähren.

b. In der Tuberkuloseversicherung werden als Pflegeleistungen heute Leistungen bei ambulanter Behandlung und solche bei Aufenthalt in einer Tuberkuloseheilanstalt gewährt. Die Leistungen bei ambulanter Behandlung sind im Prinzip die gleichen wie für andere Krankheiten. Bei Aufenthalt des Versicherten in einer Tuberkuloseheilanstalt dagegen haben die Kassen einen täglichen Mindestkurbeitrag zu bezahlen. Dazu kommen Beiträge an speziell kostspielige Massnahmen. Es sind dies Beiträge an die Kosten grösserer Operationen, an Behandlungen mit besonders teuren, spezifischen Medikamenten und an die Kosten der Röntgenuntersuchungen.

In der Krankengeldversicherung haben die Kassen im Rahmen der Tuberkuloseversicherung wenigstens das versicherte Taggeld der ordentlichen Krankenversicherung auszurichten.

Diese Leistungen müssen heute sowohl in der Krankenpflege- als auch in der Krankengeldversicherung während mindestens 1800 Tagen im Lauf von sieben aufeinanderfolgenden Jahren gewährt werden.

c. Da der Artikel 15 des Tuberkulosegesetzes, der, wie im Ersten Teil, 3b erwähnt, die rechtliche Grundlage der Tuberkuloseversicherung bildet, ausdrücklich nur bis zur Revision der Krankenversicherung gilt, ist nunmehr der Augenblick gekommen, in welchem diese Versicherung in die ordentliche Krankenversicherung eingebaut werden muss. Dabei soll am Inhalt der Leistungen grundsätzlich nichts geändert werden. Die bisherige Regelung hat sich bewährt und sozialpolitisch gut ausgewirkt.

Dagegen ist es notwendig, auch für die Tuberkuloseleistungen in der ambulanten Behandlung die zeitlich unbeschränkte Leistungsdauer vorzusehen, nachdem den Kassen zur Pflicht gemacht wird, für die andern Krankheiten die Leistungen bei ambulanter Behandlung zeitlich unbeschränkt zu gewähren. Im Gegensatz dazu kann bei der Heilanstaltsbehandlung der Tuberkulose die bisherige Leistungsdauer von 1800 Tagen im Lauf von sieben Jahren beibehalten werden, da nach dem Gesetzesentwurf auch für die ordentlichen Leistungen die Bezugsdauer bei Behandlung in der Heilanstalt zeitlich begrenzt ist.

Im Hinblick darauf, dass heute bereits 97 Prozent aller Versicherten Kassen mit Tuberkuloseversicherung angehören, können diese Leistungen ohne weiteres für alle Kassen als Pflichtleistung erklärt werden.

4. Die Invaliden in der Krankenversicherung

a. In einem späteren Abschnitt wird von der Aufnahme der Invaliden in die Krankenversicherung zu reden sein. In diesem Abschnitt soll lediglich die Stellung der Invaliden innerhalb der Kassen behandelt werden.

Durch Artikel 83, Absatz 2 IVG wurde Artikel 13 KUVG durch einen neuen Absatz 5 ergänzt. Nach dieser Bestimmung dürfen die Kassen die Lei-

stungen nicht wegen Invalidität einstellen, bevor die im Gesetz festgelegte Mindestleistungsdauer erschöpft ist, was sie früher oft taten. Im Zug der vorliegenden Revision scheint es uns nun am Platz zu sein, zugunsten der Invaliden noch einen Schritt weiter zu gehen und allgemein vorzuschreiben, dass invalide Versicherte nicht ungünstiger als andere Versicherte behandelt werden dürfen. Das bedeutet vor allem, dass die Statuten keinen Unterschied bezüglich des Umfanges der Leistungen und der Leistungsdauer zwischen invaliden Versicherten und andern Versicherten machen dürfen. Diese Verpflichtung darf den Kassen auferlegt werden, da, wie weiter unten darzulegen sein wird, die Bundesbeiträge so festgesetzt werden sollen, dass sie allfälligen zusätzlichen finanziellen Belastungen der Kassen Rechnung tragen werden.

b. Wie wir bei der Beratung der Invalidenversicherung zugesichert hatten, haben wir im Zusammenhang mit dem Problem der langdauernden Krankheiten auch die Frage der Krankenpflegeversicherung für die Rentner der IV, die bei den Krankenkassen versichert sind, geprüft. Die Ausdehnung der Leistungsdauer, die der vorliegende Gesetzesentwurf vorsieht, bedeutet in Verbindung mit der vorhin erwähnten Verpflichtung der Kassen, die Invaliden nicht ungünstiger zu behandeln als andere Versicherte, bereits eine wesentliche Massnahme zugunsten der Invaliden im allgemeinen. Verschiedentlich wurde angeregt, es dabei bewenden zu lassen und auf eine besondere Regelung für die Rentner der IV zu verzichten, da deren wirtschaftliche Lage nicht unbedingt schlechter als diejenige anderer versicherter Invaliden sei. Mit Rücksicht auf die in der Bundesversammlung geäusserten Wünsche sind wir jedoch der Auffassung, dass für die Rentner der IV eine besondere Regelung zu treffen ist.

In den Grundsätzen war vorgesehen, dass die Kassen für die Krankenpflegeversicherung der Rentner der IV eine Sonderabteilung einführen könnten. Die Versicherten wären dann für die Zeit, da sie eine Rente der IV beziehen, in diese Sonderabteilung versetzt worden. Sie hätten dort die gleichen Leistungen erhalten, die die Statuten für die ordentlichen Versicherten vorsehen, jedoch ohne Anrechnung auf die Leistungsdauer. Ebenfalls wären Versicherungsvorbehalte in dieser Abteilung unwirksam gewesen. Für die dieser Abteilung angehörenden Versicherten waren besondere Bundesbeiträge vorgesehen.

Diese Regelung begegnete jedoch in den Vernehmlassungen zahlreichen Einwänden. Man warf ihr vor allem vor, dass sie zu kompliziert sei und dass ihre Einführung den Kassen freistehe. Andererseits wurde auch geltend gemacht, dass die minderjährigen Invaliden, die keine Rente der IV erhalten können, ebenfalls in den Genuss einer besonderen Regelung kommen sollten.

Um diesen Einwänden Rechnung zu tragen, haben wir im Gesetzesentwurf die Sonderabteilung als solche fallengelassen. Wir sehen dagegen vor, dass die Leistungen der Krankenpflegeversicherung bei Aufenthalt in einer Heilanstalt nicht auf die Leistungsdauer angerechnet werden dürfen, solange der Versicherte eine Rente der IV bezieht. Für die minderjährigen Versicherten, die keine IV-Renten beziehen, soll die gleiche Regelung gelten, solange diese Versicherten nach einem Heilanstaltsaufenthalt von 360 aufeinanderfolgenden Tagen sich

weiterhin ununterbrochen in einer Heilanstalt **aufhalten**. Diese Leistungsdauer wurde gewählt in Analogie zu derjenigen des Artikels 29 IVG, wonach der Rentenanspruch auch entsteht, wenn der Versicherte während 360 Tagen ununterbrochen voll arbeitsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte erwerbsunfähig ist.

Bei dieser Regelung ist in Betracht zu ziehen, dass die ambulante Behandlung gemäss dem unter Buchstabe *a* Gesagten auch Invaliden unbeschränkt zu gewähren ist. Damit wird für die Invaliden eine Lösung geschaffen, die der in den Grundsätzen vorgeschlagenen Sonderabteilung ebenbürtig ist, im Gegensatz zu dieser jedoch den Vorteil hat, dass sie in Pflichtleistungen der Kassen besteht. Auch kleinen Kassen können diese Leistungen zugemutet werden, da sie ohne weiteres die Möglichkeit haben, durch ihre Rückversicherungsverbände den nötigen Risikoausgleich zu schaffen (vgl. E, III hiernach).

Es sei noch darauf hingewiesen, dass die Grundperiode von 900 aufeinanderfolgenden Tagen der vorgeschlagenen Mindestbezugsdauer auch während der Nichtanrechenbarkeit weiterrollt, so dass die früheren Bezugstage nach und nach aus der Grundperiode herausfallen. Mit andern Worten: Je länger die Nichtanrechenbarkeit dauert, desto kleiner wird die Zahl der beim Dahinfallen des Anrechnungsverbotes anrechenbaren früheren Bezugstage, so dass der Versicherte spätestens nach 900 Tagen wieder in den Genuss einer unbelasteten Leistungsdauer von 720 Tagen innerhalb 900 aufeinanderfolgenden Tagen gelangt.

Den Kassen soll die Durchführung dieser Regelung durch besondere Bundesbeiträge erleichtert werden, wobei wir beabsichtigen, den Bundesbeitrag, der in der Sonderabteilung gemäss den Grundsätzen für die ambulante Behandlung vorgesehen war, auf die Kopfbeiträge der Krankenpflegeversicherung umzulegen. Für Einzelheiten sei auf die Ausführungen unter C, II, 4, *a* und *e* verwiesen.

5. Die Leistungen bei Mutterschaft

a. Wie bereits in der Einleitung ausgeführt wurde, muss zurzeit von der Einführung eines Bundesobligatoriums der Mutterschaftsversicherung abgesehen werden. Um den Begehren betreffend der freiwilligen Versicherung möglichst Rechnung zu tragen, sind jedoch im Zuge des Ausbaues der gesetzlichen Mindestleistungen auch die bisherigen Wochenbettleistungen auf dem Gebiet der Pflegeversicherung auszubauen. Wir haben uns im Gesetzesentwurf im wesentlichen an die im Vorentwurf 1954 enthaltenen Mindestleistungen gehalten. Dagegen sehen wir die Ausrichtung eines Barbeitrages an die allgemeinen Wochenbettkosten nicht vor, da eine solche Leistung ihrem Wesen nach in den Rahmen einer eigentlichen Mutterschaftsversicherung gehört. Der Versicherungsschutz wird bei Entbindung zu Hause und bei Entbindung in der Krankenanstalt möglichst gleichwertig ausgestaltet, damit nicht die freie Wahl der Versicherten zwischen den beiden Möglichkeiten durch finanzielle Erwägungen beeinträchtigt wird.

aa. Nach dem geltenden Recht haben die Kassen im Falle der Niederkunft ärztliche Behandlung und Arznei zu gewähren, nicht aber die Geburtshilfe durch

die Hebamme. Zahlreiche Kassen bezahlen indessen freiwillig die Hebammenkosten, häufig jedoch nur dann, wenn nicht gleichzeitig eine ärztliche Behandlung stattgefunden hat. Bei der Hausentbindung ist aber die Mitwirkung einer Hebamme unerlässlich. Andererseits muss die Versicherte, wenn sie es wünscht, einen Arzt zur Entbindung beiziehen können. Der Entwurf sieht daher vor, dass die Kassen bei Entbindung zu Hause ausser den Krankenpflegeleistungen sowohl die Geburtshilfe durch die Hebamme als auch diejenige durch den Arzt zu gewähren haben. Zu der Geburtshilfe durch die Hebamme ist auch das hiefür benötigte Material zu zählen.

bb. Bei Entbindung in der Heilanstalt haben die Kassen nach dem Entwurf ausser den Krankenpflegeleistungen einen durch den Bundesrat festzusetzenden Beitrag an eine allfällige Entbindungstaxe der Heilanstalt zu übernehmen, der gewissermassen das Gegenstück zu der im Falle der Hausgeburt zu gewährenden Geburtshilfe durch die Hebamme darstellt.

Um den besonderen Bedingungen der Entbindung in der Heilanstalt Rechnung zu tragen, wurde in den Grundsätzen ferner ein Beitrag an die Kosten der Pflege des Kindes vorgesehen, und zwar solange es sich mit der Mutter in der Heilanstalt aufhält. Von den Frauenverbänden wurde beantragt, sowohl bei Entbindung zu Hause als auch bei Entbindung in der Heilanstalt die ärztliche Behandlung des Kindes in die Wochenbettleistungen einzuschliessen, wenn das Kind sofort nach der Geburt der Behandlung in der Heilanstalt bedarf. In ähnlicher Richtung äusserte sich auch das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen. Demgegenüber wurden von anderer Seite Leistungen für das Kind mit der Begründung abgelehnt, dass dieses selber nicht versichert sei. Wir sind indessen der Auffassung, dass sich im Rahmen der Leistungen bei Mutterschaft auch Leistungen für das Kind rechtfertigen lassen, soweit sie Kosten betreffen, die mit der Geburt zusammenhängen. Das trifft bei den obenerwähnten Leistungen zu, weshalb wir dem Antrag der Frauenverbände zustimmen. Demgemäss sehen wir zunächst einen Beitrag an die Kosten der Pflege des Kindes für die Zeit vor, während der es sich mit der Mutter in der Heilanstalt aufhält. In denjenigen Fällen, in denen das Kind sofort nach der Geburt der ärztlichen Behandlung in einer Heilanstalt bedarf, soll ein Beitrag an die Kosten für Pflege und Behandlung des Kindes ausgerichtet werden, der ohne Rücksicht darauf zu gewähren ist, ob die Entbindung zu Hause oder in der Heilanstalt stattgefunden hat. Dieser tritt allenfalls an die Stelle des vorerwähnten Pflegebeitrages. Selbstverständlich fällt er dahin, wenn das Kind wegen eines Geburtsgebrechens zu Lasten der IV behandelt wird. Der Beitrag ist solange zu gewähren, als das Kind der ärztlichen Behandlung bedarf, längstens jedoch bis zum Ablauf der für die Leistungen bei Mutterschaft vorgesehenen Dauer (vgl. *lit. d* hienach). Eine weitergehende Dauer würde den Rahmen der Leistungen bei Mutterschaft sprengen.

cc. Um Komplikationen vorzubeugen ist es wichtig, dass die Versicherte im Falle der Mutterschaft innerhalb bestimmter Grenzen die Möglichkeit hat, den Arzt zu konsultieren, auch wenn sie keine Beschwerden hat. Als Pflegelei-

stungen bei Mutterschaft sind deshalb auch 4 Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und eine Kontrolluntersuchung innerhalb von 10 Wochen nach der Niederkunft vorgesehen.

b. Was die Geldleistung anbelangt, ist hervorzuheben, dass in verschiedenen Vernehmlassungen der Wunsch ausgesprochen wurde, dass den versicherten Wöchnerinnen eine besondere Erwerbsausfallentschädigung ausgerichtet werde. Dieses Problem kann jedoch nicht im Rahmen der vorliegenden Revision der Krankenversicherung gelöst werden, sondern gehört in eine Mutterschaftsversicherung. Immerhin ist zu beachten, dass die Krankengeldleistungen auch bei Niederkunft ausgerichtet werden. Die erwerbstätigen Frauen haben somit die Möglichkeit, sich einen Versicherungsschutz für den Fall der Mutterschaft zu verschaffen, indem sie sich für ein genügend hohes Krankengeld versichern. Durch zahlreiche Gesamtarbeitsverträge wurden Krankengeldversicherungen obligatorisch erklärt: die diesen Regelungen unterstellten Arbeitnehmerinnen erhalten das Krankengeld auch bei einer Geburt.

Um die Stellung der Frauen in der Krankengeldversicherung zu verbessern, wird im Entwurf, wie unter Ziffer 2 hievor ausgeführt wurde, vorgesehen, dass für Erwerbstätige die Bedingungen für die Einreihung in Krankengeldklassen nicht nach Geschlecht verschieden sein dürfen.

Ferner schlagen wir im Rahmen der Leistungen bei Mutterschaft eine weitere Schutzbestimmung für erwerbstätige weibliche Versicherte vor, welche die Weitergewährung des Taggeldes bei Aufgabe der Erwerbstätigkeit infolge Schwangerschaft betrifft. Das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen und der Christlichnationalen Gewerkschaftsbund der Schweiz bezeichneten es in ihren Vernehmlassungen als sozialpolitisch untragbar, dass es Kassen gebe, die eine Versicherte, welche wegen einer bevorstehenden Niederkunft die Stelle aufgibt, unverzüglich in eine niedrigere Taggeldklasse versetzen. Diese Versicherten hätten oft jahrelang Beiträge für ein verhältnismässig hohes Taggeld entrichtet. Die beiden Verbände schlagen deshalb vor, im Gesetz ausdrücklich zu bestimmen, dass eine Versicherte, die ihre Erwerbstätigkeit nicht länger als vier Wochen vor der Niederkunft aufgibt, erst nach Ablauf der gesetzlichen Dauer für die Leistungen bei Mutterschaft in eine niedrigere Taggeldklasse versetzt werden dürfe. Wir sind der Auffassung, dass diese Begünstigung der Schwangeren und Wöchnerinnen ins Gesetz aufgenommen werden sollte. Die Bestimmungen über das Verbot der Überversicherung sollen daher gemäss dem Entwurf für Versicherte, die noch bis zu vier Wochen vor der Niederkunft gearbeitet haben, nicht gelten. Das Taggeld, für das sie versichert waren, solange sie noch arbeiteten, ist ihnen darnach während der ganzen Dauer des Anspruchs auf Wochenbettleistungen auszurichten, wie wenn sie durch die Niederkunft einen tatsächlichen Erwerbsausfall erlitten hätten.

c. Das Stillgeld hat den Zweck, die versicherten Frauen zum Stillen zu ermuntern. Es wird nach dem geltenden Recht nicht nur den für Krankenpflege versicherten Frauen, sondern auch den nur für Krankengeld versicherten gewährt. In den Grundsätzen zur Revision wurde das Stillgeld nur noch als Be-

standteil der Pflegeleistungen vorgesehen. Dies hätte eine einfache Kontrolle erlaubt, da die Versicherung für Krankenpflege grundsätzlich nur bei einer Kasse möglich ist. Eine Reihe von Vernehmlassungen sprach sich jedoch für die Beibehaltung des Stillgeldes auch für die für Krankengeld allein versicherten Frauen aus, so u. a. die Frauenverbände, die Ärzte und verschiedene Arbeitnehmerverbände. Wir können uns dieser Auffassung anschliessen, so dass der Entwurf die geltende Lösung übernimmt.

Was die Höhe des Stillgeldes anbelangt, so sieht das geltende Recht für zehnwöchiges Stillen ein Stillgeld von 20 Franken vor. In den Vernehmlassungen wurden 40 oder 50 Franken als Grundbetrag für zehnwöchiges Stillen und zum Teil darüber hinaus Zuschläge von 15 bis 20 Franken für 4 oder 5 weitere Wochen vorgeschlagen. Auch wurde beantragt, bei Mehrlingsgeburten das Stillgeld mehrfach auszurichten. Im Sinne einer Mittellösung sehen wir von einer Staffelfung ab und schlagen ein Stillgeld von 50 Franken für eine Stilldauer von mindestens 10 Wochen vor.

d. Die geltende Leistungsdauer für die Wochenbettleistungen erstreckt sich auf sechs Wochen nach der Niederkunft. Der Vorentwurf 1954 sah eine Leistungsdauer von 2 Wochen vor und 6 Wochen nach der Niederkunft vor. Sie wird auch vom Schweizerischen Betriebskrankenkassenverband und von den Ärzten vorgeschlagen. In den Grundsätzen zur Revision war eine Dauer von 2 Wochen vor und 8 Wochen nach der Niederkunft vorgesehen. Demgegenüber erklärten die Frauenverbände, die eine Gesamtdauer von 10 Wochen begrüssen, dass eine starre Aufteilung der Dauer vor und nach der Geburt unzweckmässig wäre. Es sei in der Regel unmöglich, den Tag der Geburt zum voraus einigermaßen genau zu bestimmen. Dadurch können Versicherte eines Teiles ihrer Ansprüche verlustig gehen. Zudem gebe es Versicherte, denen nach ihrem individuellen Befinden eine längere Schonzeit vor der Geburt, andern jedoch eine solche nach der Geburt besser dienen würde. Pro Familia und die Schweizerische Familienschutzkommission beantragten unter Hinweis auf die Mindestnormen der sozialen Sicherheit eine Leistungsdauer von mindestens 12 Wochen, wovon in der Regel 10 nach der Niederkunft zu liegen hätten.

Auch hier glauben wir einen Mittelweg vorschlagen zu sollen, der nach dem Entwurf in einer Gesamtdauer von 10 Wochen besteht, wovon mindestens 6 Wochen nach der Niederkunft liegen müssen. Mit dem Minimum von sechs Wochen nach der Geburt befinden wir uns in Übereinstimmung mit Artikel 33, Absatz 2 des Entwurfes zum Arbeitsgesetz, wonach der Arbeitgeber das Arbeitsverbot der Wöchnerin auf deren Verlangen bis auf sechs Wochen verkürzen darf. Mit dem Rest von 4 Wochen, der sich beliebig auf die Zeit vor oder nach der Niederkunft aufteilen lässt, kann den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung getragen werden.

II. Erleichterung der Aufnahme in die Krankenversicherung

1. Das geltende Gesetz gibt dem Schweizerbürger das Recht, in eine Kasse einzutreten, wenn er deren statutarischen Aufnahmebedingungen erfüllt (Arti-

kel 5 KUVG). Da die Kassen sich, soweit das Gesetz keine entgegenstehenden Vorschriften enthält, nach Gutfinden einrichten können, steht es ihnen frei, die Aufnahme davon abhängig zu machen, dass der Bewerber gesund ist. Viele Kassen lehnen daher die Aufnahme von Personen, deren Gesundheitszustand nach ihrem Dafürhalten ein zu grosses Risiko darstellen würde, rundweg ab.

Häufig sehen jedoch die Kassen in ihren Statuten, je nach den Umständen, eine weniger weitgehende Regelung in dem Sinne vor, dass Bewerber, die nicht vollständig gesund sind, trotzdem aufgenommen werden, wobei aber bestimmte Krankheiten von der Versicherung ausgeschlossen werden. In der Praxis haben wir den Kassen diese sogenannte «Aufnahme unter Vorbehalt» empfohlen, da sie für den Aufnahmebewerber gunstiger als die völlige Abweisung seines Aufnahmegesuches ist. In verschiedenen Entscheiden wurde aber festgehalten, dass nur solche Krankheiten unter Vorbehalt gestellt werden dürfen, die im Zeitpunkt der Aufnahme tatsächlich als bestehend festgestellt wurden. Dagegen ist ein Vorbehalt nicht zulässig für früher bestandene Krankheiten, blosse Krankheitsanlagen oder Krankheitsfolgen. Andererseits kann während der Mitgliedschaft kein Vorbehalt angebracht werden, ausser für die höheren Leistungen im Falle einer Höherversicherung.

Bezüglich der Dauer der Vorbehalte sehen die meisten Kassen vor, dass der Versicherte nach Ablauf einer bestimmten Zeit auf Grund eines Arztzeugnisses die Aufhebung des Vorbehaltes verlangen kann. Ohne ein entsprechendes Begehren des Versicherten bleibt der Vorbehalt weiterbestehen. Bei einem neuen Ausbruch der vorbehaltenen Krankheit vor Aufhebung des Vorbehaltes beginnt die Vorbehaltsfrist vom letzten Tag dieser Krankheit an neu zu laufen. Einige Kassen haben indessen eine elastischere Lösung eingeführt. So bestimmt eine grosse Kasse in ihren Statuten, dass der Vorbehalt nach 5 Jahren ohne weiteres dahinfällt.

2. Die oben erwähnte Regelung hat im Laufe der Jahre häufig zu Kritik Anlass gegeben. Es wurde als stossend empfunden, dass eine staatlich subventionierte Sozialversicherung nicht alle Aufnahmebewerber ohne Unterschied aufnehme. Andere Kritiker, die die Notwendigkeit von Vorbehalten in der freiwilligen Versicherung anerkannten, waren der Auffassung, dass eine vollständige Verweigerung der Aufnahme aus gesundheitlichen Gründen sich in keiner Weise rechtfertigen lasse. Wieder andere verlangten, dass Vorbehalte nur für solche Krankheiten angebracht werden dürften, die eine Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen und dass sie nach Ablauf einer bestimmten Zeit ohne weiteres dahinzufallen hätten. Das in der Motion Ackermann gestellte Begehren, dass die jugendlichen Invaliden von den Kassen ohne Vorbehalt für ihre Invalidität aufzunehmen seien, gehört ebenfalls in diesen Zusammenhang.

Die Kassen und Kassenverbände ihrerseits widersetzen sich in ihren Vernehmlassungen zu den Grundsätzen einer allfälligen Verpflichtung, alle Aufnahmebewerber ohne Rücksicht auf den Gesundheitszustand aufzunehmen. Die gleiche Auffassung wird von verschiedenen Kantonen vertreten. Die Kassen machen geltend, dass eine solche Verpflichtung mit dem System der freiwilligen

Versicherung nicht vereinbar wäre. Sie verlangen zudem, dass Vorbehalte nicht nur für bestehende Krankheiten angebracht werden dürfen, sondern für «alle objektiv nachweisbar erhöhten Versicherungsrisiken». Schon früher war von den Kassen öfters darauf aufmerksam gemacht worden, dass es vorkommen könne, dass ein Bewerber, der früher an einer Krankheit wie z.B. Tuberkulose, Rheuma, Hautkrankheit usw. gelitten habe, im Zeitpunkt der Aufnahme gerade nicht krank sei, dass die Krankheit aber kurz nachher wieder ausbrechen könne. In solchen Fällen müsse wegen des erhöhten Risikos ein Vorbehalt angebracht werden können.

3. Im Hinblick auf die vorstehenden Ausführungen scheint es uns unerlässlich, eine Lösung zu suchen, die einerseits den Interessen der gesundheitlich geschädigten Aufnahmebewerber Rechnung trägt, anderseits aber auch berücksichtigt, dass man bei einer freiwilligen Versicherung sich nur für ein künftiges Ereignis, nicht aber gegen eine bereits eingetretene Schädigung, versichern kann. Wir sind der Auffassung, dass es sich verantworten lässt, die Kassen zu verpflichten, alle Aufnahmebewerber ohne Rücksicht auf ihren Gesundheitszustand aufzunehmen, sofern man ihnen erlaubt, die Leistungen für bestimmte, genau umschriebene Krankheiten auszuschliessen. Wir sehen daher vor, dass die Kassen keine Aufnahmebewerber aus gesundheitlichen Gründen zurückweisen dürfen. Das bedeutet einen beträchtlichen Fortschritt, der vor allem den Invaliden und den Personen mit schlechtem Gesundheitszustand zugute kommen wird.

Dagegen sollen die Kassen befugt sein, Vorbehalte nicht nur für bei der Aufnahme bestehende Krankheiten, sondern auch für frühere Erkrankungen anzubringen, wenn erfahrungsgemäss ein Rückfall möglich ist. Das bedeutet jedoch nicht, dass in Zukunft auch Krankheitsanlagen oder Krankheitsfolgen unter Vorbehalt gestellt werden dürfen. Ein Vorbehalt ist nach unserem Vorschlag nur für eine bestimmte, beim Eintritt bestehende Krankheit oder für eine frühere Krankheit, die ihrer besonderen Natur nach von neuem ausbrechen kann, zulässig.

Eine wichtige Neuerung besteht auch darin, dass wir die Tragweite des Vorbehaltes einschränken wollen, indem seine Dauer auf höchstens fünf Jahre beschränkt wird. Ein unter Vorbehalt aufgenommenes Mitglied kann nach dieser Regelung nicht mehr während seiner ganzen Mitgliedschaftsdauer im Leistungsanspruch für die vorbehaltene Krankheit eingestellt bleiben. Auch hierin liegt ein bedeutender Fortschritt.

Im Gegensatz zur bestehenden Praxis soll es den Kassen auch untersagt werden, beim Übergang von der Krankenpflegeversicherung für Kinder in die Erwachsenenabteilung neue Vorbehalte anzubringen.

4. In Abweichung von den Grundsätzen sehen wir im Entwurf keine Bestimmung vor, die der Motion Ackermann ausdrücklich Folge gibt. Es zeigte sich nämlich bei den Arbeiten für die Vorbereitung des Entwurfes, dass es kaum möglich ist, Vorbehalte für Invaliditätsgebrechen zu verbieten, wenn man aus den vorstehend dargelegten Gründen den Kassen im übrigen gestatten muss, Vorbehalte für Krankheiten ohne Rücksicht auf deren Schwere anzubringen.

Auch in verschiedenen Vernehmlassungen zu den Grundsätzen wurde darauf hingewiesen, dass es widerspruchsvoll sei, Vorbehalte zwar für leichte, dagegen nicht für schwere Gesundheitsschäden zuzulassen. Ferner ist zu berücksichtigen, dass es bei einem Kind oder Jugendlichen oft sehr schwer ist, eine Invalidität eindeutig festzustellen.

Das mit der Motion Ackermann angestrebte Ziel wird jedoch auch mit der von uns vorgeschlagenen Regelung weitgehend erreicht. Wie wir oben erwähnt haben, gewährleistet der Entwurf allen Aufnahmebewerbern die Aufnahme in eine Kasse ohne Rücksicht auf ihren Gesundheitszustand. Jugendliche Invalide dürfen daher von den Kassen nicht mehr zurückgewiesen werden. Doch können auch bei ihnen Vorbehalte wegen Invaliditätsgebrechen angebracht werden. Diese fallen indessen nach 5 Jahren dahin. Nach Ablauf dieser Frist erhalten die jugendlichen Invaliden die Kassenleistungen auch für die Invalidität, und zwar während der ganzen Mitgliedschaftsdauer, da nach dem Entwurf beim Übertritt von der Kinder- bzw. Jugendlichenversicherung zur Erwachsenenversicherung keine neuen Vorbehalte mehr angebracht werden dürfen. Ausserdem haben wir am 5. Januar 1961 eine Verordnung über Geburtsgebrechen erlassen, die eine Liste aller Geburtsgebrechen enthält, für die die IV gemäss Artikel 13 IVG die Behandlungskosten voll übernimmt. Da diese Liste sehr umfangreich ist, wird einem grossen Teil der jugendlichen Invaliden die Behandlung der Invaliditätsgebrechen von der IV gewährt, so dass allfällige Vorbehalte der Kassen bedeutungslos sind.

Mit diesen Bestimmungen über die Geburtsgebrechen in der IV und der vorgeschlagenen Regelung des Vorbehalts in der Krankenversicherung wird die Motion Ackermann im Rahmen des Möglichen verwirklicht.

III. Die Verbesserung der Freizügigkeit

Das KUVG enthält in den Artikeln 7 bis 10 eine verhältnismässig umfassende Regelung der Freizügigkeit.

Der Anspruch auf Freizügigkeit besteht darin, dass die Versicherten einer Kasse unter bestimmten Voraussetzungen das Übertrittsrecht zu einer andern Kasse haben, ohne dass sie eine Karenzzeit zurücklegen, ein Eintrittsgeld entrichten oder die Aufnahmebedingungen der neuen Kasse betreffend Gesundheitszustand und Höchstalter erfüllen müssen.

Die Praxis hat gezeigt, dass die geltende Regelung den heutigen Verhältnissen nicht mehr entspricht. Sie ist in folgenden Punkten zu verbessern:

1. Nach dem geltenden Recht steht der Anspruch auf Freizügigkeit jedem zu, der ohne eine Unterbrechung von mehr als drei Monaten während mindestens eines Jahres bei Kassen versichert gewesen ist. Bei Angehörigen von Berufen mit saisonbedingtem Anstellungswechsel hat sich diese Frist jedoch als zu lang erwiesen. Nach dem Entwurf soll der Anspruch auf Freizügigkeit deshalb schon entstehen, wenn der Versicherte ohne eine Unterbrechung von mehr als drei Monaten während wenigstens 6 Monaten Kassen angeschlossen war.

2. Nach KUVG entsteht heute der Anspruch auf Freizügigkeit, wenn der Versicherte statutengemäss infolge Wegzuges, Berufs- oder Anstellungsänderung aus seiner Kasse austreten muss oder wenn diese sich auflöst oder die Anerkennung verliert.

Ein Anspruch auf Freizügigkeit besteht also zurzeit grundsätzlich nur in Fällen, in denen der Versicherte gezwungen ist, aus seiner Kasse auszutreten. Eine Ausnahme besteht lediglich, wenn die Kasse die Anerkennung verliert; denn dann muss der Versicherte die Möglichkeit haben, die Versicherung bei einer anerkannten Kasse weiterzuführen.

Am Grundsatz, dass der freiwillige Austritt aus einer Kasse – mit Ausnahme des soeben erwähnten Falles – keinen Anspruch auf Freizügigkeit gibt, ist festzuhalten.

In vereinzelten Vernehmlassungen wird allerdings der Vorschlag gemacht, in gewissen Fällen die Freizügigkeit auch bei freiwilligem Austritt aus der Kasse zu gewähren, ohne dass diese Fälle jedoch näher umschrieben werden. Es darf indessen nicht übersehen werden, dass die einzelnen Kassen durch die Freizügigkeit stark belastet werden können, nämlich dann, wenn sich bei ihnen vor allem Personen mit erhöhtem Krankheitsrisiko zum Übertritt melden. Der Anspruch auf Freizügigkeit kann deshalb grundsätzlich nur in Fällen gewährt werden, in denen der Versicherte gezwungen ist, die Kasse zu wechseln.

Aus den gleichen Überlegungen müssen die Gründe, die Anspruch auf Freizügigkeit geben, die sogenannten Freizügigkeitsgründe, im Gesetz abschliessend aufgezählt werden, wie das gegenwärtig der Fall ist. Es sind jedoch weitere Freizügigkeitsgründe hinzuzufügen.

a. Eine Reihe von Kassen, namentlich solche der Westschweiz, nehmen nur Minderjährige (Kinder) auf. Diese haben nach geltendem Recht keinen Anspruch auf Freizügigkeit, wenn sie die Kasse wegen Erreichens des statutarischen Höchstalters verlassen müssen und laufen deshalb Gefahr, in diesem Zeitpunkt ihren Versicherungsschutz zu verlieren. Das gleiche gilt für (minder- und volljährige) Schüler, die aus einer Schüler-Krankenkasse austreten müssen, weil sie die betreffende Schule verlassen, sowie für Personen, die aus einer Berufsverbandskasse ausscheiden müssen, weil sie aus dem betreffenden Berufsverband austreten.

Es sind deshalb die Zurücklegung des statutarischen Höchstalters bei Kassen, die nur Minderjährige versichern, das Ausscheiden aus einer Schülerkasse infolge Austritts aus der Schule sowie das Ausscheiden aus einer Berufsverbandskasse infolge Austritts aus dem Berufsverband als neue Freizügigkeitsgründe vorzusehen.

b. Die schweizerische Krankenversicherung beruht auf dem Prinzip der Einzelversicherung, bei der jede Person nur für sich allein versichert ist, im Gegensatz zu der im Ausland üblichen Familienversicherung, bei der in die Versicherung gewisser Personen, z.B. der Arbeitnehmer, bestimmte Angehörige, vor allem der Ehegatte und die Kinder, eingeschlossen sind.

Bei uns nehmen eine Reihe von Betriebs-, Berufs- und Berufsverbandskassen indessen nicht nur Personen auf, die im Betrieb beschäftigt sind oder die den entsprechenden Beruf ausüben oder Mitglieder des betreffenden Berufsverbandes sind, sondern auch Angehörige von ihnen, in erster Linie den Ehegatten und die Kinder. Die Aufnahme dieser Angehörigen erfolgt jedoch nicht automatisch mit der Aufnahme der im Betrieb beschäftigten oder den betreffenden Beruf ausübenden Personen oder mit dem Mitglied des Berufsverbandes, sondern nur auf individuelles Beitritts-gesuch hin. Die Zugehörigkeit der erwähnten Personen zu der Kasse ist lediglich Voraussetzung dafür, dass Angehörige in die Kasse eintreten können. Auch bei diesen Kassen besteht somit keine Familienversicherung im Sinne der ausländischen Krankenversicherung.

Mit der Aufnahme von Angehörigen in die Kasse soll z.B. die Verbundenheit des Betriebes mit den Familien der Arbeitnehmer betont werden. Ferner soll der Familie ermöglicht werden, die Versicherung insgesamt bei der gleichen Kasse zu führen. Oft will damit auch die Möglichkeit geschaffen werden, die Mitgliederbeiträge nach Grundsätzen des Familienschutzes abzustufen. Zurzeit bestehen solche Versicherungen in 38 Betriebs-, Berufs- oder Verbandskassen, in denen rund 260 000 Erwachsene und 45 000 Kinder versichert sind. Daneben gibt es bei andern Kassen eine Reihe von Kollektivversicherungen, die nach den gleichen Grundsätzen durchgeführt werden. Es besteht eine zunehmende Tendenz auf Einführung derartiger «Familienversicherungen».

Diese Versicherung leidet aber nach geltendem Recht an dem Mangel, dass die Familienangehörigen, die in die Kassen aufgenommen werden, in der Regel keinen oder nur einen sehr beschränkten Anspruch auf Freizügigkeit haben. Muss z.B. ein Versicherter wegen Anstellungsänderung aus der Kasse austreten, so hat zwar er selber Anspruch auf Freizügigkeit, weil bei ihm der Freizügigkeitsgrund der Anstellungsänderung zutrifft, doch steht seinen Angehörigen dieser Anspruch nicht zu, weil bei ihnen die Voraussetzung der Anstellungsänderung nicht erfüllt ist. Ebenso haben Familienangehörige keinen Anspruch auf Freizügigkeit, wenn die Person, die für ihre Versicherung massgebend ist, in der Kasse bleibt, sie selber aber aus dieser austreten müssen, weil sie eine Erwerbstätigkeit aufnehmen, die mit dem betreffenden Betrieb, Beruf oder Berufsverband keine Beziehung hat, weil sie aus der Familiengemeinschaft ausscheiden (z.B. bei Ehegatten durch Scheidung, bei Töchtern durch Verheiratung) oder weil sie das Höchstalter zurücklegen, bis zu welchem die betreffende Kasse die in Frage kommenden Kinder versichert.

Diese Lücke muss geschlossen werden. Familienangehörigen ist Anspruch auf Freizügigkeit zu geben, wenn sie aus einer Betriebs-, Berufs- oder Berufsverbandskasse austreten müssen, weil der Versicherte, der für ihre Versicherung massgebend ist, aus der Kasse ausscheidet oder wenn sie die Kasse verlassen müssen, weil sie eine eigene Erwerbstätigkeit aufnehmen, aus der Familiengemeinschaft ausscheiden oder das Höchstalter der Kasse für Minderjährige zurücklegen.

c. Das geltende Recht enthält keine Bestimmung über die Kollektivversicherung. In Artikel 5^{bis} (neu) werden deshalb einige grundlegende Vorschriften über diese Versicherungsform aufgestellt, die in Abschnitt E, I näher erläutert werden. Absatz 4 dieses Artikels enthält eine Bestimmung für den Fall, dass Versicherte aus dem von einer Kollektivversicherung erfassten Personenkreis ausscheiden oder der Kollektivversicherungsvertrag dahinfällt. Danach haben solche Versicherte das Recht, in die Einzelversicherung der Kasse überzutreten, wenn sie sich dauernd in deren Tätigkeitsgebiet aufhalten oder dem Betrieb, Beruf oder Berufsverband angehören, auf den die Kasse ihre Tätigkeit beschränkt. Hinsichtlich der Versicherten dagegen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, kann die Kasse durch ihre Statuten vorsehen, dass diese aus ihr austreten müssen.

Selbstverständlich könnte man auch diesen Versicherten das Recht auf Übertritt in die Einzelversicherung geben. Es würde dies sogar der Praxis zum geltenden Recht entsprechen. Aber Versicherte, die nicht mehr im Tätigkeitsgebiet der Kasse wohnen, oder dem betreffenden Betrieb, Beruf oder Berufsverband angehören, haben in der Regel so wenige Beziehungen zu dieser Kasse, dass ihnen die Möglichkeit geboten werden muss, die Versicherung in einer Kasse fortzusetzen, die ihren Verhältnissen besser entspricht. Als weiterer Freizügigkeitsgrund ist deshalb der Fall vorzusehen, wo Versicherte aus einer Kollektivversicherung ausscheiden und keinen gesetzlichen Anspruch auf Übertritt in die Einzelversicherung dieser Kasse haben.

d. Eine Kasse kann sich nicht nur auflösen oder die Anerkennung verlieren, was, wie gesagt, nach geltendem Recht Freizügigkeitsgründe sind, sondern sie kann auch ihr Tätigkeitsgebiet einschränken. Dies geschieht gelegentlich dann, wenn eine Kasse aus einem bestimmten Gebiet keinen genügenden Zuwachs an Mitgliedern erhält. Den Versicherten, die auf diese Weise aus dem Tätigkeitsgebiet der Kasse herausgeraten, ist die Möglichkeit zu geben, auf dem Wege der Freizügigkeit in eine andere Kasse überzutreten.

3. Es kommt oft vor, dass Versicherten, die in einen Betrieb eintreten, durch Anstellungsbedingung der Beitritt zu einer bestimmten Kasse, sei es zur betreffenden Betriebskasse oder zu einer Kasse, mit welcher der Betrieb eine Kollektivversicherung abgeschlossen hat, vorgeschrieben wird. Zur Vermeidung einer Überversicherung oder einer zu grossen finanziellen Belastung bleibt solchen Versicherten in vielen Fällen nichts anderes übrig, als aus der bisherigen Kasse auszutreten. Diese Fälle geben deshalb zu Schwierigkeiten Anlass, weil die Betroffenen in der Regel bei der neuen Kasse die gesetzliche Karenzfrist von drei Monaten zu bestehen haben, während der sie von der neuen Kasse keine Leistungen erhalten. Verlassen sie mit dem Eintritt in die neue Kasse die bisherige, so haben sie während drei Monaten keinen Versicherungsschutz. Behalten sie die alte Versicherung während dieser Zeit bei, haben sie an zwei Kassen Beiträge zu bezahlen, aber in der Krankenpflegeversicherung nur gegenüber einer Kasse Anspruch auf Leistungen. Oft wird von solchen Versicherten von der

neuen Kasse auch ein Eintrittsgeld verlangt oder es werden Versicherungsvorbehalte angebracht.

In verschiedenen Vernehmlassungen wird deshalb verlangt, dass die übernehmende Kasse zu verpflichten sei, solche Personen ohne Karezzzeit, Eintrittsgeld und neue Vorbehalte aufzunehmen. Dieses Begehren ist gerechtfertigt. Es kann ihm am besten dadurch entsprochen werden, dass die übernehmende Kasse verpflichtet wird, die betreffenden Versicherten wie Züger zu behandeln.

4. Nach dem KUVG besteht der Anspruch auf Freizügigkeit für Versicherte einer Betriebskasse nur bis zu dem Zeitpunkt, da sie 5 Jahre dieser Kasse angehört haben. Scheiden sie nachher aus dem Betrieb aus, so haben sie, solange sie in der Schweiz wohnen, das Recht, bei der Betriebskasse zu bleiben, falls ihnen keine andere Kasse offensteht, deren allgemeine Aufnahmebedingungen sie erfüllen.

Diese Regelung hat sich in der Praxis als zu eng erwiesen. Auch den Angehörigen von Betriebskassen muss nach Möglichkeit der Anspruch auf Freizügigkeit gegeben werden, wenn sie aus dem Betrieb ausscheiden. Weil die Morbidität mit dem Alter steigt, muss aber anderseits vermieden werden, dass aus den Betriebskassen ausscheidende ältere Arbeitnehmer die offenen Kassen als Züger belasten. Dasselbe gilt für Frauen, die im Hinblick auf ihre kommende Mutterschaft aus einem Betrieb austreten.

Unter diesen Umständen ist eine Lösung zu suchen, die den verschiedenen Interessen angemessen Rechnung trägt.

Zunächst lässt es sich rechtfertigen, den Angehörigen von Betriebskassen die Freizügigkeit bis zum zurückgelegten 55. Altersjahr zu gewähren, weil die Morbidität bis zu diesem Alter nicht so stark steigt, dass den andern Kassen die Übernahme solcher Versicherter nicht zugemutet werden könnte. Zum Schutz der übernehmenden Kasse ist dieser Anspruch auf Freizügigkeit jedoch in doppelter Hinsicht einzuschränken.

Die erste Einschränkung betrifft den Gesundheitszustand. An der geltenden Regelung, wonach die Angehörigen von Betriebskassen das Recht auf Freizügigkeit ohne Rücksicht auf den Gesundheitszustand besitzen, solange sie der Kasse nicht länger als 5 Jahre angehört haben, ist festzuhalten. Für die Zeit nach Ablauf dieser Frist jedoch ist die Entstehung des Freizügigkeitsanspruches an die Voraussetzung zu knüpfen, dass der Versicherte nicht krank ist oder mit andern Worten: Die Entstehung des Anspruchs auf Freizügigkeit ist bis zur Wiedererlangung der Gesundheit hinauszuschieben. In diesem Zeitpunkt ist der Freizug zu gewähren, sofern der Versicherte nicht inzwischen das 55. Altersjahr zurückgelegt hat.

Die zweite Einschränkung betrifft den Fall der Schwangerschaft. Es kommt oft vor, dass Frauen im Hinblick auf eine kommende Mutterschaft oder während des Bezugs der Versicherungsleistungen für das Wochenbett aus dem Betrieb austreten. In diesen Fällen ist die Entstehung des Anspruchs auf Freizügigkeit bis zum Ablauf der Bezugsdauer für die Leistungen für das betreffende Wochenbett hinauszuschieben.

Als Ergänzung zu dieser Lösung muss den Versicherten, die nach der dargestellten Regelung keinen Anspruch auf Freizügigkeit haben, in Analogie zum geltenden Gesetz, das Recht gegeben werden, bei ihrer Kasse zu bleiben, wobei diese zu verpflichtet ist, die Versicherung im bisherigen Umfang aufrecht zu erhalten.

Im Anschluss an die vorangehenden Ausführungen über die Betriebskassen ist noch darauf hinzuweisen, dass vom Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen vorgeschlagen wurde, für die Berufsverbandskassen die gleiche Regelung vorzusehen. Diesem Vorschlag kann zugestimmt werden, weil bei den Berufsverbandskassen ähnliche Verhältnisse bestehen wie bei den Betriebskassen.

5. Der grösste Mangel des geltenden Freizügigkeitsrechts besteht darin, dass die Kassen berechtigt sind, die Züger ohne Rücksicht auf den Umfang der früheren Versicherung nur zu den gesetzlichen Mindestleistungen (z. B. zu einem Franken Krankengeld im Tag) zu versichern. Alte und kranke Züger laufen deshalb Gefahr, von der aufnehmenden Kasse auf die Mindestleistungen herabgesetzt zu werden und dadurch vielleicht eine bessere Versicherung zu verlieren, für die sie unter Umständen während langen Jahren Beiträge entrichtet haben. Es liegt auf der Hand, dass dadurch der Anspruch auf Freizügigkeit stark entwertet wird. Deshalb sind die übernehmenden Kassen zu verpflichten, den Züger im Rahmen der von ihnen gewährten Leistungen in dem Umfange zu versichern, in welchem er vorher versichert war.

6. Nach dem KUVG können die Kassen für einen Züger, der das statistische Höchsteintrittsalter der Kasse überschritten hat, den Mitgliederbeitrag nach Massgabe seines Übertrittsalters festlegen. Da die Morbidität hauptsächlich in den höheren Altersstufen mit zunehmendem Alter stark ansteigt, kann diese Regelung für den Züger zu einer grossen Härte führen, indem er u. U. eine wesentliche Erhöhung seines früheren Mitgliederbeitrages in Kauf nehmen muss. Diese Härte ist durch die Vorschrift zu mildern, dass bei der Festsetzung der Mitgliederbeiträge für Züger, welche das Höchsteintrittsalter der übernehmenden Kasse überschritten haben, das dem Höchsteintrittsalter folgende Altersjahr massgebend sein soll.

7. Heute besteht der Anspruch auf Freizügigkeit für Versicherte von Kassen, die nur Angehörige einer bestimmten Konfession oder politischen Partei in sich schliessen, nur gegenüber denjenigen Kassen, die die Mitgliedschaft von der Zugehörigkeit zu der gleichen Konfession oder der gleichen politischen Partei abhängig machen. In verschiedenen Eingaben wird angeregt, diese Einschränkung der Freizügigkeit aufzuheben, da sie nicht mehr zeitgemäss sei. In der Tat kann festgestellt werden, dass diese Bestimmung in der Praxis nicht angewendet wird. Sie kann deshalb fallengelassen werden. Es kann übrigens darauf hingewiesen werden, dass heute nur noch vereinzelt örtliche oder regionale Kassen bestehen, die rein konfessionellen oder politischen Charakter haben.

Aus dem gleichen Grund kann auch die Bestimmung fallengelassen werden, dass dem Mitglied einer konfessionellen oder politischen Kasse, das früher offenen Kassen angehört hat und das nun wieder zu einer offenen Kasse über-

treten will, die Zeit während der es Mitglied der konfessionellen oder politischen Kasse war, nicht auf die Frist für die Entstehung des Anspruchs auf Freizügigkeit (heute ein Jahr) angerechnet wird.

8. Den hievor dargestellten Verbesserungen des Freizügigkeitsrechts wird in den Vernehmlassungen im allgemeinen zugestimmt. Von Kassenverbänden ist allerdings vorgeschlagen worden, es sei ihnen zu überlassen, das Freizügigkeitsrecht für die ihnen angeschlossenen Kassen sowie durch Verträge unter sich zu verbessern, wie sie dies zum Teil schon jetzt getan hätten.

Solche statutarischen und vertraglichen Regelungen haben aber den Nachteil, dass sie nur für die Versicherten der Kasse der betreffenden Verbände gelten. Wenn im Gesetz ohnehin eine Regelung der Freizügigkeit enthalten ist, ist ferner nicht einzusehen, warum diese nicht umfassend sein soll. Die Kassen widersetzen sich der Verbesserung des gesetzlichen Freizügigkeitsrechtes trotz ihres vorhin erwähnten Vorschlages nicht, wünschen aber für diesen Fall selber, dass die Regelung umfassend gestaltet werde.

C. Die Aufwendungen der Versicherten und die Beiträge des Bundes

In der Reihenfolge der Revisionspunkte ist dem Ausbau der Versicherung die Neuordnung der Bundesbeiträge gegenüberzustellen. Wie in der Einleitung ausgeführt wurde, halten wir es im Hinblick auf diesen Revisionspunkt für notwendig, die Frage der Finanzierung der Krankenversicherung im ganzen zu überprüfen.

Der von uns beantragte Ausbau der Krankenversicherung hat eine Erhöhung der Versicherungskosten zur Folge. Auf das Ausmass dieser Erhöhung werden wir im Dritten Teil der Botschaft bei den finanziellen Auswirkungen der Revisionsvorlage zu sprechen kommen. Im vorliegenden Teil dagegen werden die Grundsätze der Finanzierung dargelegt.

Als Finanzierungsquellen stehen den Kassen die Aufwendungen der Versicherten, die Beiträge des Bundes sowie allenfalls solche von Kantonen, Gemeinden oder Arbeitgebern und schliesslich die übrigen Einnahmen (Zinsen usw.) zur Verfügung. Wie der Anhangtabelle 10 entnommen werden kann, werden rund vier Fünftel der Einnahmen von den Versicherten aufgebracht (Mitgliederbeiträge, Selbstbehalte usw.), während die Bundesbeiträge als zweitgrösster Posten noch rund ein Zehntel der Einnahmen ausmachen. Somit fliessen aus den beiden hauptsächlichsten Einnahmenquellen – nämlich den Aufwendungen der Versicherten einerseits und den Bundesbeiträgen anderseits – neun Zehntel der aufzubringenden Mittel.

Die Motion Gnägi fordert in ihrer Ziffer 2 die Anpassung der Bundesbeiträge an die heutigen Verhältnisse. Unsere Vorlage enthält ein Beitragsystem, bei welchem diese Beiträge im Durchschnitt sämtlicher Kassen von Jahr zu Jahr etwa den gleichen Anteil an den Versicherungskosten ausmachen. Die Kassen können demzufolge künftig den Anteil der Bundesbeiträge an den

aufzubringenden Mitteln ziemlich genau abschätzen und in ihren Finanzierungsplan einbeziehen.

Als Gegenstück dazu erachten wir es als unerlässlich, dass die bisherigen gesetzlichen Grundlagen, an die sich die Kassen bei der Festsetzung und Gestaltung der Mitgliederbeiträge und des Selbstbehaltes zu halten haben, in einigen Punkten ergänzt werden, so dass gesamthaft eine planmässige und ausreichende Finanzierung der Krankenversicherung gewährleistet ist.

Zunächst befassen wir uns unter Ziffer I mit den Aufwendungen der Versicherten, um anschliessend unter Ziffer II die von uns in Aussicht genommene Neuregelung der Bundesbeiträge darzulegen.

I. Die Aufwendungen der Versicherten

Zu den Aufwendungen der Versicherten gehören die Mitgliederbeiträge, der Selbstbehalt und die Krankenscheingebühren. Die Bestimmungen über die Mitgliederbeiträge knüpfen eng an das gewählte Finanzierungsverfahren an. Wir werden deshalb nach einer kurzen Übersicht über die geltenden Finanzierungsbestimmungen (Ziffer 1) einige Ausführungen zur Finanzierungsmethode in der Krankenversicherung machen (Ziffer 2). Sodann werden wir auf die Frage der Mitgliederbeiträge (Ziffer 3) eintreten. Den Abschluss bilden Ausführungen über den Selbstbehalt und die Krankenscheingebühr (Ziffer 4).

1. Die geltenden Finanzierungsbestimmungen

Nach geltendem Recht (Art. 3, Abs. 4 KUVG) haben die Kassen Sicherheit dafür zu bieten, dass sie die übernommenen Verpflichtungen erfüllen können. Als Finanzierungsmethode wird in der sozialen Krankenversicherung das Umlageverfahren, verbunden mit einem Schwankungsfonds, angewendet. Dieser Schwankungsfonds soll in der Regel die Höhe einer durchschnittlichen Jahresausgabe erreichen. Er dient dazu, Schwankungen in der Höhe der Ausgaben aufzufangen. Auf diese Weise verfügen die Kassen über die erforderliche Zeit, um allfällig nötige Anpassungen der Mitgliederbeiträge vorzubereiten und durchzuführen.

Bei der Festsetzung der Mitgliederbeiträge haben die Kassen den Grundsatz der Gegenseitigkeit (Art. 3, Abs. 3 KUVG) zu beachten. Dieser Grundsatz verlangt u. a., dass für gleiche Versicherungsleistungen unter den gleichen Bedingungen gleiche Mitgliederbeiträge zu erheben sind.

Schliesslich schreibt Artikel 6, Absatz 2 KUVG vor, dass die Mitgliederbeiträge entsprechend abzustufen sind, wenn die statutarischen Versicherungsleistungen nach dem Geschlecht verschieden sind.

2. Die Finanzierungsmethode

In einigen Vernehmlassungen (Arbeitgeber, Gewerbeverband, konzessionierte Versicherungsgesellschaften) wird die Forderung erhoben, bei der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung sollten die zu erwartende Überalte-

rung der Bevölkerung und die damit parallel laufende Zunahme der Krankheitsanfälligkeit im voraus berücksichtigt werden. Als Folge davon müssten die Kassen zu einer verstärkten Reservebildung übergehen.

Wir haben die Frage eingehend geprüft, nach welcher Methode die Kassen ihre Versicherungsleistungen zu finanzieren haben. Dabei sind wir zur Überzeugung gelangt, dass das gegenwärtig angewendete Umlageverfahren mit einem Schwankungsfonds sich in der Praxis weitgehend bewährt hat und namentlich den besonderen Verhältnissen in der sozialen Krankenversicherung am besten Rechnung zu tragen vermag. Im grossen und ganzen kann es auch in Zukunft beibehalten werden.

Wer in der sozialen Krankenversicherung eine bessere Berücksichtigung der Überalterung und damit eine verstärkte Reservebildung fordert, übersieht, dass vor allem in der Krankenpflegeversicherung die Überalterung bei weitem nicht der einzige Kostenfaktor, ja nicht einmal der gewichtigste ist. Als Ursachen der nun schon seit vielen Jahren beobachteten Kostensteigerung in der Krankenpflegeversicherung stehen nämlich im Vordergrund: die Teuerung (steigende Arzt- und Spitaltarife) und die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft (neue teure Medikamente und kostspielige Behandlungsmethoden). Erst in zweiter Linie spielen der Ausbau der Versicherungsleistungen und die Überalterung der Versicherten in die Kostenentwicklung hinein.

Nun können aber gerade die gewichtigsten Kostenfaktoren, wie die Teuerung und die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft, am wenigsten zuverlässig vorausgeschätzt werden, was ihre Berücksichtigung bei der Festsetzung der Mitgliederbeiträge erheblich erschwert. Den Kassen bleibt praktisch nichts anderes übrig, als die Mitgliederbeiträge laufend zu überprüfen und den neuen Verhältnissen anzupassen. Eine solche Anpassung lässt sich in einem Umlageverfahren wesentlich leichter durchführen als bei einer Finanzierungsmethode mit starker Fondsbildung. Es entsteht so das bekannte Bild, dass die in einem festen Frankenbetrag festgesetzten Mitgliederbeiträge ständig steigen. Untersucht man jedoch, wie sich bei dieser Entwicklung das Verhältnis der Beiträge zu den Löhnen verhält, so stellt man fest, dass die Mitgliederbeiträge der Krankenpflegeversicherung im Durchschnitt dauernd auf rund einem Lohnprozent verharren. In diesem Zusammenhang nimmt die durch die Überalterung bedingte Kostensteigerung einen bescheidenen Platz ein. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil es den Kassen bisher gelungen ist, ihre Versichertenbestände durch den Neuzugang an jüngeren Versicherten vor einer allzu starken Überalterung zu bewahren. Es erübrigt sich deshalb unserer Meinung nach, diesen Kostenfaktor auszuklammern und für ihn eine separate kapitalmässig fundierte Finanzierung vorzusehen.

Hingegen haben auch wir die Auffassung, dass eine Finanzierung ganz ohne Fondsansammlung, also nach dem reinen Umlageverfahren, wie es etwa hie und da propagiert wird, verfehlt wäre. Die Kassen sollen im Gegenteil verstärkt dazu angehalten werden, Reserven zu bilden. Dabei haben wir die Meinung,

dass für die Höhe dieser Reserven in der Krankenversicherung nach wie vor die Jahresausgabe massgebend sein soll. In diesem Rahmen pflichten wir den Vernehmlassungen bei, die auf eine verstärkte Reservebildung abzielen. Wir entsprechen damit gleichzeitig auch soweit als möglich dem Postulat Hackhofer vom 24. März 1954, das insbesondere die Äufnung der notwendigen Reserven in der sozialen Krankenversicherung verlangte. In Zeiten steigender Ausgaben, wie sie nun seit Jahrzehnten beobachtet werden können, sind die Kassen auch bei dieser Regelung gezwungen, sich von Jahr zu Jahr um die Reserveverstärkung zu kümmern, wenn sie das einmal erreichte Verhältnis zwischen Vermögen und Ausgaben halten oder verbessern müssen.

3. Die Mitgliederbeiträge

a. Die Möglichkeit zur Abstufung der Mitgliederbeiträge nach Eintrittsalter, Geschlecht und nach örtlichen Verhältnissen, wie wir sie im neuen Artikel 6^{bis} vorschlagen, entspricht der heutigen Praxis und hat in den Vernehmlassungen nur in bezug auf das Verhältnis zwischen Frauen- und Männerbeitrag ein Echo ausgelöst.

Bei der Ausarbeitung des heute geltenden Gesetzestextes ging man gestützt auf das damals vorliegende statistische Zahlenmaterial von der Annahme aus, dass die Belastung der Kassen durch die Männer und Frauen nur unerheblich voneinander abweichen würde. Aus ihr erklärt sich die im geltenden Artikel 6, Absatz 2 enthaltene Bestimmung, wonach bei gleichen Versicherungsleistungen die Mitgliederbeiträge nicht nach dem Geschlecht abgestuft werden dürfen.

Es hat sich sehr bald herausgestellt, dass entgegen der ursprünglichen Annahme die Belastung der Kassen durch die Frauen im allgemeinen beträchtlich höher ist als durch die Männer. Beispielsweise lagen im Jahre 1959 die durchschnittlichen Krankenpflegekosten (ohne Wochenbett) bei den Frauen um rund 50 Prozent höher als bei den Männern. Wenn die Kassen für beide Geschlechter gleich hohe Mitgliederbeiträge erheben müssen, so besteht die Gefahr, dass die Männer vorwiegend den Kassen beitreten, die verhältnismässig wenig Frauen aufweisen und deren Mitgliederbeiträge demzufolge günstiger sind, womit die vom Gesetz angestrebte Solidarität wieder in Frage gestellt wäre. Um dem entgegenzuwirken, ist es den Kassen bisher gestattet worden, die Mitgliederbeiträge für Frauen bis zu höchstens 25 Prozent höher anzusetzen als für Männer.

Die Vernehmlassungen zu dieser Frage sind geteilt. Die meisten Stimmen, die eine Differenzierung der Mitgliederbeiträge nach dem Geschlecht ganz ablehnen, fordern die Übernahme der Mehrkosten der Frauen durch den Bund. Eine mittlere Stellung nehmen die Frauenverbände und der Schweizerische Gewerkschaftsbund ein. Sie betrachten eine Differenzierung bis zu 25 Prozent als äusserste Marge und beantragen, die darüber hinausgehenden höheren Kosten der Frauen durch erhöhte Bundesbeiträge an diese Versichertenkategorie auszugleichen. Die Arbeitgeber schliesslich erachten die Begrenzung der Differenzie-

rung auf 25 Prozent als dem Versicherungsprinzip zuwiderlaufend und beantragen, es sei die Möglichkeit zu einer stärkeren Differenzierung zu schaffen.

Wir sind unter diesen Umständen der Auffassung, dass ein Mittelweg eingeschlagen werden muss, der einerseits der geschilderten Gefahr entgegenwirkt und andererseits doch eine angemessene Solidarität zwischen den Geschlechtern bestehen lässt. Wir möchten deshalb die bisherige Praxis im Gesetz verankern, wonach die Mitgliederbeiträge der Frauen bis zu 25 Prozent höher sein dürfen als die der Männer. Höher zu gehen, scheint uns nicht tragbar zu sein. Dies bedingt, dass gleichzeitig der bisherige Artikel 6, Absatz 2 aufgehoben wird.

b. Parallel mit dem enormen Aufschwung, den die Kollektivversicherung in den letzten Jahren genommen hat, hat sich für diese entsprechend den besonderen Verhältnissen bei der Festsetzung der Mitgliederbeiträge eine eigene Praxis herausgebildet. Die Kassen dürfen im Interesse ihrer finanziellen Sicherheit beim Abschluss von Kollektivverträgen die Ansätze eines von der Aufsichtsbehörde festgelegten Minimaltarifes nicht unterbieten. Aus dem gleichen Grunde müssen die Mitgliederbeiträge laufender Verträge ständig überwacht und gegebenenfalls den besonderen Risiken angepasst werden. Diese Praxis hat sich bewährt und soll nun gesetzlich verankert werden.

c. Mit dem im heutigen Gesetz verankerten Grundsatz der Gegenseitigkeit sollte u. a. verhindert werden, dass Versicherte mit ihren Beiträgen für Risiken aufzukommen haben, für die sie selber gar nicht versichert sind. Bei Inkrafttreten des Gesetzes war diese Gefahr für den einzelnen Versicherten nicht sehr gross, so dass sich der Gesetzgeber mit der sehr allgemein gehaltenen Formulierung von Artikel 3, Absatz 3 begnügen durfte. Inzwischen haben aber die meisten Kassen neben der Krankenpflege- und der Krankengeldversicherung noch eine ganze Reihe anderer Versicherungsmöglichkeiten geschaffen. In den wenigsten Fällen sind die Versicherten ein und derselben Kasse gleichzeitig für alle diese Risiken versichert.

Unter diesen Umständen kann am ehesten die rechnungsmässige Trennung der verschiedenen Versicherungsarten Gewähr dafür bieten, dass jeder Versicherte wirklich die Mitgliederbeiträge entrichtet, die den versicherten Leistungen entsprechen. In einigen Vernehmlassungen, insbesondere von Arbeitgeberseite, wird übrigens eine solche rechnungsmässige Trennung der verschiedenen Versicherungsarten vor allem auch im Hinblick auf die Neuregelung der Bundesbeiträge ausdrücklich gefordert. Wir können diesen Überlegungen beipflichten und haben ihnen im Gesetzesentwurf durch eine Präzisierung des Grundsatzes der Gegenseitigkeit, soweit er sich auf die Mitgliederbeiträge bezieht, Rechnung getragen.

d. Es gibt nun aber bestimmte Fälle, wo bei der Festsetzung der Mitgliederbeiträge beispielsweise aus Gründen des Familienschutzes der Grundsatz der Gegenseitigkeit erst in zweiter Linie massgebend sein sollte. Wenn wir im Sinne unserer Ausführungen unter Buchstabe c den Grundsatz der Gegenseitigkeit präzisieren, so erachten wir es andererseits als unerlässlich, im Gesetz die Grundlage für die Regelung dieser Sonderfälle zu schaffen. So soll den Kassen auf dem

Verordnungswege die Möglichkeit eingeräumt werden, bei der Festsetzung der Mitgliederbeiträge die Versicherung von Familienangehörigen zu erleichtern. Damit entsprechen wir insbesondere einer Forderung der Frauenverbände.

Gleichzeitig möchten wir die bisherige Praxis im Gesetz verankern, wonach die Kassen für die Versicherung der Kinder und Jugendlichen niedrigere Mitgliederbeiträge erheben können, als nach dem Risiko erforderlich wäre. Damit wird ihnen die Erneuerung des Versichertenbestandes, die in der freiwilligen Krankenversicherung für jede Kasse eine Existenzfrage ist, erleichtert.

4. Der Selbstbehalt und die Krankenscheingebühr

a. Gemäss Artikel 13, Absatz 4 KUVG brauchen die Kassen nur drei Viertel der Kosten der Krankenpflege zu tragen, wenn sie ihre Leistungen für wenigstens 270 Tage innerhalb von 360 aufeinanderfolgenden Tagen gewähren. Die Möglichkeit, einen Selbstbehalt vorzusehen, ist also schon im geltenden Gesetz selber enthalten. Durch Bundesratsbeschluss vom 22. Juli 1936 wurden die Kassen grundsätzlich verpflichtet, den Versicherten einen Teil der Krankenpflegekosten aufzuerlegen. Dieser Selbstbehalt muss im Durchschnitt mindestens ein Zehntel und darf im Einzelfall höchstens ein Viertel der Krankenpflegekosten ausmachen. Die Aufsichtsbehörde kann Kassen, bei denen die gedeihliche Entwicklung der Krankenpflegeversicherung gegeben ist und die Gewähr für die Erfüllung ihrer finanziellen Verpflichtungen bieten, von der Pflicht zur Einführung eines Selbstbehaltes befreien. Auf den Leistungen der Tuberkuloseversicherung darf gemäss Artikel 11 der VO I kein Selbstbehalt erhoben werden.

b. Mit der Erhebung eines Selbstbehaltes wird der Zweck verfolgt, die Versicherten davon abzuhalten, ihre Kasse unnötig in Anspruch zu nehmen. Im Zusammenhang mit der Steigerung der Krankenpflegekosten während der letzten Jahre und der dadurch bedingten Finanzierungsschwierigkeiten hat der Selbstbehalt mehr und mehr auch die Bedeutung einer Finanzquelle der Kassen bekommen. In zahlreichen Vernehmlassungen wird nun die Forderung erhoben, den ursprünglichen Sinn des Selbstbehaltes wieder vermehrt in den Vordergrund zu stellen. In einer Vernehmlassung wird beantragt, es sei den Kassen die Erhebung eines festen Kostenbeitrages je Krankheitsfall (Franchise) vorzuschreiben.

Das Konkordat der schweizerischen Krankenkassen spricht sich für die Beibehaltung der bisherigen Regelung aus. Im Interesse der Früherkennung der Krankheiten müsse der Versicherte den Arzt ohne wesentliche finanzielle Schranken auch bei leichten Beschwerden aufsuchen können. Zudem führe eine stark unterschiedliche Regelung des Selbstbehaltes zu einer weiteren Zersplitterung der Krankenpflegeversicherung und zu unerwünschten Auseinandersetzungen im Konkurrenzkampf unter den Kassen.

c. Im Sinne eines Kompromisses zwischen den weit auseinanderliegenden Meinungen der Vernehmlassungen zur Selbstbehaltsfrage nehmen wir eine Regelung in Aussicht, die den Kassen einen möglichst weiten Spielraum lässt. Der

Selbstbehalt soll im Prinzip beibehalten werden. Den Kassen soll es aber freigestellt werden, den Selbstbehalt – wenigstens für Erwachsene – für niedrigere Krankheitskosten im Einzelfall auf mehr als 25 Prozent anzusetzen. Auf der andern Seite sollen jedoch diejenigen Kassen, die diesen Weg beschreiten, jene Versicherten entlasten müssen, die durch eine kostspielige Krankheit besonders hart betroffen werden, indem für sie der Selbstbehalt tiefer anzusetzen ist oder ganz wegzufallen hat. Eine solche degressive Gestaltung des Selbstbehaltes (verhältnismässig hoher Selbstbehalt bei Krankheitsfällen mit geringen Kosten, dagegen niedriger Prozentsatz bei solchen mit hohen Kosten) soll jedoch nur innerhalb bestimmter Grenzen zulässig sein. Die degressiv abgestufte Skala für den Selbstbehalt ist so zu gestalten, dass der Gesamtbetrag des Selbstbehaltes bei einer Kasse im Durchschnitt nicht mehr als ein Viertel, aber auch nicht weniger als ein Zehntel des Gesamtbetrages derjenigen Krankenpflegekosten ausmacht, auf denen die Kasse einen Selbstbehalt erheben muss. Diese Grundsatzbestimmung im Gesetz bietet Gewähr dafür, dass einerseits die Versicherten im Durchschnitt angemessen an den entstehenden Versicherungskosten beteiligt und andererseits doch mindestens drei Viertel der gesamten Kosten von der Versicherung getragen werden. Im weiteren sind die Einzelheiten der degressiven Skala durch Verordnung zu regeln. So wäre z.B. aus Gründen des Familienschutzes für den Selbstbehalt bei Kindern im Einzelfall ein Höchstansatz von 25 Prozent vorzusehen.

Die Bestimmungen über den Selbstbehalt sind übrigens im Entwurf so gefasst, dass die Kassen auch das bisherige System weiterführen können. Wir glauben, damit allen berechtigten Begehren im Rahmen des möglichen Rechnung zu tragen.

d. In den Grundsätzen war in Aussicht genommen worden, die Kassen zu ermächtigen, auf den Kosten für die wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen und die Analysen einen Selbstbehalt von 50 Prozent im Einzelfall zu erheben. Dieser Grundsatz wurde zwar von den Kassenverbänden befürwortet, stiess jedoch insbesondere in Kreisen der Arbeitnehmer sowie bei den Ärzten auf Ablehnung. Es wurde darauf hingewiesen, dass mit dieser Regelung eine Gruppe von Patienten schlechter gestellt werde als andere Kranke. Dies lasse sich um so weniger rechtfertigen, als es sich hier oft um schwere Fälle handle. Im Sinne unserer Ausführungen unter Buchstabe c hievor, wonach durch die Regelung des Selbstbehaltes die Versicherten gerade bei schweren Fällen entlastet werden sollen, haben wir den erhöhten Selbstbehalt auf den Kosten für Heilanwendungen und Analysen fallengelassen. Wir halten dies für vertretbar, weil der Bundesrat gemäss Artikel 12, Absatz 5 die Befugnis hat, diejenigen Heilanwendungen und Analysen zu bezeichnen, die von den Kassen zu übernehmen sind, so dass schon auf diesem Wege Missbräuchen entgegengewirkt werden kann. Ausserdem haben die Kassen die Möglichkeit, die Einzelfälle durch ihre Vertrauensärzte überprüfen zu lassen.

e. Es gibt zweifellos Fälle, bei denen sich die Erhebung eines Selbstbehaltes nicht rechtfertigt. So soll auch in Zukunft auf den Tuberkuloseleistungen kein

Selbstbehalt erhoben werden. Ferner ist es nicht erforderlich, auf den Kurbeiträgen für Badekuren einen Selbstbehalt zu erheben, da Kurbeiträge ohnehin nicht kostendeckenden Charakter haben.

Darüber hinaus sehen wir im Zusammenhang mit dem Ausbau der Versicherungsleistungen vor, den Kassen die Erhebung eines Selbstbehaltes auf den Leistungen bei Aufenthalt in einer Heilanstalt zu untersagen. Wie unter Buchstabe B dieses Teiles ausgeführt wurde, umfassen die Pflichtleistungen bei Aufenthalt in einer Heilanstalt im wesentlichen ärztliche Behandlung und Arznei sowie einen Beitrag an die übrigen Kosten der Krankenpflege. Die recht erheblichen Kosten für Unterkunft und Verköstigung müssen somit von den Versicherten getragen werden. Es scheint uns deshalb nicht gerechtfertigt, diese Versicherten auch noch durch einen Selbstbehalt an den Kosten der Krankenpflege zu beteiligen. Die durch den Gesetzesentwurf angestrebte Verbesserung der Versicherungsleistungen bei Aufenthalt in einer Heilanstalt würde dadurch weitgehend illusorisch.

Die gleichen Überlegungen haben uns dazu geführt, auch auf den Wochenbettleistungen die Erhebung eines Selbstbehaltes zu untersagen.

f. Nach bisheriger Praxis sind die Kassen ermächtigt, bei der Abgabe eines Krankenscheines von den Versicherten eine Gebühr zu erheben. Diese Gebühr dient zur Deckung der mit der Krankenscheinabgabe für die Kasse verbundenen Verwaltungsumtriebe. Die Möglichkeit zur Erhebung einer Krankenscheingebühr soll beibehalten werden, wobei das Nähere durch Verordnung zu regeln ist.

II. Die Bundesbeiträge

1. Die Bundesbeiträge nach geltendem Recht

a. Ordentliche Bundesbeiträge

Die vom Bund den Kassen bisher ausgerichteten Beiträge an die ordentliche Krankenversicherung sind in den Artikeln 35 und 37 des Gesetzes festgelegt. Sie lassen sich in allgemeine Beiträge, Wochenbettbeiträge und Gebirgszuschläge einteilen. Daneben richtet der Bund gestützt auf das Bundesgesetz vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose im Rahmen der VO I besondere Beiträge an die Tuberkuloseversicherungsträger aus. Hinsichtlich der Bemessung dieser Beiträge gilt folgendes.

- Die allgemeinen Beiträge werden als jährliche Kopfbeiträge ausgerichtet. Ihre Höhe ist nach Alter und Geschlecht der Versicherten sowie nach der Dauer der Leistungen und nach der Versicherungskombination (Krankenpflege, Krankengeld, beides) abgestuft (vgl. Texttabelle 1).
- Der Wochenbettbeitrag beträgt 20 Franken für jedes Wochenbett. Er wird auf 40 Franken erhöht für Wöchnerinnen, die auf das in Artikel 14, Absatz 4 des Gesetzes festgesetzte Stillgeld von 20 Franken Anspruch haben.
- Der Gebirgszuschlag wird den Kassen in dünn bevölkerten Gebirgsgegenden mit geringer Wegsamkeit für jeden Versicherten als Zuschlag zum allgemeinen

Ansätze der Bundesbeiträge an die anerkannten Krankenkassen

(geltendes Recht)

Texttabelle 1

Subventionskomponenten	Ordentliche Ansätze gemäss KUVG bzw. VO I	Zusätzliche Ansätze gemäss Bundesbeschluss vom 14. Dezember 1960	Total
Ansätze je Kopf in Franken			
Krankenpflege allein			
Männer	4.—	1.—	5.—
Frauen	4.50	10.50	15.—
Kinder.	4.—	8.50	12.50
Krankengeld allein			
Männer	4.—	—	4.—
Frauen	4.50	—	4.50
Krankenpflege und -geld			
Männer	5.50	1.—	6.50
Frauen	5.50	10.50	16.—
Bergzuschlag ¹⁾			
Berechtigte.	7.—	8.—	15.—
Ansätze je Fall in Franken			
Wochenbettbeitrag			
Pflege/Geld.	20.—	20.—	40.—
Stillgeld	20.—	—	20.—
Ansätze in Prozenten der Kosten			
Tuberkulosebeitrag			
Pflege	40	—	40
Geld.	36	—	36
¹⁾ Höchstansätze			

Kopfbeitrag ausgerichtet, und zwar bis zu höchstens 7 Franken je Versicherter und Jahr.

- Die Tuberkulosebeiträge sind in Prozenten der ausgerichteten Leistungen festgesetzt, und zwar auf 40 Prozent in der Pflege- und 36 Prozent in der Geldversicherung.

b. Zusätzliche Bundesbeiträge

Im Bundesbeschluss vom 14. Dezember 1960 über zusätzliche Beiträge des Bundes an die anerkannten Krankenkassen für die Jahre 1961, 1962 und 1963 sind die jährlichen zusätzlichen Beiträge auf 8.50 Franken für pflegeversicherte Kinder, 10.50 Franken für pflegeversicherte Frauen und 1 Franken für pflegeversicherte Männer festgelegt. Ferner ist der Beitrag des Bundes an das Wochenbett um 20 Franken erhöht und die obere Grenze des Gebirgzzuschlages auf 15 Franken festgesetzt.

c. Gesamtübersicht

Die nachstehende Texttabelle 1 vermittelt einen Überblick über die Ansätze der Bundesbeiträge gemäss geltender Ordnung, d.h. einschliesslich der zusätzlichen Bundesbeiträge gemäss Bundesbeschluss vom 14. Dezember 1960. Dabei sind für die Krankenpflege- und die Krankengeldversicherung lediglich die ordentlichen Ansätze bei einer Leistungsdauer von 360 innerhalb 540 aufeinanderfolgenden Tagen berücksichtigt. Für die gesetzliche Mindestbezugsdauer von 180 innerhalb 360 aufeinanderfolgenden Tagen wären diese Ansätze um je 50 Rappen herabzusetzen.

2. Subventionierungssysteme

Bevor wir auf die Neuregelung der Bundesbeiträge eingehen, sei kurz die mehr technische Seite der vier in der Krankenversicherung schon bisher verwendeten Subventionierungssysteme stichwortartig dargelegt. Dabei sei in jedem der vier Fälle auf das entsprechende praktische Anwendungsbeispiel hingewiesen.

a. Kopfbeitragssystem mit festen Ansätzen

Die jährliche Gesamtsubvention richtet sich hier nach der Zahl der Versicherten, was eine administrativ und kontrolltechnisch einfache Durchführung erlaubt. Unter der Voraussetzung gleichbleibender Kosten je Versicherter ist dies eine durchaus taugliche Methode. Beispiele sind die Kopfbeiträge in der Krankenpflege- und der Krankengeldversicherung.

b. Kopfbeitragssystem mit variablen Ansätzen

Deren Höhe bemisst sich nach einer bestimmten Vorschrift, z.B. so, dass der Kopfbeitrag dauernd den gleichen Anteil an den im Landesmittel errechneten Durchschnittskosten ausmachen soll. Auf diese Weise wirkt sich eine allgemeine Kostenveränderung auf den Beitragsansatz aus. Auch diese Methode

kann als administrativ und kontrolltechnisch einfach bezeichnet werden, weil sie sich eng an das Kopfbeitragssystem gemäss Buchstabe *a* anlehnt. Als Beispiel könnte hier eigentlich das System der zusätzlichen Bundesbeiträge zitiert werden, mit dem wichtigen Unterschied allerdings, dass eine ausdrückliche Vorschrift zur Anpassung an die Kostenentwicklung fehlt. Bei der Festsetzung dieser zusätzlichen Bundesbeiträge wurde wohl in erster Linie auf das Verhältnis der Bundesbeiträge zu den allgemeinen Durchschnittskosten abgestellt. Die Anpassung der Ansätze an die Kostenentwicklung erfolgte jedoch nicht automatisch, sondern wurde von Fall zu Fall in Bundesbeschlüssen festgelegt.

c. Fallbeitragssystem mit einem festen Betrag,

der je eingetretener Fall ausgerichtet wird. Als Beispiel seien die Wochenbett- und Stillgeldbeiträge angeführt.

d Fallbeitragssystem mit einem variablen Betrag,

dessen Höhe sich wie unter Buchstabe *b* nach einer bestimmten Vorschrift bemisst. Es ist gebräuchlich, seine Höhe in Prozenten der Kosten je Fall anzugeben. Diese Methode eignet sich administrativ und kontrolltechnisch nur, wenn die Zahl der Fälle verhältnismässig klein bleibt, wie es bei der Tuberkuloseversicherung zutrifft, die nach diesem System subventioniert wird.

3. Die Grundzüge der Neuregelung

a. Das Kopfbeitragssystem mit einem festen Frankenansatz im Gesetz hat sich insbesondere in der Krankenpflegeversicherung nicht bewährt. In Zeiten steigender Versicherungskosten, wie sie die Krankenpflegeversicherung vor allem in den letzten Jahren verzeichnet, ist dieses System zu wenig anpassungsfähig. Der Anteil des Bundesbeitrages an den Versicherungskosten sinkt in solchen Zeiten von Jahr zu Jahr und erfährt demzufolge eine allmähliche Entwertung. Eine derartige Entwicklung über eine längere Zeitspanne hin erschwert die Bemühungen der Kassen zur Wahrung ihres finanziellen Gleichgewichts ganz beträchtlich. Es genügt dann nicht, dass die Kassen die Mitgliederbeiträge derart erhöhen, dass die Kostensteigerung gedeckt ist und die mit dieser Kostensteigerung verbundene Reserveverstärkung ermöglicht wird. Sie müssen darüber hinaus noch die soeben geschilderte Entwertung der Bundesbeiträge wettzumachen versuchen.

In dieser Situation bedeuten die bisherigen zusätzlichen Bundesbeiträge für die Kassen wohl eine willkommene Hilfe, vermögen aber auf die Dauer nicht zu befriedigen. Im Postulat der Kommission des Nationalrates zur Vorberatung des Beschlusses über zusätzliche Bundesbeiträge für die Jahre 1957 bis 1960 wird dazu ausgeführt, dass auf diese Weise eine zeitgemässe Anpassung der Bundesbeiträge an die heutigen Verhältnisse unmöglich sei. Der Bundesrat wird eingeladen, «eine Vorlage zur Teilrevision des Gesetzes auszuarbeiten,

damit die finanzielle Förderung der Krankenversicherung in einer den heutigen Verhältnissen entsprechenden Art und einem zeitgemässen Umfange auf gesetzlichem Wege geregelt werden kann». Zudem fordert, wie bereits erwähnt, auch die Motion Gnägi in ihrer Ziffer 2 die Anpassung der Bundesbeiträge an die heutigen Verhältnisse.

Wir schlagen nun für die Krankenpflegeversicherung ein Subventionierungssystem mit variablen Ansätzen vor, wobei die entsprechenden Anpassungsvorschriften ins Gesetz aufgenommen werden. Bei diesen Vorschriften handelt es sich durchwegs um Prozentsätze von allgemeinen Durchschnittskosten. Sie sind so gestaltet, dass die neuen Beiträge höher ausfallen als die bisherigen. Das ist notwendig, weil ja gleichzeitig mit dem durch die Revisionsvorlage angestrebten Ausbau der Leistungen den Kassen zum Teil erheblich grössere Ausgaben erwachsen werden. Es sei nur erinnert an die Verbesserung der Krankenpflegeleistungen nach Inhalt und Dauer, an das Verbot der Einstellung von Leistungen an Invalide usw. So enthält die Anhangtabelle 11 für die Jahre 1963 und 1964 Ausgabenschätzungen, die von der Annahme ausgehen, die Revisionsvorlage habe für die Kassen eine zusätzliche Kostensteigerung von 10 Prozent zur Folge. Andererseits zeigen diese Vorausschätzungen auf der Einnahmen-seite, dass sich das Verhältnis zwischen den Aufwendungen der Versicherten und den Bundesbeiträgen ab 1963 gegenüber früher nicht wesentlich verschiebt. Die Versicherten werden nach wie vor fast vier Fünftel der aufzubringenden Mittel selber bestreiten müssen (vgl. Anhangtabelle 10).

Der Vorteil der vorgeschlagenen Lösung liegt hauptsächlich darin, dass inskünftig die Bundesbeiträge der Krankenpflegeversicherung in einem bestimmten konstanten Verhältnis zu den Versicherungskosten bleiben. Die Kassen können sich deshalb entsprechend einrichten.

Gegen ein Kopfbeitragssystem mit variablen Ansätzen sprechen sich in den Vernehmlassungen vor allem die Arbeitgeber, dann aber auch die Ärzte und Apotheker aus. Diese Kreise beantragen, beim bisherigen System der festen Kopfbeiträge zu bleiben, damit dem Bund die Einflussnahme auf die Höhe der Beiträge anlässlich periodischer Anpassungen, die auch sie als notwendig erachten, gewahrt bleibe. Damit wäre jedoch gegenüber dem bisherigen System der zusätzlichen Bundesbeiträge praktisch nichts gewonnen und weder der Motion Gnägi noch dem Postulat der Kommission des Nationalrates Genüge geleistet.

Die Befürworter des neuen Systems, zu denen ausnahmslos die Kassenverbände gehören, regen zum Teil gleichzeitig an, die Subventionsansätze nach regionaler Belastung oder gar nach der Belastung der einzelnen Kasse abzustufen. Wir haben alle diese Anregungen zu einer weiteren Verfeinerung des Systems eingehend geprüft. Im Grunde genommen zielen sie fast durchwegs auf ein Beitragssystem ab mit variablen Ansätzen, die in einem bestimmten proportionalen Verhältnis zu den Durchschnittskosten der einzelnen Kasse stehen (vgl. Ziffer 2, Buchstabe d). Ein solches System würde in der Tat den Kosten der einzelnen Kasse praktisch uneingeschränkt Rechnung tragen. In der Krankenversicherung

lässt es sich aber nicht durchführen, weil es einen übermässigen administrativen Aufwand und einen unverhältnismässig grossen Kontrollapparat erheischen würde. Wir haben deshalb von jeder Verfeinerung abgesehen und uns an das unter Ziffer 2, Buchstabe *b* beschriebene Kopfbeitragssystem gehalten.

b. In der Krankengeldversicherung erübrigt es sich, den gleichen Weg zu beschreiten. Die Verhältnisse sind grundlegend anders. Die Kassen haben bei der Durchführung der Krankengeldversicherung kaum irgendwelche Schwierigkeiten finanzieller Art. In verschiedenen Vernehmlassungen (Ärzte, Versicherungsgesellschaften, Arbeitgeber) wird deshalb beantragt, die Bundesbeiträge an die Krankengeldversicherung zu streichen. Wir gehen aus guten Gründen nicht so weit. Man darf nicht übersehen, dass die Revisionsvorlage die Kassen auch in der Krankengeldversicherung zu Mehrleistungen verpflichtet (Ausdehnung der Leistungsdauer, nicht zuletzt für die Wochenbettleistungen). Wir sehen deshalb vor, das bisherige System in etwas vereinfachter Form zu übernehmen und ferner einen Wochenbettbeitrag an für Krankengeld versicherte Frauen einzuführen.

4. Die Höhe der Beitragsansätze

Für die variablen Ansätze der Krankenpflegeversicherung möchten wir die Vorschrift ins Gesetz aufnehmen, wonach diese Kopfbeiträge für die Männer 10 Prozent, für die Frauen 20 Prozent und für die Kinder 30 Prozent der im entsprechenden Landesmittel errechneten Durchschnittskosten des Vorjahres betragen müssen. Diese Durchschnittskosten sind in der amtlichen Morbiditätsstatistik publiziert. Sie stellen einen Querschnitt der Kostenentwicklung der sozialen Krankenversicherung unseres Landes dar. Beispielsweise ergeben sich mit dieser Anpassungsvorschrift für das Jahr 1963 die in der Texttabelle 2 angegebenen Kopfbeiträge, die wir zu Vergleichszwecken den Ansätzen der geltenden Ordnung gegenübergestellt haben.

Insbesondere von Kassenseite ist in den Vernehmlassungen zu den Grundsätzen eine Erhöhung der Kopfbeiträge der Krankenpflegeversicherung beantragt worden. Es wird zudem angeregt, die Bemessungsgrundlage in eine Kostenkomponente für die ambulante Behandlung und eine solche für die Behandlung in der Heilanstalt aufzuspalten. Auf dem Landesmittel der Spitalkosten wäre dann ein höherer Prozentsatz in Rechnung zu stellen, damit sich die Bundesbeiträge den voraussichtlich stärker ansteigenden Spitalkosten besser anpassen. Schliesslich geht die Tendenz der Vernehmlassungen allgemein dahin, die Ansätze für die Frauen und die Kinder – zum Teil auf Kosten der Männeransätze – zu erhöhen.

Mit dem teilweisen Einbau der in den Grundsätzen vorgesehenen Sonderabteilung (vgl. B, I, 4, *b*) in die Pflichtleistungen wird auch der entsprechende Subventionsbetrag auf die Kopfbeiträge der Krankenpflegeversicherung umgelegt. Um den verschiedenen Wünschen in den Vernehmlassungen entgegenzukommen, haben wir dabei ausschliesslich die Ansätze der Frauen und Kinder

erhöht und die entsprechenden Prozentsätze auf 20 bzw. 30 Prozent aufgerundet. Bei den vorgeschlagenen erhöhten Ansätzen erübrigt sich unserer Meinung nach die Aufspaltung der Bemessungsgrundlage in zwei Komponenten (ambulante Behandlung/Spitalbehandlung).

Gesamthaft ergibt sich für das Jahr 1963 ein Subventionierungsbetrag an die Krankenpflegeversicherung von rund 63 Millionen Franken. Ein genau gerechneter Vergleichsbetrag nach geltendem Recht steht nicht zur Verfügung, weil die heutige Regelung keine strenge Trennung nach Krankenpflege und Krankengeld vorsieht. Schätzungsweise dürfte die Erhöhung des Gesamtbetrages jedoch rund 40 Prozent ausmachen.

b. Die Ansätze der Kopfbeiträge für die Krankengeldversicherung werden vereinheitlicht, und zwar auf 2 Franken je Kopf ohne Rücksicht auf Geschlecht und Versicherungskombination.

c. Auch beim Wochenbettbeitrag der Pflegeversicherung stellt sich das Problem einer anpassungsfähigeren Subventionierung. Hier wurde die Vorschrift in den Entwurf aufgenommen, dass der Beitrag je Wochenbett 40 Prozent der im Landesmittel errechneten durchschnittlichen Pflegekosten des Vorjahres entspricht. Für das Jahr 1963 ergäbe sich so in der Pflegeversicherung ein Wochenbettbeitrag von 60 Franken. Damit verlassen wir in bezug auf die Pflegeversicherung das unter Ziffer 2, Buchstabe *c* beschriebene System mit einem festen Betrag je Fall. Wir gehen aber nicht so weit wie in der Tuberkuloseversicherung (vgl. Ziffer 2, Buchstabe *d*), weil es sich hier bereits um gegen 80 000 Fälle pro Jahr handelt. Die Subventionierung der Wochenbettpflegekosten pro Kasse wäre administrativ und kontrolltechnisch kaum zu verantworten.

Der Wochenbettbeitrag an die für Krankengeld versicherten Frauen dagegen ist nicht variabel gestaltet und im Gesetz mit 20 Franken je Wochenbett festgelegt. Dieser Beitrag entspricht einem Begehren der Frauenverbände, das auch von Kassenseite unterstützt wird. Ferner ersetzt der Bund wie bisher den Kassen das von ihnen gemäss Artikel 14, Absatz 5 ausgerichtete Mindeststillgeld.

d. Das System der prozentualen Subventionierung der Kosten hat sich in der Tuberkuloseversicherung bisher bestens bewährt. Es soll deshalb unverändert übernommen werden. Somit werden wie bisher bei Erkrankung an Tuberkulose in der Krankenpflegeversicherung 40 Prozent und in der Krankengeldversicherung 36 Prozent der ausgerichteten Leistungen vom Bund getragen.

e. Von den Leistungen, die gemäss den Artikeln 12, Absatz 4 und 12^{ter}, Absatz 2, Ziffer 1, Buchstabe *b* nicht auf die Bezugsdauer bei Aufenthalt in einer Heilanstalt angerechnet werden dürfen, soll der Bund die Hälfte zu seinen Lasten übernehmen. Diese hälftige Übernahme wird von Arbeitgeberseite und auch von den Ärzten abgelehnt. Andererseits erachten Gewerkschaftskreise, zwei Kantone sowie Kassenkreise diesen Ansatz als ungenügend und verlangen zum Teil, er sei auf 75 bis 90 Prozent zu erhöhen. Da auch in der IV die öffentliche Hand die Hälfte der Ausgaben trägt, sind wir der Meinung, dass der Bund hier

Ansätze der Bundesbeiträge gemäss geltendem Recht und gemäss Revisionsvorlage

1968

Texttabelle 2

Subventionskomponenten	Ansätze gemäss geltendem Recht	Ansätze gemäss Revisionsvorlage
Ansätze je Kopf in Franken		
Krankenpflegebeitrag		
Männer	5.—	7.40
Frauen	15.—	21.90
Kinder.	12.50	16.30
Krankengeldbeitrag		
Männer	4.—	2.—
Frauen	4.50	2.—
Bergzuschlag ¹⁾		
Berechtigte.	15.—	21.—
Ansätze je Fall in Franken		
Wochenbettbeitrag		
Pflege	} 40.—	} 60.—
Geld.		
Stillgeld		
	20.—	50.—
Ansätze in Prozenten der Kosten		
Tuberkulosebeitrag		
Pflege	40	40
Geld.	36	36
Beitrag an die Krankenpflege der Invaliden .	—	50
¹⁾ Höchstansätze.		

nicht über 50 Prozent hinausgehen sollte; wir haben deshalb diesen Prozentsatz in den Entwurf aufgenommen.

f. Der im Gesetz als Frankenbetrag verankerte Höchstansatz des Bergzuschlages musste bisher in den Bundesbeschlüssen über zusätzliche Beiträge periodisch der Kostensteigerung angepasst werden. Es wurde die Anregung gemacht, auch diesen Höchstansatz in Prozenten der Krankenpflegekosten festzulegen. Daneben wird in den Vernehmlassungen verschiedentlich ein Höchstansatz von 18 Franken, wie ihn die Grundsätze vorsahen, als zu tief erachtet. Nach erneuter Prüfung der Frage nehmen wir nun in Aussicht, den Höchstansatz für den Bergzuschlag ebenfalls variabel zu gestalten und die Anpassungsvorschrift im Gesetz so zu formulieren, dass für die Ausgangslage im Jahre 1963 dieser Höchstansatz 21 Franken beträgt.

Abschliessend stellen wir in der Texttabelle 2 die Bundesbeiträge gemäss geltender Ordnung denen gemäss unserer Revisionsvorlage gegenüber. Für die finanziellen Gesamtauswirkungen, die sich für den Bund aus unserer Revisionsvorlage ergeben, verweisen wir auf den Dritten Teil der Botschaft.

D. Die Neuordnung der Rechtspflege und der Aufsicht des Bundes

I. Die Rechtspflege

1. Das kantonale Schiedsgericht

Das geltende Gesetz überträgt die Beurteilung von Streitigkeiten zwischen Kassen und Ärzten oder Apothekern einem von der Kantonsregierung zu bestimmenden Schiedsgericht (Art. 25 KUVG). Die Urteile der kantonalen Schiedsgerichte können gemäss Artikel 125 des Bundesgesetzes vom 16. Dezember 1943 über die Organisation der Bundesrechtspflege an den Bundesrat weitergezogen werden.

Die Institution des kantonalen Schiedsgerichtes hat sich bewährt und soll deshalb beibehalten werden.

Im Hinblick auf die vorgesehene Ausdehnung der Pflichtleistungen muss Artikel 25 KUVG indessen in dem Sinne revidiert werden, dass die Kompetenz des kantonalen Schiedsgerichtes auch auf die Beurteilung von Streitigkeiten zwischen den Kassen und den Hebammen, medizinischen Hilfspersonen, Laboratorien und Heilanstalten ausgedehnt wird. Was den Weiterzug der Urteile der kantonalen Schiedsgerichte betrifft, möchten wir, im Sinne des Ausbaues der Verwaltungsrechtspflege und dem Grundsatz der Gewaltentrennung folgend, die Beschwerde an den Bundesrat durch die Beschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht ersetzen.

Hinsichtlich der Bestellung, der Zusammensetzung und der Zuständigkeit der kantonalen Schiedsgerichte sowie des Verfahrens verweisen wir auf die Erläuterungen zu Artikel 25 im Vierten Teil der Botschaft.

2. Die Versicherungsgerichte

a. Nach geltendem Recht steht es den Kassen frei, die Instanzen zu bestimmen, welche zum Entscheid von Streitigkeiten mit ihren Mitgliedern zuständig sind. In den Statuten der Kassen finden sich denn auch die verschiedensten Organe, die sich mit der Rechtspflege befassen. So gibt es Kassen, bei denen die Kassenorgane selbst solche Streitigkeiten endgültig entscheiden. Wieder andere haben in den Statuten die ordentlichen Gerichte, das kantonale Versicherungsgericht als Schiedsgericht oder ein von Fall zu Fall zu bildendes Schiedsgericht als entscheidende Instanz eingesetzt. Unabhängig von der Anrufung der statutarischen Instanzen besteht gemäss Artikel 33 KUVG heute noch die Möglichkeit der Aufsichtsbeschwerde an den Bundesrat wegen Gesetzesverletzung. Dieser kann aber nur einen Entscheid fällen, wenn der Tatbestand liquid ist oder an Hand von Urkunden einwandfrei festgestellt werden kann.

Diese Zersplitterung bzw. Doppelspurigkeit der Rechtsprechung brachte insbesondere für die Versicherten eine gewisse Rechtsunsicherheit mit sich, die durch eine Vereinheitlichung der Rechtspflege im Rahmen dieser Gesetzesrevision zu beheben ist.

Wir sehen vor, dass in Zukunft über Streitigkeiten der Kassen unter sich oder mit ihren Versicherten oder Dritten über Ansprüche, die auf Grund des KUVG, der eidgenössischen oder kantonalen Ausführungsvorschriften oder der eigenen Bestimmungen der Kassen erhoben werden, kantonale Versicherungsgerichte zu entscheiden haben. Streitigkeiten unter Kassen können sich vor allem dann ergeben, wenn bei mehrfacher Mitgliedschaft eines Versicherten Meinungsverschiedenheiten über die Abgrenzung der Leistungspflicht der einzelnen Kassen entstehen oder wenn sich die Frage stellt, ob eine Kasse ein Mitglied einer andern Kasse als Zuger übernehmen müsse. Die Streitfälle zwischen Kasse und Mitglied haben vor allem die Kassenleistungen einerseits und die Mitgliederbeiträge und Selbstbehaltsbetroffnisse anderseits zum Gegenstand. Dritte im Sinne dieser Regelung sind vor allem Aufnahmebewerber und Versicherungsnehmer bei Kollektivverträgen.

Die Urteile des kantonalen Versicherungsgerichtes sollen durch Beschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht weitergezogen werden können. Bei dieser Regelung ist die Aufsichtsbeschwerde an den Bundesrat nur noch möglich, wenn allgemeine Mängel der Kassenverwaltung gerügt werden, womit die oben erwähnte Doppelspurigkeit behoben ist. Ausserdem trägt die Neuordnung zur Vereinheitlichung des Prozessrechtes für die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung bei.

b. Damit für das versicherungsgerichtliche Verfahren von Anfang an eine klare Abgrenzung des Prozessgegenstandes besteht, sollen die Kassen verpflichtet werden, Entscheide, mit denen der Versicherte oder Aufnahmebewerber nicht einverstanden ist, in Form einer schriftlichen Verfügung mit Angabe der Gründe und unter Hinweis auf Beschwerderecht und Beschwerdefrist zu erlassen. Gegen diese Verfügung soll binnen 30 Tagen seit deren Zustellung beim kantonalen

Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden können. Wird das Versicherungsgericht nicht angerufen, so soll sie in Rechtskraft erwachsen. In bezug auf die Vollstreckung soll die rechtskräftige Verfügung einem gerichtlichen Urteil gleichgestellt werden. Die übrigen Zweige der Sozialversicherung kennen ähnliche Verfügungsverfahren, die sich dort bewährt haben, weshalb sie im Verhältnis der Kassen zu den Versicherten und Aufnahmebewerbern auch für die Krankenversicherung zu übernehmen sind. Bei Streitigkeiten der Kassen unter sich oder z. B. mit Versicherungsnehmern bei Kollektivverträgen, besteht kein Bedürfnis für ein solches Verfügungsverfahren.

II. Die Aufsicht des Bundes

1. Die Aufsicht des Bundes über die Kassen und Rückversicherungsverbände wird heute zum Teil durch das Gesetz, zum Teil durch den Bundesbeschluss vom 14. Dezember 1960 über zusätzliche Beiträge des Bundes an die anerkannten Krankenkassen für die Jahre 1961, 1962 und 1963 sowie schliesslich durch die VO I geordnet. Materiell ist an der geltenden Regelung nichts zu ändern. Dagegen sind die verschiedenen Bestimmungen über die Aufsicht des Bundes in Artikel 38 KUVG zusammenzufassen.

2. Damit die Aufsichtsbehörde ihre Aufgaben erfüllen und allenfalls die Durchführung ihrer Weisungen erzwingen kann, müssen ihr die notwendigen Ordnungsmassnahmen zur Verfügung stehen.

Gemäss dem geltenden Recht kann der Bundesrat bei Verletzung der Vorschriften des Gesetzes durch eine Kasse gegen diese eine Busse bis auf 100 Franken aussprechen und ihr bei fortgesetzter Verletzung des Gesetzes nach fruchtloser Mahnung die Anerkennung entziehen. Diese Regelung wird den Verhältnissen nicht mehr gerecht. Die Verhängung einer Busse von höchstens 100 Franken ist heute wirkungslos, da diese beim jetzigen Geschäftsumfang der Kassen kaum ins Gewicht fällt. Der Entzug der Anerkennung andererseits hat für die Versicherten sehr grosse Nachteile, die durch das beim Anerkennungsentzug vorgesehene Freizügigkeitsrecht nur zum Teil ausgeglichen werden können. Von dieser Massnahme darf daher nur in sehr schwerwiegenden Fällen Gebrauch gemacht werden.

In der Praxis hat sich dagegen als sehr wirksame Ordnungsmassnahme die Sperrung der Bundesbeiträge und in schwereren Fällen deren Aberkennung erwiesen. Im Hinblick darauf, dass das KUVG die Aberkennung der Bundesbeiträge ohne gleichzeitigen Entzug der Anerkennung nicht gestattet, wurde durch die Bundesbeschlüsse über zusätzliche Bundesbeiträge für gewisse Fälle die Möglichkeit vorgesehen, die Bundesbeiträge für eine bestimmte Zeit ganz oder teilweise abzuerkennen. Da durch diese Ordnungsmassnahme oft der Entzug der Anerkennung vermieden und die Massnahme auch leicht der Schwere der Gesetzesverletzung angepasst werden kann, ist sie an Stelle der Busse in das KUVG aufzunehmen. Der Entwurf enthält deshalb als Ordnungsmassnahmen einerseits die Sperrung und die ganze oder teilweise Aberkennung der Bundesbeiträge und andererseits den Entzug der Anerkennung.

E. Verschiedene Revisionspunkte

I. Die Kollektivversicherung

1. Das KUVG unterscheidet nicht zwischen Einzelversicherung und Kollektivversicherung bei einer Kasse. Seiner ganzen Entstehung nach beruht es jedoch auf der Einzelversicherung. Mit der Zeit zeigte sich aber immer mehr das Bedürfnis, Versicherungen für bestimmte Personengruppen, bei denen der Versicherungsnehmer nicht mit dem Versicherten identisch ist, abzuschliessen. Dieses Bedürfnis wuchs vor allem mit der Ausbreitung von Gesamtarbeitsverträgen, in denen bestimmt wird, dass der Arbeitgeber seiner Lohnzahlungspflicht gemäss Artikel 335 des Obligationenrechts im Krankheitsfall durch Gewährung eines Beitrages an die Prämien für die Krankengeldversicherung seiner Arbeitnehmer enthoben ist. Die Kassen haben deshalb in zunehmendem Masse Kollektivversicherungsverträge abgeschlossen. Ende 1959 waren von insgesamt 2,4 Millionen Personen, die bei einer anerkannten Krankenkasse für Krankengeld versichert waren, 400 000 Kollektivversicherte und von insgesamt 3,7 Millionen für Krankenpflege Versicherten gehörten 270 000 einer Kollektivversicherung an. Die Entwicklung hat damit einen erheblichen Umfang angenommen. Es ist deshalb geboten, bei der Revision besondere Bestimmungen über die Kollektivversicherung in das Gesetz aufzunehmen.

2. In den Grundsätzen war vorgesehen, im Gesetz selbst nur die Befugnis der Kassen zur Durchführung der Kollektivversicherung zu verankern und die Einzelheiten auf dem Verordnungsweg zu regeln. In vielen Vernehmlassungen wurde jedoch angeregt, in Anbetracht der Unterschiede zwischen der Kollektivversicherung und der Einzelversicherung in das Gesetz selbst eine umfassendere Regelung aufzunehmen. Aus diesem Grund enthält der Gesetzesentwurf Bestimmungen über einige besonders wichtige Fragen der Kollektivversicherung.

a. Vor allem muss die Höhe der Leistungen, die in den Kollektivversicherungsverträgen vereinbart werden, dürfen, geregelt werden. Um den Kassen zu ermöglichen, den besonderen Bedürfnissen der Versicherungsnehmer Rechnung zu tragen, müssen sie ermächtigt werden, in den Verträgen Versicherungsbedingungen zu vereinbaren, die von denjenigen der Einzelversicherung abweichen, wie z. B. Aufnahme ohne Rücksicht auf das Alter oder den Gesundheitszustand, Wegfall der Karenzzeit, Festsetzung der Taggeldleistungen in Prozenten des Lohnes, Verzicht auf den Selbstbehalt, erweiterte Leistungsdauer. Andererseits ist diese Ermächtigung so zu begrenzen, dass die Leistungen in der Kollektivversicherung in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen der Einzelversicherung stehen, damit der Versicherte bei einem allfälligen Übertritt von der Kollektivversicherung in die Einzelversicherung in seinen Versicherungsansprüchen keine zu grosse Verkürzung hinnehmen muss.

b. Sodann muss der Kreis der Versicherungsnehmer, mit denen die Kassen Verträge abschliessen dürfen, umschrieben werden. Die bisherige Praxis hat gezeigt, dass eine Kasse mit einem beschränkten Tätigkeitsgebiet nicht ohne

grosse Unzukömmlichkeiten Kollektivversicherungsverträge auf dem ganzen Gebiet der Schweiz abschliessen kann. Die Durchführung der Versicherung für Kollektivversicherte, die sich nicht im Tätigkeitsgebiet der Kasse aufhalten, ist mit Schwierigkeiten verbunden, denen die Kassen oft nicht gewachsen sind. Würde man jedoch vorschreiben, dass die Kassen nur solche Personen kollektiv versichern dürfen, die sich in ihrem Tätigkeitsgebiet aufhalten, könnten gewisse geschlossene Gruppen nicht mehr kollektivversichert werden, was den Bedürfnissen der Versicherungsnehmer nicht entsprechen würde. Die oben erwähnten Schwierigkeiten lassen sich aber weitgehend vermeiden, wenn die Kassen lediglich Verträge mit Versicherungsnehmern abschliessen dürfen, die ihren Sitz, eine Niederlassung, eine Betriebsstätte oder eine Verbandssektion im Tätigkeitsgebiet der Kasse haben.

3. Eines der wichtigsten Probleme in der Kollektivversicherung besteht schliesslich darin, eine Regelung für den Fall zu treffen, dass der Versicherte aus irgendeinem Grund aus der Kollektivversicherung ausscheidet. Es darf nicht zugelassen werden, dass jemand, der unter Umständen während langen Jahren bei einer Kasse kollektivversichert war, den Versicherungsschutz verliert, bevor er seinen Anspruch auf Leistungen erschöpft hat. Dies wäre vor allem dort stossend, wo die Kollektivversicherung aus einem vom Willen des Versicherten unabhängigen Grund, wie z. B. bei Kündigung des Vertrages durch den Versicherungsnehmer, untergeht. Zurzeit sind die Kassen deshalb verpflichtet, Versicherte, die aus der Kollektivversicherung ausscheiden, in die Einzelversicherung übertreten zu lassen.

Im Gesetzesentwurf sehen wir eine etwas andere Regelung vor. Das Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung soll nur noch solchen Personen zustehen, die sich dauernd im Tätigkeitsgebiet der betreffenden Kasse aufhalten oder dem Betrieb, Beruf oder Berufsverband angehören, auf den die Kasse ihre Tätigkeit beschränkt. Wir wollen damit verhindern, dass die Kassen infolge des Übertritts von der Kollektivversicherung in die Einzelversicherung Personen weiterversichern müssen, die die statutarischen Aufnahmebedingungen der Einzelversicherung nicht erfüllen. Versicherte, die aus diesem Grund nicht in die Einzelversicherung übertreten können, sollen Anspruch auf Freizügigkeit erhalten, wie bereits im Zweiten Teil, B, III, 2 c ausgeführt wurde.

Was diejenigen Kollektivversicherten betrifft, die gemäss den vorstehenden Ausführungen das Recht auf Übertritt in die Einzelversicherung haben, so wollen wir die Kassen gemäss der Praxis zum geltenden Recht verpflichten, ihnen im Rahmen der Einzelversicherung den Umfang der bisherigen Leistungen zu wahren.

II. Die Überversicherung

Überversicherung liegt vor, wenn der Versicherte von der Versicherung eine über seinen Schaden hinausgehende Leistung erhält, wenn er also einen Gewinn erzielt. Die Überversicherung bildet einen besondern Anreiz zur ungerechtfertigten Inanspruchnahme der Versicherung. Deshalb werden die

Kassen durch Artikel 26 KUVG verpflichtet, dafür zu sorgen, dass den Versicherten aus der Versicherung kein Gewinn erwächst. Sie haben ferner darauf zu achten, dass der Versicherte nicht bei mehr als zwei Kassen versichert ist.

1. Das Verbot der Versicherung bei mehr als zwei Kassen konnte unter dem Zwang der Verhältnisse in der letzten Zeit nicht mehr aufrecht erhalten werden. Die in manchen Gesamtarbeitsverträgen enthaltene Verpflichtung der Arbeitgeber, ihre Arbeitnehmer gegen Krankheit zu versichern, führt oft dazu, dass Arbeitnehmer, die bereits bei zwei Kassen versichert sind, z. B. bei der einen für Krankenpflege, bei der andern für Krankengeld, bei einer dritten Kasse versichert werden. Um sie nicht zu zwingen, aus einer ihrer angestammten Kasse auszutreten, wurde in der Praxis in solchen Fällen die Versicherung bei mehr als zwei Kassen geduldet. Da dadurch keine nennenswerten Schwierigkeiten entstanden sind, kann das Verbot der Versicherung bei mehr als zwei Kassen bei Gelegenheit dieser Gesetzesrevision allgemein aufgehoben werden.

Dagegen ist das Verbot der Überversicherung im Sinne des Versicherungsgewinnes aufrecht zu erhalten. Es ist jedoch durch zwei Grundsätze zu ergänzen, durch die das Überversicherungsverbot in der Praxis präzisiert worden ist. Einmal ist zu bestimmen, wie die Leistungen herabzusetzen sind, wenn die Überversicherung ihre Ursache in der Versicherung bei mehreren Kassen hat. Sodann ist der Fall zu regeln, in welchem neben einer Kasse die Militärversicherung, die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), die IV oder private Versicherungen leistungspflichtig sind.

2. In einem weitem Sinn stellt sich in diesem Zusammenhang auch die Frage, ob nicht eine Bestimmung in das Gesetz aufzunehmen sei für den Fall, dass die beteiligten Sozialversicherungsträger ihre Leistungspflicht bestreiten, da das Fehlen einer solchen Bestimmung im geltenden Recht in der Praxis zu Schwierigkeiten geführt hat.

Es kommt nicht selten vor, dass umstritten ist, ob ein Versicherungsfall ganz oder teilweise zu Lasten der Kasse, der SUVA, der Militärversicherung oder der IV gehe. Der Versicherte läuft in diesem Fall Gefahr, solange keine Leistungen zu erhalten, bis die Leistungspflicht abgeklärt ist, was ihm schwere Nachteile bringen kann. Die SUVA und zwei grosse Kassenverbände haben versucht, durch ein Rahmenabkommen, dem jede Kasse beitreten kann, die Schwierigkeiten in der Weise zu beheben, dass die Kassen sich unter gewissen Voraussetzungen verpflichten, im Streitfall vorläufig ihre Leistungen zu erbringen und die SUVA die Verpflichtung zur Rückerstattung dieser Leistungen übernimmt, wenn die Abklärung ihre Leistungspflicht ergibt. Ein ähnliches Abkommen ist in jüngster Zeit auch zwischen der Militärversicherung und den Kassenverbänden geschlossen worden.

Leider vermochten diese Abkommen bis jetzt ihren Zweck nur zum Teil zu erreichen, da ihnen – wenigstens bis heute – viele Kassen nicht beigetreten sind. Es ist deshalb im Gesetze dem Bundesrat die Befugnis zu geben, die Verhältnisse generell in dem Sinne zu regeln, dass einer der erwähnten Versicherungs-

träger unter bestimmten Voraussetzungen und in einem gewissen Umfang als vorleistungspflichtig erklärt wird und die andern allenfalls zur Rückerstattung verpflichtet werden. Da die Leistungen der Kassen in der Regel weniger weit gehen als die Leistungen der andern Versicherungsträger, werden grundsätzlich die Kassen als vorleistungspflichtig zu erklären sein. Würde man die andern Versicherungsträger als vorleistungspflichtig erklären, so müssten sie gegebenenfalls die von ihnen im Verhältnis zu den Kassenleistungen zu viel gewährten Leistungen vom Versicherten zurückfordern, was meistens mit grossen Schwierigkeiten verbunden wäre.

III. Die Rückversicherung

Die schweizerische Krankenversicherung wird nicht nur durch anerkannte Kassen, sondern auch durch anerkannte Rückversicherungsverbände durchgeführt, d. h. durch Kassenverbände, die ausschliesslich die Rückversicherung von Leistungen der ihnen angeschlossenen Kassen betreiben. Veranlassung zur Schaffung von Rückversicherungsverbänden gab die Einführung der Tuberkuloseversicherung. Wie diese, beruhen auch die Rückversicherungsverbände zurzeit auf Artikel 15 des Tuberkulosegesetzes. Da dieser Artikel, wie gesagt, durch das vorliegende Gesetz aufgehoben werden soll, muss im KUVG selbst eine Rechtsgrundlage für die Rückversicherungsverbände geschaffen werden.

Dies ist auch deswegen notwendig, weil die Rückversicherungsverbände neben der Tuberkuloseversicherung weiterhin der Durchführung anderer Versicherungsmöglichkeiten zu dienen haben. Für Kassen mit kleineren Versichertenbeständen war schon bisher der freiwillige Ausbau der Versicherung (längere Leistungsdauer, hohe Krankengelder, Spitalzusatzversicherung usw.) technisch oft nur möglich, wenn die erhöhten Leistungen über den Weg der Rückversicherung auf einen wesentlich breiteren Risikobestand verteilt werden konnten. Solche Rückversicherungen können sich auch auf einen bestimmten Leistungsumfang beschränken, z. B. auf den Teil des Krankengeldes, der 5, 10 oder 15 Franken übersteigt. In diesem Fall behält die rückversicherte Kasse 5, 10 oder 15 Franken in ihrem eigenen Risiko. Ähnlich kann die Rückversicherung nach der Leistungsdauer aufgespalten sein, indem der Rückversicherer nur die Spitzenrisiken übernimmt, d. h. diejenigen Fälle, für welche die rückversicherte Kasse während einer vorbestimmten Dauer bereits Leistungen gewährt hat. Die Möglichkeit der teilweisen Rückversicherung hat den Vorteil, dass die rückversicherten Kassen ihre Selbständigkeit bewahren. Die kleineren Kassen werden sich in Zukunft zur Durchführung der in diesem Gesetz vorgesehenen Leistungen eher vermehrt rückversichern müssen, worauf bereits früher hingewiesen wurde.

In der Praxis hat sich ferner die Frage gestellt, ob auch Kassen die Rückversicherung von Leistungen anderer Kassen zu gestatten sei. Die Frage wurde bejaht. Bei Anlass der gegenwärtigen Revision ist der Grundsatz in das Gesetz aufzunehmen.

IV. Die Tarife

Wie bereits in der Einleitung ausgeführt wurde, soll das Arztrecht nicht in die vorliegende Gesetzesrevision einbezogen werden. An der geltenden Bestimmung über die Aufstellung der Arzttarife durch die Kantonsregierungen soll daher materiell nichts geändert werden. Dagegen bietet die Revision Anlass, die Tarife der Apotheker in Anpassung an die bestehende Praxis neu zu ordnen. Sodann muss das Gesetz durch Bestimmungen über die Tarife der Hebammen, der medizinischen Hilfspersonen, der Laboratorien und der Heilanstalten ergänzt werden, nachdem die Leistungen dieser Personen, beziehungsweise Institutionen gemäss unserem Entwurf eine ausdrückliche Regelung erfahren.

1. Die Tarife der Apotheker

Das geltende Gesetz ordnete in seinem Artikel 22 die Tarife der Apotheker zusammen mit denjenigen der Ärzte. Nach dieser Bestimmung setzen die Kantonsregierungen, nach Anhören von Vertretern der Kassen, sowie der Berufsverbände der Ärzte und der Apotheker, die Tarife der ärztlichen Leistungen und der Arzneien fest, wobei die Tarife für die einzelnen Leistungen und Arzneien die Mindest- und Höchstbeträge enthalten müssen, die nicht unterboten und nicht überschritten werden dürfen. In der Praxis anerkennen die Kantonsregierungen schon seit Jahren die vom Eidgenössischen Gesundheitsamt auf Antrag der Eidgenössischen Arzneimittelkommission aufgestellte Arzneimittelliste mit Tarif als Grundlage für den kantonalen Apothekertarif.

Da bei der Tätigkeit der Apotheker die Lieferung der Medikamente, also eines Produktes, im Vordergrund steht und nicht, wie bei den Ärzten, die Dienstleistung als solche, spielen die örtlichen Verhältnisse für die Preisgestaltung eine weniger wichtige Rolle als bei diesen, so dass es am zweckmässigsten ist, wenn ein für die ganze Schweiz gültiger Tarif vorgesehen wird. Sowohl der Schweizerische Apothekerverein als auch die Kassenverbände treten für einen eidgenössischen Tarif ein.

In Übereinstimmung mit dem Vorentwurf 1954 sehen wir daher vor, dass die Taxen für die Lieferung der zur Rezeptur für die Versicherten zugelassenen Arzneimittel und die damit verbundenen Arbeiten nach Anhören der Beteiligten durch den Bundesrat festzusetzen sind. In gleicher Weise soll dieser auch die Taxen für die von Apothekern und Laboratorien vorgenommenen Analysen festsetzen.

Einem Begehren der Apotheker folgend schlagen wir vor, dass diese Taxen als Minimaltarif gelten sollen und durch Vertrag zwischen Kassen und Apothekern um höchstens 10 Prozent erhöht werden können. In den Vernehmlassungen einiger Kassenverbände und zweier Kantone wurde auch die Ermöglichung einer zehnprozentigen Herabsetzung befürwortet. In der Praxis wird der der Arzneimittelliste beigegebene Tarif indessen fast ausnahmslos unverändert angewendet (Gebrauchstarif). Es bestehen nur vereinzelt vertragliche Erhöhungen. Diese Praxis hat sich eingelebt, so dass es naheliegt, in das

Gesetz eine Regelung aufzunehmen, durch welche der Tarif der Arzneimittel-Liste als Minimaltarif erklärt wird, der in einem bescheidenen Rahmen durch Verträge zwischen Apothekern und Kassen erhöht werden kann.

2. Die Tarife der Hebammen

Da die Pflichtleistungen inskünftig u. a. auch die Geburtshilfe durch die Hebamme umfassen sollen, muss bestimmt werden, welche Tarife für diese Leistungen massgebend sind. Die Regelung der Beziehungen zwischen Kassen und Hebammen und damit auch des Tarifs ist in erster Linie der vertraglichen Vereinbarung zu überlassen, weil dadurch am besten auf die jeweiligen Verhältnisse Rücksicht genommen werden kann.

Andererseits muss für den Fall, dass kein Vertrag zustandekommt, eine Instanz bezeichnet werden, die die Taxen festlegt. Ein eidgenössischer Tarif vermöchte den verschiedenartigen Verhältnissen nicht gerecht zu werden, so dass es als selbstverständlich erscheint, diese Befugnis den Kantonsregierungen zu geben, eine Lösung, die auch vom Schweizerischen Hebammenverband vorgeschlagen wird. Die von der Kantonsregierung festgesetzten Taxen im vertragslosen Zustand haben die Bedeutung eines für die Hebammen verbindlichen Tarifes.

3. Die Tarife der medizinischen Hilfspersonen

Es besteht kein Grund, die Tarifordnung der medizinischen Hilfspersonen anders zu regeln als diejenigen für die Hebammen.

Wie bei den Hebammen sehen wir deshalb vor, dass die Taxen für die Leistungen der medizinischen Hilfspersonen in erster Linie durch Verträge zwischen ihnen und den Kassen festzulegen sind, und dass für den Fall des vertragslosen Zustandes die Kantonsregierung die Tarife festsetzt. Die von der Kantonsregierung festgesetzten Taxen sollen im vertragslosen Zustand für die medizinischen Hilfspersonen verbindlich sein soweit sie Versicherte behandeln.

4. Die Tarife der Heilanstalten

Wie unter B, I, 1 *b* ausgeführt wurde, werden nach dem Entwurf die Leistungen bei Behandlung in der Heilanstalt – und damit die entsprechenden Taxen – durch Verträge zwischen den Kassen und den Heilanstalten festgelegt, wobei jedoch die von den Kassen zu gewährenden Mindestleistungen durch das Gesetz vorgeschrieben werden. Da diese Mindestleistungen von den Kassen auch zu gewähren sind, wenn kein Vertrag zustande kommt, muss eine Instanz bezeichnet werden, die in diesem Fall die Taxen festsetzt. Im Hinblick auf die von Kanton zu Kanton sehr verschiedenartigen Verhältnisse im Spitalwesen kommen hiefür nur die Kantonsregierungen in Frage. Diese müssen auch die Kompetenz haben, im vertragslosen Zustand die Taxen für die von den Heilanstalten durchgeführten ambulanten Behandlungen festzusetzen.

Es ergibt sich aus den unter den Heilanstalten bestehenden Verschiedenheiten ferner, dass die Kantonsregierungen zu verpflichten sind, bei der Fest-

setzung der Taxen die örtlichen Verhältnisse und den besonderen Charakter der Heilanstalt zu berücksichtigen und die Beteiligten anzuhören. Die von den Kantonsregierungen aufgestellten Taxen sind für die Heilanstalten für die allgemeine Abteilung verbindlich, soweit sie in dieser Versicherte aufnehmen. Sie sind ferner verbindlich, soweit Versicherte in der Heilanstalt ambulant behandelt werden.

Dritter Teil

Die finanziellen Auswirkungen der Revisionsvorlage

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass mit der Neugestaltung der Bundesbeiträge namentlich in der Krankenpflegeversicherung eine Erhöhung der Subventionsansätze verbunden ist. Die Belastung des Bundes aus der Subventionierung der sozialen Krankenversicherung wird demzufolge mit dem Inkrafttreten der Revision ansteigen. Die durch den Ausbau der Versicherungsleistungen bedingte Zunahme der Versicherungskosten wird aber mit den erhöhten Bundesbeiträgen nicht kompensiert. Die Versicherten werden selber einen ansehnlichen Teil der Mehrkosten finanzieren müssen. Wir haben Schätzungen darüber vorgenommen, wie sich die Verhältnisse ab 1963, dem Jahr, in dem das revidierte Gesetz in Kraft treten könnte, gestalten werden. Diese Schätzungen beruhen auf Rechnungsgrundlagen, die in Abschnitt A näher beschrieben werden. Nach Zahlenangaben über die Belastung des Bundes (Abschnitt B) folgen in Abschnitt C einige Ausführungen über die finanziellen Auswirkungen der Revisionsvorlage auf die Kassen und Versicherten.

A. Die Rechnungsgrundlagen

Um die Belastung des Bundes vorausberechnen zu können, müssen hauptsächlich zwei Rechnungselemente bekannt sein, nämlich die Zahl der Versicherten und die Subventionsansätze in Franken. Soweit die letzteren variabel gestaltet sind, ist ihre Höhe von den Versicherungskosten abhängig. Neben der Entwicklung der Versichertenbestände müssen demzufolge auch Annahmen über die künftige Entwicklung der Versicherungskosten getroffen werden. Diese Versicherungskosten liefern gleichzeitig wichtige Anhaltspunkte über die finanziellen Auswirkungen der Revisionsvorlage für die Versicherten selber.

Heute stehen statistische Unterlagen bis und mit dem Jahre 1959 zur Verfügung. Man ist also für die Jahre 1960 und später auf geschätzte Zahlen angewiesen. Diese Schätzungen basieren auf der tatsächlichen Entwicklung im Jahrzehnt 1950 bis 1959, wobei angenommen wurde, dass die Revision ab 1963 eine zusätzliche Kostensteigerung im Ausmass von durchschnittlich 10 Prozent verursachen wird. Das Schätzungsintervall umfasst 5 Jahre, bricht also mit dem Jahre 1964 ab. Damit wird immerhin ein Einblick in die Verhältnisse der ersten beiden Jahre nach der Revision ermöglicht.

I. Die Versichertenbestände

1. Die Versicherungsdichte

Da die Krankenversicherung von Bundes wegen kein Obligatorium kennt, sondern auf dem freiwilligen Beitritt beruht, ist die Annahme nicht zulässig, dass die Versichertenbestände mit der Bevölkerungsentwicklung parallel laufen. Während anfangs der 50er Jahre gegen 70 Prozent des Schweizervolkes einer Kasse angeschlossen waren, ist dieser Prozentsatz inzwischen noch gestiegen. Dabei sind sowohl die für Krankenpflege wie die für Krankengeld Versicherten eingerechnet. Es handelt sich bei einem grossen Teil der für Krankengeld Versicherten jedoch um Doppelzählungen. Diese Doppelzählungen lassen sich nicht zuverlässig ausmerzen, es sei denn mit grossem administrativem Aufwand. Die Berechnung der Versicherungsdichte, d. h. der Zahl der Versicherten auf 100 Einwohner, wird deshalb für die Krankenpflege- und die Krankengeldversicherung getrennt vorgenommen. Die Versicherungsdichte vermittelt nur in der Krankenpflegeversicherung ein getreues, von Doppelzählungen praktisch freies Bild.

Den Anhangtabellen 1 und 2 können Einzelheiten über die Entwicklung der Versicherungsdichte in beiden Versicherungsarten von 1950 bis 1959 sowie über ihren geschätzten künftigen Verlauf bis zum Jahre 1964 entnommen werden. Die Schätzungen über die Wohnbevölkerung basieren auf der Volkszählung 1950 und auf der vom Eidgenössischen Statistischen Amt Jahr für Jahr vorgenommenen Fortschreibung der Bestände. Bei den Versicherten handelt es sich stets um mittlere Jahresbestände. Es wurde angenommen, dass die Versicherungsdichte in nächster Zukunft wohl noch weiter ansteigen wird. Dabei dürfte jedoch eine Verlangsamung in dieser Entwicklung eher wahrscheinlich sein, da der Versicherungsdichte eine natürliche Grenze gesetzt ist.

2. Die Bestände in der Pflegeversicherung

Die Anhangtabelle 3 vermittelt einen Einblick in die Entwicklung der Zahl der für Krankenpflege Versicherten, und zwar getrennt nach Männern, Frauen und Kindern. Entsprechend den getroffenen Annahmen über den künftigen Verlauf der Versicherungsdichte geht der jährliche Zuwachs der für Krankenpflege Versicherten von 132 000 für das Jahr 1959 auf 70 000 für das Jahr 1964 zurück. Trotzdem muss damit gerechnet werden, dass im Jahre 1963 – also bei Inkrafttreten der Revision – rund 4,2 Millionen Personen für Krankenpflege versichert sein werden.

3. Die Bestände in der Geldversicherung

In der Krankengeldversicherung wird der Kopfbeitrag bei mehrfacher Mitgliedschaft gemäss Artikel 35, Absatz 3 jeder Kasse ausgerichtet. Man braucht sich deshalb um die einleitend erwähnten Doppelmitgliedschaften, die in den Berechnungen enthalten sind, nicht zu kümmern. Wie in der Kranken-

pflegeversicherung werden auch diese Bestände in nächster Zeit noch zunehmen. Der Zuwachs dürfte aber auch hier eine abnehmende Tendenz aufweisen. Während er im Jahre 1959 noch 67 000 Personen betrug, ist er für das Jahr 1964 auf 40 000 geschätzt worden (vgl. Anhangtabelle 4). Im Jahre 1963 dürften rund 2,7 Millionen Personen für Krankengeld versichert sein.

II. Die Versicherungskosten

1. Die Krankenpflegekosten

In der Anhangtabelle 5 sind die durchschnittlichen Krankenpflegekosten je Mann, je Frau und je Kind für die Beobachtungsperiode 1950 bis 1959 angegeben, wie sie der vom Bundesamt für Sozialversicherung alljährlich veröffentlichten Morbiditätsstatistik entnommen werden können. Es handelt sich hier um Zahlenunterlagen von über 500 Krankenpflegekassen, denen im Jahre 1959 über 3,1 Millionen für Krankenpflege Versicherte angehörten. Bei insgesamt rund 3,7 Millionen für Krankenpflege Versicherten ergibt sich so eine Teilerhebung von weit über 80 Prozent. Das gewonnene Zahlenmaterial darf somit ohne Zweifel als repräsentativ bezeichnet werden. Die Kosten umfassen sämtliche Ausgaben, die den Kassen aus ihrer statutarischen Leistungspflicht bei Krankenpflege entstehen. Ausgenommen sind die Kosten für Wochenbettleistungen, die Tuberkulosekosten sowie die Kosten anderer Versicherungsarten.

In der Zeit von 1950 bis 1959 kann in allen Versichertenkategorien eine ziemlich konstante Zunahme der im Landesmittel errechneten durchschnittlichen Krankenpflegekosten festgestellt werden. Die für das Jahrfünft 1960 bis 1964 geschätzten Werte basieren auf dieser in den vergangenen Jahren beobachteten Entwicklung. Es wurde angenommen, dass die durchschnittlichen Krankenpflegekosten bei den Männern um 2.50 Franken, bei den Frauen um 3.60 Franken, bei den Kindern um 1.50 Franken und bei allen Versichertenkategorien zusammen um 2.60 Franken pro Jahr ansteigen. Ab 1963 wird diese Entwicklung von der 10prozentigen Kostenerhöhung überlagert, die bei Inkrafttreten der Revision zu erwarten ist.

Ein anschauliches Bild über die Kostenentwicklung seit 1950 kann aus der indexmässigen Darstellung gewonnen werden. Die rechte Hälfte der Anhangtabelle 5 enthält zu diesem Zweck die Indexzahlen mit der Ausgangsbasis im Jahre 1950. Die durchschnittlichen Krankenpflegekosten der Erwachsenen stiegen von 1950 bis 1959 auf über 150 Prozent an (Männer 155; Frauen 151). Die durchschnittliche Zunahme pro Jahr beträgt demnach 5 bis 6 Indexpunkte. Diese Zunahme ist grundsätzlich auch für das Jahrfünft 1960 bis 1964 zu erwarten. Bei den Kindern verläuft die Entwicklung etwas weniger steil. Der Indexstand des Jahres 1959 erreicht 141,5 Punkte. Die Erhöhung gegenüber 1950 beträgt also etwas über 40 Prozent, was eine durchschnittliche Zunahme von 4 Indexpunkten pro Jahr ergibt. Die Entwicklung für alle 3 Versichertenkategorien

zusammen verläuft naturgemäss zwischen den beiden soeben beschriebenen der Erwachsenen und Kinder. Indexmässig ergibt sich eine durchschnittliche Zunahme von 5 Punkten pro Jahr.

2. Die Wochenbettkosten

Gemäss Artikel 35, Absatz 2 ist die Höhe des Wochenbettbeitrages in der Pflegeversicherung von den durchschnittlichen Pflegekosten je Wochenbett abhängig. Die Anhangtabelle 6 enthält deshalb Angaben über die Entwicklung dieser Pflegekosten. Es ergibt sich ein ganz ähnliches Bild wie in der Krankenpflegeversicherung. Die Zunahme von 1950 bis 1959 beträgt 40 Prozent. Die Zahlen entstammen der bereits erwähnten Morbiditätsstatistik des Bundesamtes für Sozialversicherung. Es handelt sich um eine Teilerhebung, deren Umfang etwa 90 Prozent beträgt. Die Werte für das Jahrzehnt 1960 bis 1964 sind gestützt auf die Entwicklung der vorangehenden 10 Jahre geschätzt, wobei auch hier eine zusätzliche 10prozentige Steigerung ab 1963 eingerechnet ist.

3. Die Tuberkulosekosten

Die Beiträge des Bundes an die Leistungen bei Tuberkulose berücksichtigen sowohl Pflege- wie Geldleistungen; die Ansätze sind jedoch verschieden. In der Anhangtabelle 7 sind deshalb die durchschnittlichen Werte je Versicherter und Jahr für Pflege und Geld getrennt angegeben. Wie namentlich dem Verlauf der Indexpunkte entnommen werden kann, ist die Kostenentwicklung in der Tuberkuloseversicherung seit dem Jahre 1952 rückläufig. Nur im Jahre 1959 wirkt sich die auf den 1. Januar in Kraft getretene Revision der VO I mit ihrem nicht unbedeutenden Leistungsausbau (Beiträge an die Kosten von Röntgenuntersuchungen) in einem leichten Wiederanstieg der durchschnittlichen Pflegekosten aus. Vermutlich handelt es sich hier um eine vorübergehende Erscheinung, so dass für das Jahrzehnt 1960 bis 1964 trotzdem mit einer rückläufigen Tendenz in der Kostenentwicklung – allerdings weniger ausgeprägt als bisher – gerechnet wurde.

4. Die Krankenpflegekosten der Invaliden

Gemäss Artikel 37 übernimmt der Bund 50 Prozent der Krankenpflegekosten, die von den Kassen nach Artikel 12, Absatz 4 und Artikel 12^{ter}, Absatz 2, Ziffer 1, Buchstabe *b* nicht auf die Bezugsdauer bei Aufenthalt in einer Heilanstalt angerechnet werden dürfen. Bei diesen Kosten handelt es sich somit um Kosten, die beim Aufenthalt von Invaliden in einer Heilanstalt entstehen. Inländische Erfahrungszahlen über die Morbiditätsverhältnisse bei Invaliden fehlen uns vollständig. Ausländisches Erfahrungsmaterial weist auf eine Verdoppelung der Morbidität der Invaliden hin. Da es hier um eine Schätzung der mutmasslichen Belastung des Bundes geht, soll vorsichtigerweise für die Aufenthalte in einer Heilanstalt mit durchschnittlichen Kosten von 100 Franken pro Jahr gerechnet werden, die auf einem Bestand von etwa 60 000 Versicherten beruhen.

III. Die Zahl der Wochenbett- und Stillgeldfälle

Gemäss Artikel 35, Absatz 2 und 4 gewährt der Bund seine Beiträge an die Wochenbettleistungen je Wochenbett und übernimmt die von den Kassen ausgerichteten Mindeststillgelder. Es müssen deshalb Annahmen über die Zahl der Wochenbett- und Stillgeldfälle getroffen werden.

In der Anhangtabelle 8 sind die entsprechenden Werte für die Beobachtungsperiode 1950 bis 1959 angegeben. Das Zahlenmaterial entstammt allgemeinen statistischen Unterlagen, bei denen nicht nach der Versicherungskombination (Pflege allein, Geld allein, Pflege und Geld) unterschieden wurde. Während sich die Zahl der Wochenbette je 100 versicherte Frauen auf 5 stabilisiert hat, gehen die Stillgeldfälle von Jahr zu Jahr zurück. Für die Vorausberechnungen ist die Zahl der Wochenbettfälle mit 5 und die der Stillgeldfälle mit 2 je 100 versicherte Frauen angenommen worden.

B. Die Belastung für den Bund

I. Die Belastung gemäss Revisionsvorlage

Gestützt auf die soeben beschriebenen Rechnungsgrundlagen kann die Belastung des Bundes durch die Revisionsvorlage bis auf die Bergzuschläge ermittelt werden. Im Jahre 1959 wendete der Bund an Bergzuschlägen rund 1,8 Millionen Franken auf. Dieser Betrag wird wegen der Erhöhung des Maximalansatzes auf 21 Franken im Rechnungsjahr 1963 etwa 2,5 Millionen Franken erreichen. Zusammen mit den übrigen Belastungskomponenten lässt sich für das Rechnungsjahr 1963 die Belastung des Bundes auf 89 Millionen Franken schätzen. Für die Gliederung dieses Betrages nach einzelnen Komponenten sei auf die Texttabelle 3 verwiesen.

Die Jahresbelastung von 89 Millionen Franken ist um 4 Millionen Franken höher als der seinerzeit errechnete Betrag von 85 Millionen Franken. Die Differenz lässt sich auf vier Gründe zurückführen. 2,4 Millionen Franken sind wegen der Aufrundung der Beitragsansätze der Krankenpflegeversicherung für Frauen und Kinder entstanden. Die Vereinheitlichung der Kopfbeiträge in der Krankengeldversicherung macht 0,2 Millionen Franken aus. Ferner kommt der Wochenbettbeitrag an die für Krankengeld versicherten Frauen den Bund auf 1,3 Millionen Franken jährlich zu stehen. Schliesslich ist noch die Erhöhung des Maximalansatzes für den Bergzuschlag auf 21 Franken mit 0,1 Millionen Franken jährlich zu berücksichtigen. Für Einzelheiten verweisen wir auf die Ausführungen im Zweiten Teil, C, II, 4.

Das finanzielle Schwergewicht der Revisionsvorlage liegt mit über 77 Mio Franken eindeutig bei der Subventionierung der Pflegeversicherung (einschliesslich Wochenbett und Tuberkulose). Dieser Betrag stützt sich durchwegs auf variable Subventionsansätze, für deren Höhe fast ausschliesslich der Stand der Pflegekosten des Jahres 1962 massgebend ist. Die durch die Revisionsvorlage

bedingte Erhöhung der Pflegekosten wirkt sich erst im zweiten Jahr nach der Revision auf die Höhe der Subventionsansätze aus. Sie wird eine Steigerung dieser Ansätze im Ausmass von etwa 10 Prozent über die normale Entwicklung hinaus zur Folge haben. Wie aus der Anhangtabelle 9 der Kassen ersichtlich ist, steigen die Bundesbeiträge vom Jahre 1963 auf 1964 um 10 Millionen Franken auf insgesamt 99 Millionen Franken an. 8 von diesen 10 Millionen Franken haben ihren Ursprung in der soeben beschriebenen ausserordentlichen Erhöhung der Subventionsansätze. Die restlichen 2 Millionen Franken sind auf die Kostenentwicklung und Zunahme der Versicherten zurückzuführen. Ab 1966 wird die Zunahme der Belastung des Bundes wegen dieser beiden Faktoren etwa 3 bis 4 Millionen Franken jährlich ausmachen.

II. Die Belastung gemäss geltendem Recht

Die Belastung des Bundes gemäss geltendem Recht ist für das Jahr 1963 in der Texttabelle 3, soweit als möglich nach den einzelnen Belastungskomponenten gegliedert, mit insgesamt fast 62 Millionen Franken angegeben. Die Kopfbeiträge nach geltendem Recht lassen sich nicht in solche für Pflege und solche für Geld aufteilen, ebensowenig die Wochenbettbeiträge. Hingegen setzen sie sich aus ordentlichen und zusätzlichen Beiträgen zusammen. Für die zusätzlichen Beiträge wurde auf den Bundesbeschluss vom 14. Dezember 1960 abgestellt.

III. Die Kosten der Revisionsvorlage im Vergleich zum geltenden Recht

Die Texttabelle 3 vermittelt ein Bild über das Ausmass der Erhöhung der Bundesbeiträge durch die Revisionsvorlage, und zwar gesamthaft wie auch gegliedert nach den einzelnen Belastungskomponenten. Für Einzelheiten verweisen wir auf die Ausführungen unter den Ziffern I und II.

Die Belastung des Bundes gemäss geltendem Recht und gemäss Revisionsvorlage

1963

Texttabelle 3

Belastungskomponenten	Jahresbelastung in Millionen Franken	
	Geltendes Recht ¹⁾	Revisionsvorlage
1. Krankenpflegebeiträge	} 48,0	{ 62,6
2. Krankengeldbeiträge .		{ 5,4
3. Wochenbettbeiträge	} 3,8	{ 6,3
a. Pflege		{ 1,3
b. Geld	} 8,0	{ 8,2
4. Tuberkulosebeiträge .		
5. Beiträge an die Krankenpflege der Invaliden	—	3,0
6. Bergzuschläge	1,9	2,5
Total	61,7	89,3

¹⁾ Einschliesslich zusätzliche Bundesbeiträge gemäss Bundesbeschluss vom 14. Dezember 1960.

Insgesamt wird die Belastung des Bundes im Jahre 1963 statt 62 Millionen Franken 89 Millionen Franken betragen. Die Revision wird dem Bund somit Mehrlasten von 27 Millionen Franken bringen, was einer Erhöhung der bisherigen Bundesbeiträge um über zwei Fünftel entspricht. Im Finanzhaushalt der Kassen ist der Einfluss dieser Erhöhung allerdings nicht so ausgeprägt. Wie der Anhangtabelle 10 entnommen werden kann, bewegen sich die Bundesbeiträge bis zum Jahre 1962 auf der Höhe von etwa 10 Prozent der gesamten Kasseneinnahmen. Ab 1963 beträgt dann ihr Anteil an den Gesamteinnahmen dauernd etwa 12 bis 13 Prozent.

C. Die finanziellen Auswirkungen auf die Kassen und Versicherten

Die finanziellen Auswirkungen der Revisionsvorlage können für die Versicherten der einzelnen Kassen sehr unterschiedlich ausfallen. Dies ist dadurch bedingt, dass bei den ca. 1100 Kassen grosse Unterschiede in den Versicherungsleistungen bestehen. Zwischen der leistungsmässig am besten ausgebauten Kasse und derjenigen Kasse, die gerade noch die gesetzlichen Mindestleistungen gewährt, kommen die verschiedensten Variationen und Kombinationen in bezug auf Umfang und Dauer der Versicherungsleistungen vor. Es ist klar, dass die neuen Mindestleistungen des Gesetzes dort die prozentual ausgeprägteste Erhöhung der Versicherungskosten zur Folge haben werden, wo der freiwillige Ausbau der Versicherungsleistungen bisher am meisten vernachlässigt worden ist. Umgekehrt wird die Revisionsvorlage eine ganze Reihe von Kassen in bezug auf die Versicherungskosten kaum beeinflussen, weil diese Kassen mit dem Ausbau ihrer Versicherungsleistungen das durch die Revision vorgesehene Niveau schon bisher erreicht oder gar überschritten haben. Die Beurteilung der finanziellen Auswirkungen der Revisionsvorlage für die Versicherten muss von diesen Extremfällen absehen und sich auf Auswirkungen beschränken, die sich unter bestimmten Voraussetzungen im Durchschnitt ergeben können. Solche Modellrechnungen dürfen jedoch nicht verallgemeinert werden und behalten ihre Gültigkeit nur im Rahmen der getroffenen Annahmen.

I. Die Auswirkungen auf den Finanzhaushalt der Kassen

Zunächst beurteilen wir die finanziellen Auswirkungen für die Versicherten auf Grund der zu erwartenden Durchschnittsentwicklung bei den Kassen. Zu diesem Zweck wurde der jährliche Finanzhaushalt der Kassen, gegliedert nach einzelnen Einnahmen- und Ausgabenkomponenten, bis zum Jahre 1964 fortgeführt, d.h. einschliesslich der ersten beiden Jahre nach Inkrafttreten der Revision (vgl. Anhangstabellen 9 bis 12). Soweit für die Schätzungen der einzelnen Komponenten nicht auf die Rechnungsgrundlagen gemäss Abschnitt A dieses Teils abgestellt werden konnte (Krankengelder, Verwaltungskosten, Beiträge von Kantonen usw.), sind die entsprechenden Posten in den Jahren 1960 bis 1964

nach einem linearen Extrapolationsverfahren ermittelt worden. In der Anhangstabelle 13 ist die Entwicklung der Vermögensquote, d.h. des Vermögens in Prozenten der Jahresausgabe, ebenfalls bis zum Jahre 1964 angegeben. Dabei ist angenommen worden, die Vermögensquote könne bis zum Jahre 1962 auf dem Stande des Jahres 1959, d.h. auf rund 61 Prozent gehalten werden. Die Revision wird eine aussergewöhnliche Erhöhung der Ausgaben im Jahre 1963 von schätzungsweise 10 Prozent verursachen. Daher wird es in jenem Zeitpunkt unvermeidlich sein, dass die Vermögensquote absinkt. Selbst wenn die Gesamtaufwendungen der Versicherten gleichzeitig statt der üblichen etwa 8 Prozent um rund 10 Prozent gesteigert werden, sinkt die Vermögensquote auf 58 Prozent im Jahre 1963 ab. Der Wiederanstieg auf 62 Prozent im Jahre 1964 lässt sich unter den getroffenen Annahmen nur erreichen, wenn die Aufwendungen der Versicherten sich weiterhin im Ausmass von rund 9 Prozent erhöhen lassen.

Dieses Entwicklungsbeispiel zeigt deutlich, dass die Kassen ihre finanzielle Entwicklung auch nach der Revision und trotz der Neugestaltung und Verbesserung der Bundesbeiträge stets im Auge behalten müssen. Insbesondere wird die ständige Kostensteigerung dauernd nach einer entsprechenden Reserveverstärkung rufen. Die Kassen können die hiezu erforderlichen Mittel nur über die Versicherten (Mitgliederbeiträge, Selbstbehalt) bereitstellen.

II. Die individuellen Auswirkungen

Parallel mit dem bereits erwähnten vielgestaltigen Ausbau der Versicherungsleistungen von Kasse zu Kasse sind auch die finanziellen Auswirkungen der Revisionsvorlage für den einzelnen Versicherten recht unterschiedlich. Beim nachfolgenden Versuch, die Verhältnisse anhand von Durchschnittszahlen darzulegen, ist deshalb ein entsprechender Vorbehalt anzubringen.

1. In der Texttabelle 4 sind die Zahlen hinsichtlich der Krankenpflegeversicherung einander gegenübergestellt, wie sie sich für Versicherte einer Modellkasse ergeben, deren Durchschnittspflegekosten bisher dem Landesmittel entsprochen haben und die bei Inkrafttreten der Revision gemäss der getroffenen Annahme um 10 Prozent ansteigen werden. Der Vergleich ist für das Jahr 1963 gezogen und für einen Mann, eine Frau und ein Kind getrennt durchgeführt worden. Die Kostensätze verstehen sich ohne Tuberkulose und ohne Wochenbett, weil für diese beiden Versicherungsleistungen besondere Bundesbeiträge gewährt werden. Es ist ferner angenommen worden, dass der Selbstbehalt wegen des Verbotes, ihn bei Heilanstaltsaufenthalt zu erheben, nur noch 14 Prozent der gesamten Krankenpflegekosten ausmacht gegenüber 18 Prozent nach geltendem Recht.

Wie der Texttabelle 4 entnommen werden kann, steigen bei Inkrafttreten der Revision die Mitgliederbeiträge in dieser Modellkasse beim Mann von 70 Franken auf 77.30 Franken oder um 10 Prozent, bei der Frau von 89.80 Franken auf 97.20 Franken oder um 8 Prozent und beim Kind von 45.20 Franken auf 48.40 Franken oder um 7 Prozent. Die Zahlen lassen zudem erkennen, dass sich

**Die jährliche Belastung je Versicherten in der Krankenpflegeversicherung gemäss
geltendem Recht und gemäss Revisionsvorlage**

1963

Beträge in Franken

Texttabelle 4

Kostenelemente	Schatzung gemäss	
	geltendem Recht ¹⁾	Revisionsvorlage ¹⁾
Je Mann		
Pflegekosten	76.80	84.50
Verwaltungskosten	12.—	12.—
Bruttokosten	88.80	96.50
Bundesbeitrag	5.—	7.40
Aufwendungen der Versicherten.	83.80	89.10
Aufteilung		
Selbstbehalt	13.80	11.80
Mitgliederbeitrag	70.—	77.30
Je Frau		
Pflegekosten	113.20	124.50
Verwaltungskosten	12.—	12.—
Bruttokosten	125.20	136.50
Bundesbeitrag	15.—	21.90
Aufwendungen der Versicherten.	110.20	114.60
Aufteilung		
Selbstbehalt	20.40	17.40
Mitgliederbeitrag	89.80	97.20
Je Kind		
Pflegekosten	55.70	61.30
Verwaltungskosten	12.—	12.—
Bruttokosten	67.70	73.30
Bundesbeitrag	12.50	16.30
Aufwendungen der Versicherten.	55.20	57.—
Aufteilung		
Selbstbehalt	10.—	8.60
Mitgliederbeitrag	45.20	48.40
¹⁾ Ohne Wochenbett- und ohne Tuberkulosekosten.		

nach der Revision innerhalb der Aufwendungen der Versicherten eine Verlagerung vom Selbstbehalt zu den Mitgliederbeiträgen vollzieht. Während nämlich vor der Revision 82 bis 84 Prozent der Aufwendungen der Versicherten auf die Mitgliederbeiträge entfielen, sind es nach der Revision 85 bis 87 Prozent.

Gewöhnlich erheben die Kassen in der Krankenpflegeversicherung Mitgliederbeiträge, in denen der Zuschlag für die Tuberkulose- und die Wochenbettleistungen eingeschlossen ist. In der betrachteten Modellkasse wären demzufolge noch die Nettokosten, d. h. die Kosten nach Abzug der anteilmässigen besonderen Bundesbeiträge an die Tuberkulose- und die Wochenbettleistungen hinzuzurechnen. Es kämen so 2 Franken je Versicherter für Tuberkulose sowie – nur bei den Frauen – 5 Franken für Wochenbettleistungen hinzu. Der Mitgliederbeitrag der Männer erhöht sich somit auf 79.30 Franken und derjenige der Frauen auf 104.20 Franken, womit der letztere auf erheblich mehr als 125 Prozent des Männerbeitrages ansteigt. Unter der Voraussetzung, dass in der Modellkasse gleichviel Männer wie Frauen versichert sind, kann der gesetzlichen Bestimmung über die höchstzulässige Differenzierung der Mitgliederbeiträge etwa in der Weise entsprochen werden, dass der Männerbeitrag auf 81.60 Franken erhöht und der Frauenbeitrag auf 102 Franken herabgesetzt wird. Die Männer bezahlen dann einen Solidaritätsbeitrag von 2.30 Franken.

Das Rechnungsbeispiel zeigt auch die allfällige Auswirkung der in verschiedenen Vernehmlassungen aufgestellten Forderung, die Mehrbelastung der Frauen sei durch entsprechend höhere Bundesbeiträge für Frauen bis auf die zulässige Differenz von 25 Prozent auszugleichen. Im vorliegenden Fall könnte die Modellkasse auf Solidaritätsbeiträge der Männer nur verzichten, wenn der Bundesbeitrag für Frauen um mindestens 5 Franken höher angesetzt würde. Dieser Betrag stimmt mit der eingerechneten Nettobelastung durch die Wochenbettleistungen gerade überein, mit andern Worten die erwähnte Forderung kommt im vorliegenden Fall der Forderung nach voller Übernahme der Wochenbettkosten durch den Bund gleich.

2. In der Krankengeldversicherung ist davon auszugehen, dass heute der weit überwiegende Teil der Versicherten während wenigstens 360 im Laufe von 540 aufeinanderfolgenden Tagen Anspruch auf Versicherungsleistungen hat. Der Übergang von dieser Bezugsdauer auf die im Gesetzesentwurf vorgesehenen 720 Tage im Lauf von 900 aufeinanderfolgenden Tagen wird eine Kostensteigerung von rund 7 bis 8 Prozent zur Folge haben. Kassen, die also bisher mit einem Mitgliederbeitrag von 12 Franken je versicherter Franken Krankengeld und Jahr ausgekommen sind, werden nach der Revision diesen Mitgliederbeitrag auf knapp 13 Franken erhöhen müssen.

Daneben ist in der Krankengeldversicherung noch die Erhöhung des Mindestkrankengeldes auf 2 Franken zu beachten. Von dieser Massnahme werden allerdings nur diejenigen Versicherten betroffen, die bisher nur für ein Krankengeld von einem Franken versichert waren, was jedoch schätzungsweise bei einem Fünftel aller Krankengeldversicherten zutrifft. Diese Versicherten werden als

Folge der Revision einen gegenüber früher entsprechend höheren Mitgliederbeitrag entrichten müssen.

Noch ein Wort zur Differenzierung des Mitgliederbeitrages nach dem Geschlecht in der Krankengeldversicherung. Bei dieser Versicherungsart hängt die Höhe des Mitgliederbeitrages in erster Linie von der durchschnittlichen Zahl der Krankentage je Versicherter und Jahr ab. Diese Durchschnittszahl ist im Landesmittel seit Jahren praktisch unverändert geblieben und für Männer und Frauen etwa gleich hoch, wenn von den Wochenbettfällen abgesehen wird. Rechnet man diese hinzu, so ergibt sich für die Frauen eine um rund 5 Prozent höhere Belastung als für die Männer. Die bei Anlass dieser Revision vorgesehene Verlängerung der Leistungsdauer im Falle eines Wochenbettes von 6 auf 10 Wochen bewirkt eine weitere Steigerung um 2 bis 3 Prozent, so dass nach der Revision die Belastung der Frauen in der Krankengeldversicherung 7 bis 8 Prozent höher sein wird als diejenige der Männer. Diese Differenz kann ohne weiteres im Rahmen der zulässigen Differenzierung der Mitgliederbeiträge nach dem Geschlecht ausgeglichen werden.

3. In den vorangehenden Rechnungsbeispielen ist in den Mitgliederbeiträgen nirgends ein Zuschlag für die Reservebildung mitberücksichtigt worden, und zwar weder in den Beitragsansätzen vor noch nach der Revision. Hatte die Modellkasse schon bisher für eine angemessene Reservebildung gesorgt und hiefür einen Zuschlag von 5 bis 10 Prozent erhoben, so wird sie auch in Zukunft mit einem Zuschlag in der gleichen Grössenordnung durchkommen. Dabei bleibt der Zuschlag im gleichen Verhältnis, so dass die Feststellungen unter Ziffer 1 und 2 über das prozentuale Ausmass der Erhöhung der Mitgliederbeiträge bei Inkrafttreten der Revision in einer solchen Kasse trotzdem ihre Gültigkeit behalten. Demgegenüber werden Kassen, die bisher der Reservebildung zu wenig Beachtung geschenkt haben, nach der Revision mit einer zusätzlichen Erhöhung der Mitgliederbeiträge rechnen müssen. Das Ausmass der Erhöhung kann stark variieren und hängt in erster Linie von der finanziellen Lage der einzelnen Kasse ab.

VIERTER TEIL

Erläuterungen zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen

I. Die Erleichterung der Aufnahme in die Versicherung

Artikel 5, Absatz 3 und 4

Artikel 5 des Gesetzes trägt das Marginale «Recht auf Mitgliedschaft» und bestimmt in Absatz 1, dass jeder Schweizerburger das Recht hat, in eine Kasse einzutreten, wenn er deren statutarische Aufnahmebedingungen erfüllt. Es ist daher gegeben, in diesem Artikel auch die im Zweiten Teil, B, II erwähnten Grundsätze aufzunehmen, durch welche das Recht der Kassen, die Aufnahmebedingungen nach eigenem Gutfinden festzusetzen, eingeschränkt wird.

Im neuen *Absatz 3* wird der Grundsatz aufgestellt, dass die Aufnahme nicht aus gesundheitlichen Gründen oder wegen Schwangerschaft verweigert werden darf. Nach der geltenden Praxis ist es den Kassen zwar jetzt schon untersagt, Schwangeren die Aufnahme zu verweigern. Es empfiehlt sich indessen, das Verbot im Gesetz selbst anzuführen. Im zweiten Satz dieses Absatzes werden die Voraussetzungen für die Aufstellung von Versicherungsvorbehalten sowie die Geltungsdauer solcher Vorbehalte geregelt.

Der neue *Absatz 4* enthält das Verbot, neue Vorbehalte beim Übertritt von der Kinderversicherung in die Erwachsenenversicherung der gleichen Kasse aufzustellen, worauf ebenfalls schon im Zweiten Teil, B, II hingewiesen wurde.

II. Die Kollektivversicherung

Artikel 5^{bis}

Da das Gesetz in Artikel 5 das Recht auf Mitgliedschaft im allgemeinen regelt, ist es angezeigt, die Vorschriften über die Kollektivversicherung in einem neuen Artikel 5^{bis} anzuführen. Denn diese Versicherung stellt eine besondere Art der Zugehörigkeit zur Kasse dar.

Absatz 1 gibt den Kassen die Möglichkeit, Verträge über die Versicherung von Personengruppen (Kollektivversicherung) abzuschliessen. Dazu bedürfen sie einer ausdrücklichen Ermächtigung der Aufsichtsbehörde, da die Durchführung der Kollektivversicherung nur Kassen gestattet werden kann, die hiefür die nötige finanzielle Sicherheit bieten und administrativ entsprechend eingerichtet sind.

Absatz 2 enthält den Grundsatz, dass zwischen den Leistungen der Kollektivversicherung und denjenigen der Einzelversicherung ein angemessenes Verhältnis bestehen muss, auf den im Zweiten Teil, E, I, 2 *a* hingewiesen wurde. Entsprechend der heutigen Praxis wird hier den Kassen die Befugnis gegeben, die körperschaftlichen Mitgliedschaftsrechte und -pflichten (Stimmrecht, Wählbarkeit, in Kassenorgane, Verpflichtung zur Teilnahme an Generalversammlungen usw.) frei zu ordnen. Die Kollektivversicherten stehen, im Gegensatz zu den Einzelversicherten, sehr oft nur in einer vorübergehenden Bindung zur Kasse. Die Kassen müssen deshalb die Möglichkeit haben, diese Beziehungen gemäss ihren Bedürfnissen zu regeln.

In *Absatz 3* wird der Kreis der Versicherungsnehmer umschrieben, mit dem die Kassen Verträge abschliessen können, wozu sich Erläuterungen im Zweiten Teil, E, III, 2 *b* finden.

Absatz 4 regelt die im Zweiten Teil, E, I, 3 erörterten Fälle, in denen den Kollektivversicherten beim Ausscheiden aus der Kollektivversicherung oder Dahinfallen des Vertrages der Übertritt in die Einzelversicherung gewährleistet werden muss, wobei die Kassen verpflichtet werden, die Übertretenden im bisherigen Umfang weiterzuversichern, soweit dies die in der Einzelversicherung der Kasse vorgesehenen Leistungen zulassen. Die Verpflichtung zur Wahrung des bisherigen Leistungsumfanges gilt ferner nur unter der Voraussetzung, dass

dadurch keine Überversicherung im Sinne von Artikel 26 entsteht. Die Kassen sind nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, beim Übertritt in die Einzelversicherung die Leistungen allenfalls soweit herabzusetzen, als dies zur Vermeidung einer Überversicherung nötig ist.

Absatz 5 ermächtigt den Bundesrat, die näheren Vorschriften über die Kollektivversicherung zu erlassen. Diese betreffen vor allem die Einzelheiten über das Verhältnis der Leistungen der Kollektivversicherung zu denjenigen der Einzelversicherung, die Fristen für den Übertritt zur Einzelversicherung, die Berechnung der Beiträge, die Wirkungen des Verzugs in der Beitragszahlung, allfällige Verwaltungskostenentschädigungen für die Versicherungsnehmer sowie die Fristen für die Vertragsauflösung.

III. Die Mitgliederbeiträge

Artikel 6^{bis}

Der *Absatz 1* enthält verschiedene im Zweiten Teil, C, I, 2 und 3 erläuterte Finanzierungsbestimmungen der geltenden Praxis, so vor allem die schon bisher angestrebte Trennung der Mitgliederbeiträge für die Krankenpflege- und die Krankengeldversicherung. Betreibt eine Kasse daneben noch andere Versicherungsarten (Art. 3, Abs. 5 KUVG), so hat sie diese wie bisher besonders zu finanzieren und darauf zu achten, dass ihre finanzielle Sicherheit dadurch nicht gefährdet wird. Das ergibt sich aus Artikel 3, Absatz 4 KUVG, so dass hierüber keine neue Bestimmung nötig ist. Wie schon den Ausführungen des Zweiten Teils zur Finanzierungsmethode entnommen werden kann, erachten wir als Maßstab für die Höhe der Reserven in der Krankenversicherung nach wie vor die Jahresausgabe als massgebend. Der im Absatz 1 verwendete Begriff «nötige Reserven» ist jedoch weit genug gefasst, um in Sonderfällen je nach der Natur des versicherten Risikos Abweichungen von diesem Maßstab zuzulassen. Wir denken etwa an die Sterbegeldversicherung, deren Finanzierung gemäss bisheriger Praxis auch weiterhin nach einem Kapitaldeckungsverfahren (Bilanzierung in geschlossener Kasse) zu erfolgen hat. Dabei wird das Ausmass der nötigen Reserven in solchen Fällen die Höhe einer Jahresausgabe zweifellos übersteigen.

Die Bestimmungen von *Absatz 2* entsprechen der bisherigen Praxis. Zur Frage der Differenzierung der Mitgliederbeiträge zwischen Männern und Frauen verweisen wir auf die Ausführungen im Zweiten Teil, C, I, 3 a.

Absatz 3 schafft die Grundlage für die Regelung derjenigen Fälle, in denen bei der Festsetzung der Mitgliederbeiträge beispielsweise aus Gründen des Familienschutzes der Grundsatz der Gegenseitigkeit erst in zweiter Linie massgebend sein soll. Neben der Erleichterung der Versicherung von Familienangehörigen und von Minderjährigen (Zweiter Teil, C, I, 3 d) gehören hierher auch die Fälle, wo für die Versicherung ganzer Belegschaften von Betrieben die Erhebung von Solidaritätsbeiträgen bei den wirtschaftlich Bessergestellten zugunsten der wirtschaftlich Schwächeren ermöglicht werden soll.

IV. Die Freizügigkeit

Die im Zweiten Teil, B, III dargestellten Verbesserungen des Freizügigkeitsrechts haben zur Folge, dass die meisten Absätze der Artikel 7 bis 10 des Gesetzes revidiert werden müssen. Weitere Absätze müssen an andere revidierte Artikel des Gesetzes angepasst werden. Noch andere sind aufzuheben. Es bleiben deshalb nur einzelne Bestimmungen des Freizügigkeitsrechtes in der bisherigen Fassung stehen. Unter diesen Umständen wäre es unzweckmässig, die neuen Bestimmungen zwischen diese Absätze einzureihen. Im Interesse der Klarheit und Übersichtlichkeit werden deshalb die Artikel 7 bis 10 des Gesetzes vollständig neu redigiert.

Artikel 7

Absatz 1 enthält die neue Frist für die Entstehung des Anspruches auf Freizügigkeit sowie die abschliessende Aufzählung der Freizügigkeitsgründe, wozu die entsprechenden Ausführungen im Zweiten Teil, B, III, 1 und 2 gemacht wurden. Unter dem Freizügigkeitsgrund der Aufgabe des Wohnortes gemäss Buchstabe *a* ist nicht nur die Aufgabe des zivilrechtlichen Wohnsitzes zu verstehen, sondern auch der Wegzug von einem Ort, wo sich der Versicherte tatsächlich längere Zeit aufgehalten hat. In *Absatz 2* wird der dort unter Ziffer 3 erwähnte Fall geregelt, wo ein Versicherter durch Anstellungsbedingung verpflichtet wird, in eine andere Kasse einzutreten.

Artikel 8

Dieser Artikel enthält die Sonderregelung der Freizügigkeit für Angehörige von Betriebs- und Berufsverbandskassen gemäss den Ausführungen im Zweiten Teil, B, III, 4.

In *Absatz 1* wird der Zeitpunkt festgelegt, bis zu welchem der Anspruch auf Freizügigkeit längstens besteht.

Absatz 2 bestimmt, wann der Anspruch während dieser Zeit entsteht, wenn der Versicherte krank ist.

Absatz 3 enthält eine analoge Regelung für Versicherte, die schwanger oder im Genuss von Leistungen bei Mutterschaft sind. Diese Regelung gilt auch für Versicherte, die aus einer Kollektivversicherung ausscheiden, da diese des gleichen Schutzes bedürfen wie solche, die aus einer Betriebs- oder Berufsverbandskasse austreten müssen.

Absatz 4 regelt den sogenannten Ersatzanspruch, d.h. das Recht des Mitgliedes, das keinen Anspruch auf Freizügigkeit hat, für die bisherigen Leistungen bei der Kasse zu bleiben. Das Recht auf Weiterführung der Versicherung im bisherigen Umfang hat selbstverständlich zur Voraussetzung, dass dadurch keine Überversicherung im Sinne von Artikel 26 entsteht. Im andern Fall hat die Kasse die Leistungen entsprechend herabzusetzen.

Artikel 9

In *Absatz 1* werden die bisherigen Bestimmungen zusammengefasst, wonach dem Züger die Aufnahmebedingungen hinsichtlich Gesundheitszustand und Höchstalter nicht entgegengehalten werden dürfen, und ihm weder eine Karenzzeit noch die Entrichtung eines Eintrittsgeldes auferlegt werden darf.

In *Absatz 2* werden die Kassen verpflichtet, den Züger im Rahmen der von ihnen gewährten Leistungen im gleichen Umfang zu versichern, in welchem er vorher versichert war. Das bedeutet, dass die übernehmende Kasse dem Züger zwar im Grundsatz den bisherigen Leistungsumfang wahren muss, dass sie ihn jedoch höchstens zu den Leistungen zu versichern hat, die sie in der Einzelversicherung ihren übrigen Versicherten gewährt. Richtet die Kasse z. B. höchstens ein Taggeld von zehn Franken aus, so muss sie den Züger höchstens für dieses versichern, auch wenn er vorher für ein höheres Taggeld versichert war. Überdies gilt auch hier das Verbot der Überversicherung gemäss Artikel 26. Die Kasse hat also auch im Rahmen der von ihr gewährten Leistungen den Züger nur soweit zu versichern, als daraus keine Überversicherung entsteht.

Zu *Absatz 3*, der die Mitgliederbeiträge der Züger betrifft, kann auf die Ausführungen im Zweiten Teil, B, III, 6 verwiesen werden.

Absatz 4 enthält die Regel des geltenden Rechts, wonach die übernehmende Kasse befugt ist, dem Züger die Tage, für welche er Leistungen bei früheren Kassen erhalten hat, auf die Dauer seiner Bezugsberechtigung anzurechnen. Diese Regel wird im Hinblick auf den neuen Absatz 3 von Artikel 5 durch das Recht ergänzt, Versicherungsvorbehalte weiterdauern zu lassen. Da es sich nicht um einen neuen Vorbehalt handelt, sondern um das Weiterdauern eines schon bestehenden, fällt er auch bei der neuen Kasse spätestens dahin, wenn er während insgesamt 5 Jahren gedauert hat.

Artikel 10

Absatz 1 enthält eine Bestimmung, die sich zurzeit nicht im Gesetz, sondern in einer Ausführungsverordnung befindet, ihrer Art nach aber ins Gesetz gehört, da sie die Frist für die Geltendmachung des Freizügigkeitsanspruches festsetzt, nach deren Ablauf dieser Anspruch verwirkt ist.

In *Absatz 2* wird, in Übereinstimmung mit dem geltenden Recht, bestimmt, dass der Züger zwar nicht die Aufnahmebedingungen betreffend Gesundheitszustand und Höchstalter, wohl aber alle übrigen Aufnahmebedingungen erfüllen muss, um einer Kasse beitreten zu können. Aus naheliegenden Gründen wird ihm also auch weiterhin nicht das Recht zum Beitritt in Kassen gegeben, die einen besonderen Kreis von Versicherten umfassen, wie Betriebs-, Berufs- und Berufsverbandskassen, sowie konfessionelle und politische Kassen, wenn er nicht dem betreffenden Kreis angehört. Das geltende Recht gibt den Zügern allerdings auch gegenüber diesen Kassen das Beitrittsrecht, sofern ihnen keine andere Kasse an ihrem Wohnort offensteht. Diese Bestimmung kann aber

fallengelassen werden, weil es heute in der ganzen Schweiz Kassen gibt, die jedermann offenstehen.

V. Die Versicherungsleistungen

Der Ausbau der Mindestleistungen erfordert eine eingehendere Regelung als bisher, die sich auf vier Artikel verteilt: Krankenpflege (Art.12), Krankengeld (Art.12^{bis}), Leistungen bei Erkrankung an Tuberkulose (Art.12^{ter}), Leistungen bei Mutterschaft (Art.14).

Artikel 12

In *Absatz 1* wird zunächst die Unterscheidung zwischen Krankenpflege- und Krankengeldversicherung gemacht. Die übrigen Absätze betreffen lediglich die Krankenpflegeversicherung.

Absatz 2 regelt die Leistungen für ambulante Behandlung, Aufenthalt in einer Heilanstalt und bei Badekuren in bezug auf ihren Inhalt.

Absatz 3 ordnet die Leistungsdauer bei ambulanter Behandlung.

Absatz 4, erster Satz regelt die Leistungsdauer bei Heilanstaltsaufenthalt und bei Badekuren.

Im *zweiten Satz von Absatz 4* findet sich die Vorschrift, wonach Pflegeleistungen an Rentner der IV und an Minderjährige, die sich länger als 360 Tage ununterbrochen in der Heilanstalt aufhielten, nicht auf diese Bezugsdauer angerechnet werden dürfen. Zur Erläuterung ist auf den Zweiten Teil, B, I, 1 und 4 zu verweisen.

Absatz 5 enthält die Kompetenz des Bundesrates, nach Anhören einer Fachkommission festzulegen, was unter dem Begriff der ärztlichen Behandlung, den durch medizinische Hilfspersonen vorgenommenen wissenschaftlich anerkannten Heilanzeigen sowie den entsprechenden Leistungen bei Behandlung in der Heilanstalt zu verstehen ist; ferner soll der Bundesrat den von den Kassen zu gewährenden Beitrag an die Kosten der Krankenpflege bei Aufenthalt in der Heilanstalt und den Kurbeitrag bei ärztlich verordneten Badekuren festsetzen. Über diese Befugnis des Bundesrates werden im Zweiten Teil, B, I, 1 nähere Ausführungen gemacht.

Wie bereits dort erwähnt wurde, sollen die ausgewählten Arzneimittel auch in Zukunft in zwei Kategorien zusammengefasst werden, nämlich in solche, die von den Kassen als Pflichtleistungen zu übernehmen sind, und solche, deren Übernahme den Kassen als freiwillige Leistung empfohlen wird. Zur ersten Kategorie werden wie bisher in erster Linie die zur Rezeptur für die Versicherten zugelassenen Arzneistoffe sowie bestimmte pharmazeutische Spezialitäten und konfektionierte Heilmittel gehören. Die zweite Kategorie wird, wie jetzt, diejenigen wissenschaftlich anerkannten pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel enthalten, deren Übernahme für die Kassen unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Auswirkungen neben den Arzneimitteln der ersten Kategorie als tragbar erscheint.

Artikel 12^{bis}

In *Absatz 1* wird das bisherige Mindestkrankengeld auf zwei Franken erhöht.

Wie im Zweiten Teil, B, I, 2 erwähnt, dürfen im Interesse der weiblichen Erwerbstätigen die Bedingungen für die Einreihung in Krankengeldklassen nicht nach dem Geschlecht verschieden sein. Dieser Grundsatz findet sich in *Absatz 2*. Im gleichen Absatz wird die bisherige Vorschrift, wonach Kinder vor dem Jahre, in welchem sie das 14. Altersjahr zurücklegen, nicht für Krankengeld versichert sein dürfen, in Anpassung an das Bundesgesetz vom 24. Juni 1938 über das Mindestalter der Arbeitnehmer dahin abgeändert, dass die Mindestaltersgrenze auf das zurückgelegte 15. Altersjahr festgesetzt wird.

Absatz 3 enthält die neue Mindestleistungsdauer von 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen. Während dieser Dauer haben die Kassen das Mindestkrankengeld von zwei Franken pro Tag zu gewähren.

Durch *Absatz 4* wird eine wesentliche Verbesserung des Versicherungsschutzes eingeführt, die bei den Ausführungen über die Krankengeldversicherung im Zweiten Teil, B, I, 2 nicht erwähnt worden ist. Nach der bisherigen Praxis waren die Kassen berechtigt, bei Kürzung des Krankengeldes infolge Überversicherung auch die Krankentage mit gekürztem Taggeldbezug auf die Leistungsdauer voll anzurechnen, soweit der Bezug pro Tag mindestens dem gesetzlichen Minimum von einem Franken entsprach. Nach der Vorlage sollen in diesen Fällen nur so viele Tage angerechnet werden können, als die Teilung des Gesamtbetrages der ausgerichteten Leistungen durch den versicherten Tagesansatz ergibt. Diese Regelung entspricht derjenigen, welche bisher schon für die Taggeldleistungen der Tuberkuloseversicherung galt.

Artikel 12^{ter}

Der Einbau der Leistungen bei Erkrankung an Tuberkulose macht es notwendig, dem Gesetz einen neuen Artikel beizufügen. Es drängt sich auf, diese speziellen Leistungen im Anschluss an die Bestimmungen über die ordentlichen Leistungen in einem Artikel 12^{ter} zu regeln.

Dieser Artikel umschreibt in *Absatz 1* die Leistungen, welche bei Erkrankung an Tuberkulose zu gewähren sind.

Absatz 2 legt die Leistungsdauer für die Krankenpflegeversicherung getrennt für die ambulante und die Heilanstaltsbehandlung fest.

In *Absatz 3* wird, wie für die ordentlichen Leistungen, vorgesehen, dass die Tuberkuloseleistungen auf diese Bezugsdauern nicht angerechnet werden dürfen, solange der Versicherte eine Rente der IV bezieht oder solange ein minderjähriger Versicherter, der keine Rente der IV bezieht, nach einem Heilanstaltsaufenthalt von 360 aufeinanderfolgenden Tagen sich weiterhin ununterbrochen in einer Heilanstalt aufhält. Auch auf die Bezugsdauer für die ordentlichen Leistungen dürfen die Leistungen bei Erkrankung an Tuberkulose nicht angerechnet werden, was gegenüber dem geltenden Recht eine Verbesserung bedeutet, da nach diesem die Anrechnung einer gewissen Zeitspanne zulässig ist.

In *Absatz 4* wird dem Bundesrat die Ermächtigung erteilt, das Nähere über die Voraussetzungen für den Anspruch auf Tuberkuloseleistungen zu ordnen und die Leistungen im einzelnen festzusetzen. Die Pflegeleistungen für den Fall der Erkrankung an Tuberkulose können im Gesetz nur allgemein umschrieben werden. Ihre Ausgestaltung im einzelnen muss nach wie vor dem Bundesrat überlassen werden, um die Möglichkeit zu haben, die Kurbeiträge unter Berücksichtigung der Taxen der Tuberkuloseheilanstalten gegebenenfalls ändern und die Regelung der von den Kassen zu übernehmenden besonderen Behandlung stets dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft anpassen zu können. Dabei wird insbesondere auch geregelt werden müssen, unter welchen Voraussetzungen die Leistungen bei Erkrankung an Tuberkulose bei ambulanter Behandlung zu gewähren sind.

Artikel 13

Der bisherige Artikel 13 behandelt in seinen Absätzen 1 und 2 die Karenzzeit und die Wartefrist, die von der Vorlage unberührt bleiben. Absatz 3 regelt die Mindestleistungsdauern, die nun in Artikel 12, Absatz 4 (Krankenpflege) und in Artikel 12^{bis}, Absatz 3 (Krankengeld) unseres Entwurfes verankert sind; er fällt daher dahin. An seiner Stelle schlagen wir einen *neuen Absatz 3* vor, welcher der sich in der Praxis entwickelten Krankengeldversicherung mit aufgeschobenem Leistungsbeginn Rechnung trägt. Der Bundesrat soll die Bedingungen festsetzen, unter denen die in Absatz 2 geregelte Wartefrist für den Anspruch auf Krankengeld verlängert werden kann. Es handelt sich um Fälle, in denen der Versicherte während einer gewissen Zeit keinen Erwerbsausfall hat, und die Auszahlung des versicherten Krankengeldes deshalb schon nach der kurzen Wartezeit gemäss Absatz 2 notwendigerweise zu einer Überversicherung führen müsste.

Absatz 4 des bisherigen Artikels 13 wird durch Artikel 14^{bis} unseres Entwurfes ersetzt und ist daher aufzuheben.

Absatz 5, der dem KUVG durch Artikel 83 IVG beigelegt wurde, ist ebenfalls aufzuheben, da Artikel 13^{bis} des Entwurfes an seine Stelle tritt.

Artikel 13^{bis}

Wie soeben erwähnt, tritt dieser Artikel an Stelle des Absatzes 5 von Artikel 13 KUVG, wonach die Leistungen der Krankenversicherung während der gesetzlichen Mindestdauer nicht wegen Invalidität eingestellt werden dürfen. Der Unterschied der neuen Bestimmung zur bisherigen liegt, wie bereits im Zweiten Teil, B, I, 4 erwähnt, darin, dass das invalid gewordene Kassenmitglied nicht nur während der gesetzlichen Mindestdauer weiterhin Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung haben soll, sondern dass die Invalidität überhaupt seine Stellung als Kassenmitglied nicht verändern darf. Selbstverständlich unterliegt es wie die andern Kassenmitglieder den Regeln über die Überversicherung, so dass die Leistungen der Krankenversicherung

beim Zusammentreffen mit solchen der IV unter Umständen eine Kürzung erfahren.

Artikel 14

Darf gemäss Artikel 5. Absatz 3 die Aufnahme in die Kasse zwar nicht wegen Schwangerschaft abgelehnt werden, so ist die Kasse anderseits nur dann zu Leistungen bei Mutterschaft zu verpflichten, wenn die Versicherte bis zum Tage der Niederkunft, ohne eine Unterbrechung von mehr als 3 Monaten während wenigstens 270 Tagen Mitglied von Kassen gewesen ist, weil sonst Missbräuche unvermeidlich wären (*Absatz 1*).

Absatz 2 unterscheidet zunächst zwischen Entbindung zu Hause, bei der die Kassen die Geburtshilfe durch die Hebamme oder durch den Arzt zu übernehmen haben (Ziff.1, Buchstaben *a* und *b*), und der Entbindung in der Heilanstalt, bei der die Kassen einen Beitrag an die Entbindungstaxe zu gewähren haben (Ziff.2). Ferner regelt die Bestimmung die Gewährung eines Beitrages an die Kosten der Pflege des Kindes, solange dieses sich mit der Mutter in der Heilanstalt aufhält, sowie eines Beitrages an die Kosten der Pflege und Behandlung des Kindes, wenn es unmittelbar nach der Geburt der Behandlung in der Heilanstalt bedarf (Ziff.3, Buchstaben *a* und *b*). Schliesslich setzt die Bestimmung auch die von den Kassen zu übernehmenden Kontrolluntersuchungen auf fünf fest (Ziff.4).

In *Absatz 3* wird der Grundsatz aufgestellt, dass der Versicherten die Wahl zwischen der Entbindung zu Hause oder in einer Heilanstalt freisteht.

Absatz 4 ordnet das Taggeld. Wie bisher entspricht es dem versicherten Krankengeld. Der Anspruch auf Taggeld hat somit zur Voraussetzung, dass die Versicherte für Krankengeld versichert ist, und überdies, dass sie keine gesundheitsschädliche Arbeit verrichtet. Arbeiten im eigenen Haushalt sollen in der Regel nicht als gesundheitsschädlich betrachtet werden.

Wie bereits im Zweiten Teil B. I, 5c ausgeführt wurde, ist das Stillgeld auch den nur für Krankengeld Versicherten zu gewähren. Für den Fall, dass die Versicherte bei mehr als einer Kasse versichert ist, muss deshalb festgelegt werden, welche dieser Kassen das Stillgeld auszurichten hat. *Absatz 5* sieht vor, dass in einem solchen Fall diejenige Kasse das Stillgeld auszurichten hat, bei welcher die Versicherte für Krankenpflege versichert ist, und wenn sie hierfür nicht versichert ist, diejenige Kasse, welcher die Versicherte am längsten angehört.

Absatz 6 enthält die Umschreibung der Leistungsdauer und das Verbot ihrer Anrechnung auf die Leistungsdauern, die für den Fall von Krankheit vorgesehen sind. Die Erschöpfung der letzteren soll den Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft in keiner Weise beeinträchtigen.

Wie bisher bedeutet die Bezugsdauer für Leistungen bei Mutterschaft nicht, dass nach deren Ablauf überhaupt keine Leistungen mehr ausgerichtet werden, sondern dass allfällig weiterhin notwendige Behandlungen von diesem Zeitpunkt an zulasten der Krankenversicherung gehen. Die Leistungsdauer

gilt sowohl für die Pflegeleistungen als auch für das Taggeld und ist wie bisher unabhängig von derjenigen der Krankenversicherung. Sie kann auf die Kontrolluntersuchungen selbstverständlich nicht angewendet werden, weshalb ausdrücklich festzulegen ist, dass diese vom Beginn der Schwangerschaft an zu übernehmen sind.

VI. Selbstbehalt und Krankenscheingebühr

Artikel 14^{bis}

Absatz 1 enthält die im Zweiten Teil, C, I, 4 erläuterte Regelung des Selbsthaltes. Sowohl die untere Schranke von einem Zehntel wie auch der Maximalansatz von einem Viertel beziehen sich auf die gesamten Jahreskosten, auf denen unter Berücksichtigung von Absatz 2 ein Selbstbehalt erhoben werden darf. In diesem Rahmen sind die Einzelheiten durch Verordnung zu regeln (Abs. 4). Den Kassen ist die Abstufung des Selbsthaltes nach dem Geschlecht nicht gestattet.

Absatz 2 zählt die Fälle abschliessend auf, in denen die Erhebung eines Selbsthaltes verboten ist. Die Begründung hiezu findet sich im Zweiten Teil, C, I, 4.

Absatz 3 schafft die gesetzliche Grundlage für die Krankenscheingebühr. Durch Verordnung ist insbesondere ein Höchstbetrag festzulegen, an den sich die Kassen bei der Erhebung dieser Verwaltungsgebühr zu halten haben (bisher 2 Franken pro Krankenschein).

Im ersten Satz von *Absatz 4* wird dem Bundesrat die Kompetenz gegeben, das Nähere über den Selbstbehalt festzulegen. Beim Selbstbehalt wird es sich hauptsächlich um Bestimmungen über die Gestaltung der degressiven Skala bei denjenigen Kassen handeln, die von der Möglichkeit der erweiterten Abstufung Gebrauch machen wollen. Für Einzelheiten sei auf die Darlegungen im Zweiten Teil, C, I, 4 verwiesen.

Es gibt auch heute noch Kassen, die von der Pflicht, einen Selbstbehalt zu erheben, befreit sind. Wir möchten solche Kassen nicht ohne Not zwingen, einen Selbstbehalt zu erheben. Deshalb soll der Bundesrat ermächtigt sein, in bestimmten Fällen Ausnahmen von der Pflicht zur Erhebung des Selbsthaltes zu gestatten. Das gleiche gilt für jene Kollektivverträge, bei denen der Wegfall des Selbsthaltes von vornherein mit einem entsprechenden höheren Mitgliederbeitrag abgegolten ist.

VII. Wahl der Heilanstalt

Artikel 19^{bis}

Das KUVG regelt in den Artikeln 15 bis 19 die Wahl des Arztes und der Apotheke. Wir haben daher die Bestimmungen über die Wahl der Heilanstalt in einem neuen Artikel 19^{bis} zusammengefasst. Die Begründung für die hier enthaltene Regelung wurde bereits im Zweiten Teil, B, I, 1*b*, *bb* und *cc* gegeben.

In *Absatz 1* wird der Grundsatz aufgestellt, dass dem Versicherten die Wahl der Heilanstalt, ausgenommen bei Erkrankungen an Tuberkulose, vollständig frei steht.

Absatz 2 bezieht sich auf die Fälle, in denen die Kassen mit einer oder mehreren, am Wohnort des Versicherten oder in dessen Umgebung gelegenen Heilanstalten Verträge abgeschlossen haben.

Absatz 2 wird ergänzt durch *Absatz 3*, der die Fälle regelt, in denen sich der Versicherte nicht in eine Vertragsanstalt am Wohnort oder in dessen Umgebung begibt. Gemäss dem in *Absatz 1* aufgestellten Grundsatz können die Kassen die Versicherten nicht zwingen, in eine dieser Vertragsanstalten einzutreten. Sie sind jedoch berechtigt, ihre Leistungen nach den Taxen zu bemessen, die bei Behandlung in der nächstgelegenen Vertragsanstalt hätten bezahlt werden müssen. Im Gesetz ist eine Vertragsanstalt als massgebend zu bezeichnen, weil eine Kasse mit mehreren am Wohnort des Versicherten oder in dessen Umgebung gelegenen Heilanstalten Verträge mit unterschiedlichen Tarifen abgeschlossen haben kann. Der Gesetzgeber muss daher bestimmen, welcher Tarif anwendbar ist. Im Interesse der Versicherten ist es vorzuziehen, auf den Tarif der nächstgelegenen Vertragsanstalt abzustellen, anstatt, wie in den Grundsätzen vorgesehen war, auf den für die Kasse günstigeren Tarif. Der zweite Satz enthält die Befugnis der Kantonsregierung, die in *Absatz 4* vorgesehene Regelung des sogenannten vertragslosen Zustandes als anwendbar zu erklären, wenn das Abstellen auf den Tarif der nächstgelegenen Vertragsanstalt zu Unbilligkeiten führt. Auf diese Befugnis wurde ebenfalls schon im Zweiten Teil, B, I, 1b, bb hingewiesen.

Absatz 4 regelt den Fall, dass eine Kasse keinen Vertrag mit einer am Wohnort des Versicherten oder in dessen Umgebung gelegenen Heilanstalt abgeschlossen hat. Wie wir im Zweiten Teil, B, I, 1b, bb dargelegt haben, müssen in einem solchen Fall die Kassen ermächtigt werden, ihre Leistungen nach einem nicht zu hohen Tarif zu bemessen, der aber immerhin dem Tarif einer dem Wohnort des Versicherten oder dessen Umgebung nahe gelegenen Heilanstalt entsprechen muss. Wir sehen deshalb vor, dass es sich um die nächstgelegene öffentliche Heilanstalt handeln muss. In einem Bundesgesetz kann jedoch nicht festgelegt werden, welche Anstalten als öffentliche zu gelten haben, da das Spitalwesen Sache der Kantone ist. Wir sehen deshalb vor, dass die Kantonsregierungen die Heilanstalten bezeichnen, die als öffentlich zu gelten haben. Es muss sich dabei aber um Anstalten handeln, die eine allgemeine Abteilung besitzen. Die Kassen können dann ihre Leistungen nach dem Tarif der allgemeinen Abteilung der dem Wohnort des Versicherten nächstgelegenen öffentlichen Heilanstalt bemessen. Da die Tarife von Kanton zu Kanton verschieden sind, ist, wie bereits früher ausgeführt wurde, ferner zu bestimmen, dass diese nächstgelegene Heilanstalt im gleichen Kanton gelegen sein muss, in welchem der Versicherte wohnt.

Die Begründung zu *Absatz 5* wurde ebenfalls bereits im Zweiten Teil, B, I, 1b, bb gegeben. Dieser Absatz regelt den Fall, wo ein Versicherter aus medizi-

nischen Gründen gezwungen ist, sich in eine bestimmte Anstalt zu begeben. Ist er aus anderen Gründen gezwungen, in eine bestimmte Heilanstalt einzutreten, so findet die Bestimmung keine Anwendung.

Durch *Absatz 6* wird die Wahl der Heilanstalt bei Erkrankung an Tuberkulose auf die vom Bund anerkannten Tuberkuloseheilanstalten beschränkt, weil hier besonders darauf geachtet werden muss, dass die Behandlung in einer geeigneten Heilanstalt durchgeführt wird.

Zu *Absatz 7*, der die Wahl der Badekuranstalten betrifft, finden sich die nötigen Ausführungen im Zweiten Teil, B, I, 1 b, cc.

VIII. Eignung der Hebammen, der medizinischen Hilfspersonen und Laboratorien

Artikel 21, Absätze 4 und 5

Mit dem Randtitel «G. Eignung der Ärzte und der Apotheker» legt der bisherige Artikel 21 in den Absätzen 1 bis 3 fest, wer als Arzt oder Apotheker für die Kassenpraxis in Betracht fällt. Nachdem der Entwurf Leistungen der Hebammen und der medizinischen Hilfspersonen sowie Analysen, die in Laboratorien durchgeführt werden, zur Pflichtleistung macht, bedarf dieser Artikel entsprechender Ergänzungen.

Als Hebammen werden in *Absatz 4* diejenigen Personen bezeichnet, die im Besitze der kantonalen Bewilligung zur Ausübung dieses Berufes sind, da die Regelung des Hebammenberufes in die Kompetenz der Kantone fällt. Hinsichtlich der Wahl der Hebamme rechtfertigt sich die sinngemässe Anwendung der für die Ärzte geltenden Bestimmungen (Art. 15, Abs. 1 und Art. 17, Abs. 1 KUVG). Danach steht der für Krankenpflege Versicherten die Wahl unter den an ihrem Aufenthaltsort oder in dessen Umgebung praktizierenden Hebammen frei. Dieses Recht fällt dahin, wenn der Eintritt der Versicherten in eine Heilanstalt die Geburtshilfe durch deren Hebamme bedingt.

Absatz 5 regelt die Zulassung der medizinischen Hilfspersonen und der Laboratorien nach den im Zweiten Teil, B, I, 1 a, aa erwähnten Grundsätzen. Da die Gesetzgebung über die Berufsausübung der medizinischen Hilfspersonen Sache der Kantone ist, müssen selbstverständlich kantonale Bestimmungen, die strengere Vorschriften als die entsprechenden Erlasse des Bundesrates vorsehen, vorbehalten bleiben.

Unter den Begriff der medizinischen Hilfspersonen fallen u. a. die Chiropraktoren, sofern der Arzt eine chiropraktische Behandlung angeordnet hat (vgl. Zweiter Teil, B, I, 1 a, aa). Die Vereinigung schweizerischer Chiropraktoren hatte vorgeschlagen, dass die Übernahme der chiropraktischen Behandlungen durch die Krankenkassen nicht von der Anordnung eines Arztes abhängig gemacht werden dürfe. Sie wies darauf hin, dass in sämtlichen Kantonen, welche die Chiropraktik geregelt haben, die Chiropraktoren auf ihrem Spezialgebiet

zur selbständigen Praxis befugt seien. Auch die Schweizerische Vereinigung «Pro Chiropraktik», eine Patientenorganisation, wandte sich gegen die Voraussetzung der ärztlichen Anordnung und verlangte die Gleichstellung der Chiropraktoren innerhalb ihres Spezialgebietes mit den Ärzten. Durch eine solche Gleichstellung würde jedoch in das bestehende Arztrecht eingegriffen, da neben den Ärzten eine neue Kategorie von Personen mit Befugnis zur selbständigen Praxis für Kassenpatienten geschaffen würde. Da das Arztrecht aus unserer Vorlage ausgeklammert wurde, kann diesem Begehren zur Zeit nicht entsprochen werden. Es ist im Zusammenhang mit den Besprechungen über die Neuordnung des Arztrechtes, auf die wir im Zweiten Teil. A, 3, *b* hingewiesen haben, zu behandeln.

IX. Die Tarife

Artikel 22^{bis}

Wie bereits im Zweiten Teil, E, IV, 1 ausgeführt, regelt der bisherige Artikel 22 sowohl die Arzttarife als auch die Apothekertarife. Während die Regelung der Arzttarife durch den Gesetzesentwurf keine Änderung erfährt, hat die Neuordnung der Apothekertarife zur Folge, dass Artikel 22 inskünftig nur noch Bestimmungen über die Arzttarife enthält. Was sich darin auf Apotheker bezieht, ist dort zu streichen; wir verweisen auf die Schlussbestimmung II, Absatz 5.

Über die Tarife der Apotheker ist eine neue Bestimmung zu erlassen. Es geschieht dies in Artikel 22^{bis} zusammen mit den Bestimmungen über die Tarife der Hebammen, der medizinischen Hilfspersonen, der Laboratorien und Heilanstalten.

Absatz 1 gibt dem Bundesrat die Kompetenz, die Taxen der Apotheker für die Lieferung der zur Rezeptur zugelassenen Arzneimittel und die damit verbundenen Arbeiten, sowie die Taxen für die von Apothekern und Laboratorien vorgenommenen Analysen festzusetzen. Die Erläuterung dieser Bestimmung findet sich im Zweiten Teil, B, I, 1 *a, cc* (Laboratorien) und E, IV, 1 (Apotheker).

In *Absatz 2* werden die Tarife der Hebammen und der medizinischen Hilfspersonen gemäss unseren Ausführungen im Zweiten Teil, E, IV, 2 (Hebammen) und E, IV, 3 (medizinische Hilfspersonen) geregelt.

Die *Absätze 3 und 4* regeln die Tarife der Heilanstalten. Wir verweisen auf unsere Ausführungen im Zweiten Teil (E, IV. 4).

In *Absatz 5* wird in Analogie zu Artikel 22, Absatz 2 die Genehmigungspflicht für die Verträge unter den Beteiligten statuiert sowie die Pflicht der Kantonsregierung, die Verträge auf Gesetzmässigkeit und Billigkeit hin zu prüfen. Die Genehmigung der Verträge durch die Kantonsregierung ist Gültigkeitserfordernis.

Gemäss *Absatz 6* kann gegen die Taxerlasse und Genehmigungsentscheide der Kantonsregierungen Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden. Einem

Begehren der Kassenverbände entsprechend wird dabei vorgesehen, dass mit der Beschwerde – entgegen Artikel 127 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege – auch geltend gemacht werden kann, der Erlass oder Entscheid widerspreche der Billigkeit. Die Kassen begründeten ihr Begehren damit, dass die Kantonsregierungen nach dem Entwurf allenfalls auch die Taxen für diejenigen Heilanstalten festzusetzen hätten, an deren Finanzlage der Kanton interessiert sei, wodurch unter Umständen eine schwierige Lage entstehen könne. Die gleiche Bestimmung war schon im Vorentwurf 1954 enthalten und wurde von den Kantonen nicht beanstandet.

X. Die kantonalen Schiedsgerichte

Artikel 25

In *Absatz 1* wird die Kompetenz der kantonalen Schiedsgerichte gemäss unseren Ausführungen im Zweiten Teil, D, I, 1 geregelt.

Absatz 2 enthält die Regelung der örtlichen Zuständigkeit der kantonalen Schiedsgerichte. Zuständig ist danach entweder das Schiedsgericht desjenigen Kantons, dessen Tarif zur Anwendung gelangt, oder desjenigen Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Arztes oder der medizinischen Hilfspersonen, die Apotheke, die Heilanstalt oder das Laboratorium gelegen ist, oder in dem die Hebamme ihren dauernden Aufenthalt hat. Wie die Erfahrungen gezeigt haben, handelt es sich bei den Streitigkeiten, die kantonale Schiedsgerichte zu beurteilen haben, in der Regel um die Anwendung der Tarife. Da diese Tarife sowohl als behördliche Tarife als auch als Vertragstarife nur auf kantonaler Ebene gelten, ist es gegeben, das Schiedsgericht desjenigen Kantons, dessen Tarif zur Anwendung gelangt, als zuständig zu erklären. In manchen Fällen handelt es sich jedoch um Streitigkeiten, bei denen mehr als ein kantonaler Tarif zur Anwendung gelangt. Um hier die Einheit des Verfahrens wahren zu können und aus Gründen der Prozessökonomie, muss den Parteien durch die Einführung einer alternativen Gerichtsstandsregelung die Möglichkeit geboten werden, nur ein Schiedsgericht anrufen zu können. Deshalb wird alternativ auch das Schiedsgericht desjenigen Kantons als zuständig erklärt, in welchem die ständige Einrichtung (Praxisräume) des Arztes oder der medizinischen Hilfsperson, die Apotheke, die Heilanstalt oder das Laboratorium gelegen ist oder in welchem die Hebamme ihren Wohnsitz hat.

Gemäss *Absatz 3* bezeichnen die Kantonsregierungen wie im geltenden Recht das Schiedsgericht und regeln das Verfahren. Dem geltenden Recht entspricht auch der Grundsatz, dass die jeweils beteiligten Parteien im kantonalen Schiedsgericht eine Vertretung von gleicher Zahl erhalten müssen.

Während, wie im Zweiten Teil, D, I, 1 ausgeführt wurde, die Urteile der kantonalen Schiedsgerichte heute an den Bundesrat weitergezogen werden können, soll nach *Absatz 4* nunmehr binnen 30 Tagen von den Beteiligten beim Eidgenössischen Versicherungsgericht gegen solche Urteile Beschwerde erhoben

werden können. Damit ist, wie bisher, eine einheitliche Rechtsprechung gewährleistet (vgl. hiezu auch die Erläuterungen zu Art. 30^{ter}, Abs. 1).

XI. Die Überversicherung

Artikel 26

Absatz 1 enthält das allgemeine Verbot der Überversicherung. Aus diesem ergibt sich ohne weiteres, dass der Versicherte nur bei einer Kasse für Krankenpflege versichert sein darf, weil diese Leistungen ihrer Natur nach nur einmal erbracht werden können. Dagegen kann er, ohne dass eine Überversicherung eintreten muss, bei zwei oder mehr Kassen für Krankengeld versichert sein. Kommt es dadurch aber zu einer Überversicherung, so findet *Absatz 2* Anwendung. Die in diesem Absatz enthaltene Kürzungsregel hat sich aus der Praxis herausgebildet und bewährt.

In *Absatz 3* wird der Fall geregelt, wo neben der Kasse andere Versicherungsträger leistungspflichtig sind. Zu diesen gehören sowohl die übrigen Träger der Sozialversicherung als auch andere Versicherungsträger. Die hier verankerte subsidiäre Leistungspflicht der Kassen entspricht der heutigen Praxis.

Gemäss *Absatz 4* kann der Bundesrat bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang die Kasse vorläufig leistungspflichtig ist, solange nicht festgestellt ist, ob dem Versicherten ein Anspruch gegenüber der SUVA, der Militärversicherung oder der IV zusteht. Ferner kann er die Rückerstattungspflicht dieser Versicherungen für allfällige Leistungen der Kasse ordnen. Damit erhält der Bundesrat die Befugnis, die im Zweiten Teil, E, II, 2 dem Grundsatz nach dargestellte Regelung zu treffen. Als Voraussetzung für die Leistungspflicht der Kasse wird insbesondere vorzusehen sein, dass der Versicherte seine Ansprüche gegenüber der andern Versicherung geltend gemacht hat, so dass diese sich mit dem Fall befassen muss. Dem Umfange nach wird die Leistungspflicht der Kasse z.B. so geregelt werden können, dass die Kasse zunächst keine effektiven Leistungen zu erbringen, sondern dem an der Durchführung der Versicherung beteiligten Dritten, z.B. der Heilanstalt, lediglich eine Gutsprache zu erteilen hat, die dahinfällt, wenn die Leistungspflicht des andern Versicherungsträgers feststeht. Auf diese Weise lässt sich allenfalls die Rückerstattungspflicht der andern Versicherungsträger auf diejenigen Fälle beschränken, bei denen es nicht möglich ist, den vorläufigen Schutz des Versicherten mit einer solchen Gutsprache zu erreichen. Da die Berührungspunkte zwischen der Krankenversicherung und der SUVA, der Militärversicherung und der IV verschieden sind, ist die Regelung dieser Einzelheiten dem Bundesrat zu überlassen. Die Leistungspflicht der beteiligten Versicherungen wird durch diese Kompetenzbestimmung nicht betroffen, sondern es sind nur Vorschriften zu erlassen, die verhindern, dass der Versicherte bis zur Abklärung des Falles überhaupt keine Leistungen erhält. Um dem Bundesrat die Möglichkeit zu geben, nur dort einzugreifen, wo Lücken bestehen, sehen wir eine Kannbestimmung vor.

XII. Die Rückversicherung

Artikel 27

Absatz 1 enthält die Definition des Rückversicherungsverbandes. Ein Rückversicherungsverband ist darnach ein Verband von anerkannten Kassen, der ausschliesslich die Rückversicherung von Leistungen der ihm angeschlossenen Kassen betreibt. Eine nähere Regelung über die Rückversicherungsverbände im Gesetz ist nicht nötig. Eine Prüfung hat ergeben, dass es genügt, den Ersten Titel des Gesetzes als sinngemäss auf diese Verbände anwendbar zu erklären. Aus den in Frage kommenden Bestimmungen ergibt sich ohne Schwierigkeiten, wie weit sie auf die Rückversicherungsverbände anzuwenden sind.

Gemäss *Absatz 2* können die Kassen ermächtigt werden, die Rückversicherung von Leistungen anderer Kassen zu übernehmen, womit die heutige Praxis im Gesetz verankert wird. Diese Ermächtigung ist ausdrücklich an die Voraussetzung zu knüpfen, dass die Kasse Gewähr für eine geordnete Durchführung der Rückversicherung bietet, damit von den betreffenden Kassen die nötigen organisatorischen Massnahmen verlangt werden können.

Der neue Artikel 27 ersetzt den bisherigen Artikel 27, der überholt ist und aufgehoben werden kann.

XIII. Die Versicherungsgerichte

Artikel 30

Absatz 1 verpflichtet die Kassen, die im Zweiten Teil, D, I, 2b erwähnten Verfügungen zu erlassen. Darnach ist der Entscheid der Kasse nicht immer durch eine besondere Verfügung zu eröffnen, was angesichts der vielen Entscheide, welche die Kassen zu treffen haben, administrativ nicht möglich wäre, sondern nur dann, wenn der Versicherte oder Aufnahmebewerber mit dem Entscheid der Kasse nicht einverstanden ist.

Absatz 2 regelt den Weiterzug an das kantonale Versicherungsgericht. Die Frist von 30 Tagen für den Weiterzug ist auch in andern Bundesgesetzen, welche die Sozialversicherung betreffen, enthalten.

Zum Schutz des Versicherten wird in *Absatz 3* vorgesehen, dass dieser das kantonale Versicherungsgericht auch ohne eine Verfügung der Kasse anrufen kann, wenn eine solche von dieser nicht binnen angemessener Frist erlassen wird.

Absatz 4 ist entsprechenden Bestimmungen in andern Bundesgesetzen über die Sozialversicherung nachgebildet.

Grössere Kassen machen oft die Anrufung des Richters von der Erschöpfung eines kasseneigenen Instanzenzuges (z. B. Sektion, Zentralverwaltung, Zentralvorstand) abhängig. Das kann für den Versicherten grosse Nachteile mit sich bringen, weil dadurch die Durchsetzung seiner Ansprüche in manchen Fällen stark hinausgezögert wird. Deshalb wird den Kassen in *Absatz 5* untersagt, den Erlass ihrer Verfügungen oder die Anrufung des kantonalen Versicherungsgerichtes statutarisch von der Erschöpfung eines kasseneigenen Instanzenzuges abhängig zu machen.

Artikel 30bis

Absatz 1 verpflichtet die Kantone zur Bezeichnung eines für das ganze Kantonsgebiet zuständigen Versicherungsgerichtes als einzige kantonale Instanz. Dadurch soll der Rechtsweg vereinfacht werden. Den Kantonen steht es frei, das Versicherungsgericht gemäss Artikel 120 KUVG auch als Gericht für die Krankenversicherung zu bezeichnen oder hierfür eine besondere Gerichtsinstanz zu schaffen. In diesem Absatz wird ferner die sachliche Zuständigkeit des kantonalen Versicherungsgerichtes geregelt.

Absatz 2 regelt die örtliche Zuständigkeit der kantonalen Versicherungsgerichte. Mit Rücksicht auf Versicherte im Ausland (z.B. Grenzgänger, entsandte Arbeitnehmer) muss ausser dem Gericht des Kantons, in dem der Versicherte im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat, auch das Gericht am Sitz der Kasse als zuständig erklärt werden.

Absatz 3 enthält Vorschriften über das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht. Im Sinne einer möglichst weitgehenden Vereinheitlichung der bundesrechtlichen Verfahrensvorschriften auf dem Gebiet der Sozialversicherung wird, mit einer Ausnahme, die gleiche Regelung wie in Artikel 85, Absatz 2 des Bundesgesetzes über die AHV getroffen. Gemäss Artikel 85, Absatz 2, Buchstabe f, zweiter Satz, hat der obsiegende Kläger Anspruch auf Ersatz der Kosten der Prozessführung und Vertretung nach gerichtlicher Festsetzung. Das Eidgenössische Versicherungsgericht weist jedoch darauf hin, dass solche Parteientschädigungen erhebliche Beträge ausmachen können, die für kleinere Kassen stark ins Gewicht fallen können. Im Hinblick darauf haben wir die in der AHV für die Parteientschädigung geltende Regelung nicht in den Entwurf übernommen. Da überdies der im ersten Satz dieser Bestimmung vorgesehene Kostenvorschuss mit der Parteientschädigung in einem inneren Zusammenhang steht, haben wir auch von der Möglichkeit der Gewährung solcher Vorschüsse abgesehen.

Artikel 30ter

Gemäss *Absatz 1* können die Entscheide der kantonalen Schiedsgerichte und Versicherungsgerichte von den Beteiligten und dem Bundesrat durch Beschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht weitergezogen werden. Der Bundesrat hat auf diesem Weg die Möglichkeit, für eine einheitliche Rechtsanwendung zu sorgen. Mit Bezug auf die Urteile der kantonalen Schiedsgerichte drängt sich diese Regelung auch deswegen auf, weil gemäss Entwurf der Weiterzug dieser Urteile an den Bundesrat auf Grund von Artikel 125 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege dahinfällt.

Gemäss *Absatz 2* kann mit dieser Beschwerde nur geltend gemacht werden, der Entscheid beruhe auf einer Verletzung von Bundesrecht oder auf Willkür bei der Feststellung oder Würdigung des Sachverhaltes. Damit wird allerdings im Verhältnis zur Berufung die Rechtsprechungsbefugnis des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes eingeschränkt. Die vorgesehene Lösung entspricht jedoch dem Artikel 55, Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 22. Juni 1951 über die Arbeits-

losenversicherung, der die Krankenversicherung in ihrem Aufbau am nächsten steht. Das Eidgenössische Versicherungsgericht weist, nicht zuletzt im Hinblick auf die Erfahrungen, die es mit der Arbeitslosenversicherung gemacht hat, darauf hin, dass auf einem Rechtsgebiet, auf welchem das Bundesrecht keine abschliessende Ordnung enthält, die Kognition der obersten eidgenössischen Instanz nicht eine volle sein kann und auch nicht zu sein braucht. – Wir schliessen uns dieser Auffassung an. Vom Standpunkt des Bundes aus genügt es, wenn durch den Weiterzug an das Eidgenössische Versicherungsgericht Gewähr für die einheitliche Anwendung des Bundesrechts geleistet ist. Damit soll jedoch die in Vorbereitung befindliche Revision des Bundesbeschlusses vom 28. März 1917 betreffend die Organisation und das Verfahren des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes nicht präjudiziert werden. Wir behalten uns vor, anlässlich der Beratungen jenes Beschlusses auf diese Frage zurückzukommen.

XIV. Die Aufsicht des Bundes

Artikel 33

In *Absatz 1* werden die heute zum Teil in Artikel 32 und 33 KUVG, zum Teil im Bundesbeschluss über zusätzliche Beiträge des Bundes an die Krankenkassen für die Jahre 1961, 1962 und 1963 sowie in der VO I enthaltenen Bestimmungen über die Aufsicht des Bundes zusammengefasst, Artikel 32 KUVG ist damit aufzuheben.

In *Absatz 2* werden die sich aus der Aufsicht des Bundes für die Kassen ergebenden besonderen Pflichten umschrieben.

Absatz 3 enthält die im Zweiten Teil, D, II, 2 erwähnten Ordnungsmassnahmen. Bei der Aberkennung der Bundesbeiträge kann es sich immer nur um eine zeitlich befristete Massnahme handeln, weil der dauernde Entzug dieser Beiträge in seiner Wirkung auf den Entzug der Anerkennung hinauslaufen würde.

XV. Die Beiträge des Bundes

Artikel 35

Absatz 1, Buchstabe a enthält die Vorschrift für die Bemessung der Kopfbeiträge in der Krankenpflegeversicherung, die im Zweiten Teil, C, II, 3 und 4 eingehend erläutert worden ist. Um die Übernahme der vom Bundesrat gemäss Artikel 12, Absatz 6, letzter Satz empfohlenen Arzneimittel durch die Kassen zu fördern, werden die so errechneten Kopfbeiträge um je 2 Franken herabgesetzt für Kassen, welche dieser Empfehlung nicht Folge leisten. *Buchstabe b* legt den Kopfbeitrag in der Krankengeldversicherung fest.

Absatz 2 regelt die Wochenbettbeiträge. Für Einzelheiten sei auf die Ausführungen im Zweiten Teil, C, II, 4c verwiesen.

Absatz 3 enthält gegenüber bisher die Neuerung, dass bei Doppelmitgliedschaften jede Kasse Anspruch auf den entsprechenden Bundesbeitrag haben soll, womit Artikel 36, Absatz 2 KUVG dahinfällt, gemäss welchem im Falle

gleichzeitiger Mitgliedschaft bei mehr als einer Kasse die Bundesbeiträge nur an die Kasse ausbezahlt werden, welcher der Versicherte am längsten angehört. Damit erübrigen sich die bisherigen administrativen Umtriebe, die zur Ermittlung solcher Doppelmitgliedschaften notwendig waren. Ferner werden so die mit der geltenden Regelung verbundenen Ungleichheiten behoben, die dadurch entstehen, dass sich die Höhe des Beitrages nach der Versicherung bei jener Kasse richtet, der das Mitglied am längsten angehört.

Absatz 4 entspricht der bisherigen Regelung, wonach der Bund die gesetzlichen Mindeststillgelder zu seinen Lasten übernimmt.

In *Absatz 5* erhält der Bundesrat die Kompetenz zur Aufstellung von Richtlinien für die Morbiditätsstatistik, soweit diese als Bemessungsgrundlage der variablen Kopfbeiträge gemäss Absatz 1, Buchstabe *a* und Absatz 2 dient. In Buchstaben *a* und *b* werden die Kosten aufgezählt, die nicht in diese Bemessungsgrundlage einbezogen werden dürfen. Dazu gehören gemäss Buchstabe *a* Kosten für Versicherungsleistungen, die der Bund sonst subventioniert (Leistungen bei Tuberkulose und bei Aufenthalt Invaliden in einer Heilanstalt). Ferner fallen gemäss Buchstabe *b* unter die nicht anrechenbaren Kosten diejenigen anderer Versicherungsarten, wie beispielsweise der Sterbegeldversicherung, der Spitalzusatzversicherung usw.

Absatz 6 übernimmt den bisherigen Artikel 36, Absatz 3.

Artikel 36

Absatz 1 enthält die Prozentsätze, gemäss welchen der Bund seine Beiträge an Leistungen bei Tuberkulose bemisst, soweit es sich nicht um Fälle handelt, bei denen gemäss Artikel 12^{ter}, Absatz 2, Ziffer 1. Buchstabe *b* die Leistungen nicht auf die Bezugsdauer angerechnet werden dürfen. Für solche Fälle ist gemäss Artikel 37 ein Subventionsansatz von 50 Prozent vorgesehen.

Absatz 2 gibt dem Bundesrat die Kompetenz, die Höchstansätze der Kurbeiträge und des Krankengeldes festzulegen, für die Bundesbeiträge gewährt werden. Er entspricht der bisherigen Regelung.

Im geltenden Artikel 36, Absatz 1 KUVG ist festgelegt, dass bei einer Kasse die gesamten Bundesbeiträge eines Jahres das Anderthalbfache der auf dasselbe Jahr entfallenden Mitgliederbeiträge und freiwilligen Zuwendungen an die Betriebsrechnung nicht übersteigen dürfen. Diese Bestimmung hat bisher nur in vereinzelten Fällen und vorwiegend bei Gebirgskassen zu Kürzungen der Bundesbeiträge geführt. In den Jahren 1955 bis 1959 erreichten diese Kürzungen im Durchschnitt nicht ganz 1000 Franken pro Jahr. Dieser Betrag ist im Verhältnis zum gesamten Bundesbeitrag praktisch ohne Bedeutung, so dass die Bestimmung fallengelassen werden kann. Hinsichtlich der Absätze 2 und 3 des geltenden Artikels 36 sei auf die Erläuterungen zu Artikel 35 verwiesen.

Artikel 37

Wie bereits im Zweiten Teil, C, II, 4e ausgeführt wurde, sollen die Beiträge für Krankenpflege Invaliden auf 50 Prozent angesetzt werden, und zwar aus

Gründen der Gleichbehandlung auch im Falle von Erkrankung an Tuberkulose. Da sich die Kassen, wie früher ausgeführt, für die Leistungen bei Aufenthalt Invaliden in einer Heilanstalt z. T. rückversichern müssen, sind als Empfänger dieser Bundessubvention die Kassen und die Rückversicherungsverbände zu erwähnen.

Artikel 38

Die Regelung des Bergzuschlages entspricht weitgehend der bisherigen Praxis. Neu ist nur der variabel gestaltete Höchstansatz, der nach Absatz 2 vom Bundesrat auf einen ganzen Frankenbetrag aufgerundet werden kann. Für Einzelheiten verweisen wir auf die Ausführungen im Zweiten Teil, C, II, 4f.

XVI. Die Schlussbestimmungen

Abschnitt II

Zu Absatz 1. Infolge der Einfügung des neuen Artikels 5^{bis} mit dem Randtitel «IIa. Kollektivversicherung» erhält der Randtitel zu *Artikel 6* die Nummer *IIb*.

Zu Absatz 2. Durch die Einfügung der Artikel 12^{bis} und 12^{ter} erhält der Randtitel zu *Artikel 13* die Nummer IV. Die bisherigen Absätze 2 und 3 des Artikels regelten die Leistungsdauern, die nunmehr in Artikel 12, Absatz 3 und 4, sowie in Artikel 12^{bis}, Absatz 3 behandelt werden, so dass sich der Inhalt des neuen Artikels 13 nur noch auf die Karenzzeit und die Wartefrist beschränkt. Der Randtitel ist deshalb entsprechend zu kürzen: «IV. Karenzzeit; Wartefrist».

Zu Absatz 3. Die Artikel 15 bis 19 regeln die Wahl des Arztes und der Apotheker. Die Einschaltung des neuen Artikels 19^{bis} erfordert die Erweiterung des Randtitels bei Artikel 15 «E. Wahl des Arztes, der Apotheke und der Heilanstalt...».

Zu Absatz 4. Artikel 21 regelte bisher nur die «Eignung der Ärzte und der Apotheker». Durch die Anfügung der neuen Absätze 4 und 5 über die Eignung der Hebammen und die Zulassung der medizinischen Hilfspersonen und Laboratorien ist der Randtitel entsprechend zu erweitern.

Zu Absatz 5. Wie unter Ziffer IX ausgeführt, wird der Inhalt des bisherigen Artikels 22 auf die Tarife der Ärzte beschränkt, da die Tarife der Apotheker im neuen Artikel 22^{bis}, Absatz 1, geregelt werden. Das hat zur Folge, dass die in Artikel 22 enthaltenen Worte, die sich auf Apotheker und Arzneien beziehen, gestrichen werden müssen. Dessen Randtitel erfährt eine entsprechende Beschränkung.

Gemäss dem letzten Satz von Artikel 22 kann gegen den Entscheid der Kantonsregierung binnen zwanzig Tagen der Rekurs an den Bundesrat ergriffen werden. Diese Rekursfrist ist durch die für Verwaltungsbeschwerden allgemein geltende Frist von 30 Tagen gemäss Artikel 130 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege überholt, weshalb die Bestimmung entsprechend zu korrigieren ist. In Anpassung an Artikel 125 des Organisationsgesetzes ist im deutschen Text ferner das Wort «der Rekurs» durch «Beschwerde» zu ersetzen.

Zu Absatz 6. Durch die neue Gliederung der Bestimmungen unter dem Randtitel H erhält das Marginale zu Artikel 23 die Nummer 3.

Zu *Absatz 7*. Durch die Aufhebung des Artikels 32 ergibt sich eine Verschiebung in der Numerierung der Randtitel zu den Artikeln 33 und 34.

Zu *Absatz 8*. Die Randtitel zu den neuen Artikeln 35 bis 38 sind mit I bis IV numeriert, weshalb derjenige zu Artikel 39 die Nummer V erhält.

Zu *Absatz 9*. Der letzte Satz von Artikel 73, Absatz 1 im Zweiten Titel des Gesetzes, der die Unfallversicherung betrifft, lautete bisher: «Die Artikel 15 bis 25 finden sinngemäss Anwendung». Es fragt sich, ob auch die neuen Artikel 19^{bis} und 22^{bis} und allenfalls weitere neue Bestimmungen auf die obligatorische Unfallversicherung anwendbar sein sollen.

Da Artikel 19^{bis}, der die freie Wahl unter den inländischen Heilanstalten und Heilbädern statuiert (Absatz 1 und 7), unter Umständen in Widerspruch zu den Artikeln 71, Absatz 3 und 73, Absatz 3 KUVG geraten könnte, muss er hier ausgeklammert werden, obwohl er im übrigen durchaus der Praxis der SUVA entspricht. Was Artikel 22^{bis} anbelangt, so werden hiefür auf Antrag der SUVA die Bestimmungen über die Tarife der Heilanstalten von der analogen Anwendung ausgenommen, da diese in der Praxis der SUVA besonders geregelt werden. Andererseits rechtfertigt es sich, die in Artikel 30^{ter} neu statuierte Möglichkeit des Weiterzuges der Entscheide des kantonalen Schiedsgerichtes auf die obligatorische Unfallversicherung anwendbar zu erklären. Da nur die sinngemässe Anwendung dieser Bestimmung auf die SUVA vorgeschrieben wird, ist der Weiterzug der Entscheide der kantonalen Schiedsgerichte durch den Bundesrat mit Bezug auf die Anstalt nicht gegeben; denn diese Möglichkeit wäre mit der Autonomie der Anstalt nicht vereinbar.

Abschnitt III

Durch den Einbau der Tuberkuloseversicherung in die Pflichtleistungen ist Artikel 15 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose, der die Grundlage für die (freiwillige) Tuberkuloseversicherung bildete, obsolet geworden. Er ist deshalb aufzuheben.

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes, das wir auf den 1. Januar 1963 in Aussicht nehmen, muss auch der Bundesbeschluss vom 14. Dezember 1960 über zusätzliche Beiträge des Bundes an die anerkannten Krankenkassen aufgehoben werden, der zusätzliche Bundesbeiträge bis und mit dem Jahre 1963 vorsieht.

Ferner werden die Vorschriften der Kantone und Gemeinden als aufgehoben erklärt, soweit sie mit diesem Gesetz in Widerspruch stehen. Es handelt sich vor allem um Vorschriften, die auf Grund von Artikel 2 über die obligatorische Krankenversicherung und die Errichtung öffentlicher Krankenkassen ergangen sind, soweit sie den Mindestnormen des neuen Gesetzes nicht entsprechen.

Abschnitt IV

Artikel 219 des Bundesgesetzes vom 11. April 1889 über Schuldbetreibung und Konkurs soll dahingehend ergänzt werden, dass die Beitragsforderungen der anerkannten Krankenkassen zu den in der Zweiten Klasse privilegierten

Forderungen gehören. Es wäre nicht einzusehen, weshalb den Kassen dieses Recht vorenthalten sein sollte, nachdem es alle andern Zweige der Sozialversicherung geniessen. Es wird vor allem in der Kollektivversicherung von praktischer Bedeutung sein.

Abschnitt V

Gemäss Artikel 25 und 30^{bis} haben die Kantone Bestimmungen über die Organisation des Schiedsgerichtes und des Versicherungsgerichtes sowie über das Verfahren vor dem letzteren zu erlassen. Ferner müssen Kantone und Gemeinden, welche Vorschriften über die obligatorische Krankenversicherung und die Errichtung öffentlicher Krankenkassen erlassen haben, diese dem neuen Gesetz anpassen. Die neuen Bestimmungen sind dem Bundesrat bis zu einem von ihm festzusetzenden Zeitpunkt zur Genehmigung vorzulegen. Da der für die Anpassung dieser Vorschriften bis zum 1. Januar 1963 zur Verfügung stehende Zeitraum möglicherweise zu kurz ist, muss den vollziehenden Behörden der Kantone und Gemeinden die Kompetenz erteilt werden, eine provisorische Regelung zu treffen, die ebenfalls dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten ist.

Abschnitt VI

Für die Anpassung der Statuten und Reglemente der Kassen und Rückversicherungsverbände an das neue Gesetz muss diesen eine angemessene Frist eingeräumt werden. Wir nehmen in Aussicht, diese Frist bis Mitte 1963 zu erstrecken, da die Generalversammlungen der Kassen und Rückversicherungsverbände in der Regel in der ersten Jahreshälfte stattfinden. Bis zum Zeitpunkt der Anpassung der Statuten und Reglemente sollen die bisherigen Bestimmungen weiter gelten.

Abschnitt VII

Da die Bundesbeiträge je Kalenderjahr ausgerichtet werden, schlagen wir vor, das Gesetz am 1. Januar 1963 in Kraft treten zu lassen.

Durch unsere Vorlage wurden die im Ersten Teil erwähnten Motionen der eidgenössischen Räte (Motionen Gnägi und Ackermann, Nr. 7781 und 7824) sowie das Postulat des Nationalrates (Nr. 7440) erfüllt. Wir beantragen Ihnen ihre Abschreibung.

Wir beehren uns, Ihnen zu beantragen, den nachfolgenden Gesetzesentwurf zum Beschluss zu erheben.

Genehmigen Sie, Herr Präsident, sehr geehrte Herren, die Versicherung unserer vollkommenen Hochachtung.

Bern, den 5. Juni 1961.

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident:

Wahlen

Der Bundeskanzler:

Ch. Oser

(Entwurf)

Bundesgesetz
betreffend
**die Änderung des Ersten Titels des Bundesgesetzes über
die Kranken- und Unfallversicherung**

Die Bundesversammlung
der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
nach Einsicht in eine Botschaft des Bundesrates vom 5. Juni 1961,
beschliesst:

I.

Das Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung wird wie folgt geändert und ergänzt:

Art. 5, Abs. 3 und 4 (neu)

³ Die Aufnahme darf nicht aus gesundheitlichen Gründen oder wegen Schwangerschaft abgelehnt werden. Die Kassen können jedoch Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen, durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen; das gleiche gilt für Krankheiten, die vorher bestanden haben, sofern sie erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können. Der Versicherungsvorbehalt fällt spätestens nach fünf Jahren dahin.

⁴ Kassen, die sowohl Kinder als auch Erwachsene für Krankenpflege versichern, sind verpflichtet, die Kinder, welche infolge Zurücklegung des statutarischen Höchstalters aus der Kinderversicherung ausscheiden müssen, ohne neuen Versicherungsvorbehalt in die Erwachsenenversicherung für Krankenpflege aufzunehmen.

Art. 5^{bis} (neu)

¹ Die Kassen können ermächtigt werden, Verträge über die Versicherung von Personengruppen abzuschliessen. II a. Kollektivversicherung

² In den Kollektivversicherungsverträgen können Versicherungsbedingungen vereinbart werden, die von denjenigen der Einzelversicherung abweichen; die Versicherungsleistungen müssen jedoch in einem ange-

messenen Verhältnis zu den Leistungen der Einzelversicherung stehen. Die Mitgliedschaftsrechte der Kollektivversicherten richten sich nach den Statuten der Kasse.

³ Kollektivversicherungsverträge dürfen nur mit Versicherungsnehmern abgeschlossen werden, die ihren Sitz, eine Niederlassung, eine Betriebsstätte oder eine Verbandssektion im Tätigkeitsgebiet der Kasse haben.

⁴ Scheiden Versicherte aus dem Kreis der von einer Kollektivversicherung erfassten Personen aus, oder fällt der Kollektivversicherungsvertrag dahin, so haben sie das Recht, in die Einzelversicherung der Kasse überzutreten, wenn sie sich dauernd in deren Tätigkeitsgebiet aufhalten oder dem Betrieb, Beruf oder Berufsverband angehören, auf den die Kasse ihre Tätigkeit beschränkt. Die Kassen sind verpflichtet, den Übertretenden im Rahmen der Einzelversicherung den bisherigen Umfang der Leistungen zu wahren.

⁵ Der Bundesrat erlässt die näheren Vorschriften über die Kollektivversicherung.

Art. 6, Abs. 2. Aufgehoben

Art. 6^{bis} (neu)

II c. Mitgliederbeiträge

¹ Die Mitgliederbeiträge sind für die Krankenpflege- und die Krankengeldleistungen getrennt festzusetzen und so zu bemessen, dass sich beide Versicherungsarten selber erhalten und die nötigen Reserven gebildet werden können. In der Kollektivversicherung sind sie unter Berücksichtigung der besonderen Risiken festzusetzen.

² Die Mitgliederbeiträge können nach Eintrittsalter, Geschlecht und nach örtlichen Verhältnissen abgestuft werden; die Beiträge für die Frauen dürfen jedoch diejenigen für die Männer um höchstens 25 Prozent übersteigen.

³ Der Bundesrat bestimmt, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Ausmass die Mitgliederbeiträge zur Erleichterung der Versicherung von Familienangehörigen sowie von Minderjährigen oder zugunsten einzelner Personengruppen abgestuft werden können.

Art. 7

III. Freizügigkeit 1. Im allgemeinen

¹ Versicherte, die ohne eine Unterbrechung von mehr als drei Monaten während wenigstens sechs Monaten bei einer oder mehreren Kassen versichert gewesen sind, haben Anspruch auf Übertritt zu einer andern Kasse,

a. wenn sie aus einem der folgenden Gründe aus ihrer bisherigen Kasse austreten müssen: Aufgabe des Wohnortes, Zurücklegung des statistischen Höchstalters bei Kassen, die nur Minderjährige versichern;

- b. wenn sie wegen Ausscheidens aus einem Betrieb, Berufsverband oder einer Schule oder wegen Berufsänderung aus ihrer Betriebs-, Berufs-, Berufsverbands- oder Schülerkrankenkasse austreten müssen;
- c. wenn Familienangehörige eines Versicherten aus einem der folgenden Gründe aus einer Betriebs-, Berufs- oder Berufsverbandskrankenkasse oder aus einer Kollektivversicherung austreten müssen: Ausscheiden dieses Versicherten aus der Kasse, Aufnahme einer eigenen Erwerbstätigkeit, Ausscheiden aus der Familiengemeinschaft, Zurücklegung des statutarischen Höchstalters für Minderjährige;
- d. wenn sie aus einer Kollektivversicherung nicht gemäss Artikel 5^{bis}, Absatz 4 in die Einzelversicherung übertreten können;
- e. wenn die Kasse sich auflöst oder die Anerkennung verliert, oder wenn der Versicherte infolge Einschränkung des Tätigkeitsgebietes der Kasse aus dieser austreten muss.

² Wird einem in einen Betrieb eintretenden Versicherten durch *Anstellungsvertrag vorgeschrieben, einer bestimmten Kasse beizutreten*, so ist er wie ein Züger zu behandeln.

Art. 8

¹ Versicherte, die wegen Ausscheidens aus einem Betrieb oder Berufsverband aus ihrer Betriebs- oder Berufsverbandskrankenkasse austreten müssen, haben Anspruch auf Freizügigkeit längstens bis zum zurückgelegten 55. Altersjahr. ² Im besondern

² Haben solche Versicherte länger als fünf Jahre der betreffenden Kasse angehört, so steht ihnen der Anspruch auf Freizügigkeit solange nicht zu, als sie krank sind. Mit dem Wegfall dieses Hinderungsgrundes entsteht der Freizügigkeitsanspruch, sofern der Versicherte nicht inzwischen das 55. Altersjahr zurückgelegt hat.

³ Für Versicherte, die wegen Ausscheidens aus einem Betrieb oder Berufsverband aus ihrer Betriebs- oder Berufsverbandskrankenkasse oder aus einer Kollektivversicherung austreten müssen und sich im Zustand der Schwangerschaft befinden oder im Genuss von Leistungen gemäss Artikel 14 sind, entsteht der Anspruch auf Freizügigkeit erst nach dem Bezug der Leistungen für das betreffende Wochenbett.

⁴ Versicherte, die gemäss den Absätzen 1 bis 3 keinen Anspruch auf Freizügigkeit haben, sind, solange sie sich in der Schweiz aufhalten, berechtigt, bei der bisherigen Kasse versichert zu bleiben. Diese ist verpflichtet, den bisherigen Umfang der Versicherung zu wahren. Sie kann von jeder Kasse, die an einem neuen Aufenthaltsort tätig ist, verlangen, dass sie gegen Vergütung ihrer Auslagen den Einzug der Mitgliederbei-

träge und im Krankheitsfall die Ausrichtung der Versicherungsleistungen und die Aufsicht übernimmt.

Art. 9

3. Inhalt

¹ Die Aufnahmebedingungen hinsichtlich des Gesundheitszustandes und des Höchsteintrittsalters dürfen dem Züger nicht entgegengehalten werden. Der Züger hat keine Karenzzeit zu bestehen und keine Eintrittsgebühr zu bezahlen.

² Die übernehmende Kasse ist verpflichtet, den Züger im Rahmen der von ihr gewährten Leistungen in dem Umfange zu versichern, in welchem er vorher versichert war.

³ Züger haben höchstens diejenigen Mitgliederbeiträge zu bezahlen, welche die Kasse von Neueintretenden des gleichen Alters erhebt. Für Züger, welche das Höchsteintrittsalter der übernehmenden Kasse überschritten haben, ist bei der Festsetzung der Mitgliederbeiträge das dem Höchsteintrittsalter folgende Altersjahr massgebend.

⁴ Die übernehmende Kasse ist befugt, dem Züger die Tage, für welche er Leistungen früherer Kassen erhalten hat, auf die Dauer seiner Bezugsberechtigung anzurechnen und bestehende Versicherungsvorbehalte gemäss den für ihre übrigen Versicherten geltenden Bestimmungen weiterdauern zu lassen.

Art. 10

4. Geltendmachung

¹ Der Anspruch auf Freizügigkeit erlischt drei Monate nach Eintritt des Freizügigkeitsgrundes.

² Der Anspruch auf Freizügigkeit besteht gegenüber jeder Kasse, deren Aufnahmebedingungen der Züger erfüllt; Artikel 9, Absatz 1 bleibt vorbehalten.

Art. 12

D. Versicherungsleistungen 1. Krankenpflege

¹ Die Kassen haben mindestens Krankenpflege oder ein tägliches Krankengeld zu gewähren.

² Die Leistungen der Krankenpflegeversicherung haben mindestens zu umfassen:

1. bei ambulanter Behandlung:

a. ärztliche Behandlung;

b. die vom Arzt angeordneten, durch medizinische Hilfspersonen vorgenommenen wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen;

c. die vom Arzt verordneten Arzneimittel;

d. die vom Arzt angeordneten Analysen.

2. bei Aufenthalt in einer Heilanstalt die zwischen dieser und der Kasse vertraglich festgelegten Leistungen, mindestens aber die ärztliche Behandlung, einschliesslich der wissenschaftlich anerkannten Heil-

anwendungen, der Arzneimittel und Analysen nach den Taxen der allgemeinen Abteilung sowie einen täglichen Mindestbeitrag an die übrigen Kosten der Krankenpflege;

3. bei ärztlich verordneten Badekuren einen täglichen Kurbeitrag.

³ Bei ambulanter Behandlung sind die Leistungen der Krankenpflegeversicherung zeitlich unbeschränkt zu gewähren.

⁴ Bei Aufenthalt in einer Heilanstalt und bei Badekuren sind die Krankenpflegeleistungen für eine oder mehrere Krankheiten während wenigstens 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen zu gewähren. Auf die Bezugsdauer dürfen keine Leistungen angerechnet werden, solange der Versicherte eine Rente der Invalidenversicherung bezieht oder solange ein minderjähriger Versicherter, der keine Rente der Invalidenversicherung bezieht, nach einem Heilanstaltsaufenthalt von 360 aufeinanderfolgenden Tagen sich weiterhin ununterbrochen in einer Heilanstalt aufhält.

⁵ Der Bundesrat bezeichnet nach Anhören einer von ihm bestellten Fachkommission die Leistungen gemäss Absatz 2 Ziffer 1, Buchstaben *a* und *b* sowie die entsprechenden Leistungen gemäss Ziffer 2; er setzt die Beiträge an die Kosten der Krankenpflege und die Kurbeiträge gemäss den Ziffern 2 und 3 fest.

⁶ Der Bundesrat bezeichnet nach Anhören der von ihm bestellten Arzneimittelkommission die Arzneimittel und Analysen, die gemäss Absatz 2, Ziffer 1, Buchstaben *c* und *d* und Ziffer 2 als Pflichtleistung zu übernehmen sind. Er bezeichnet ferner nach Anhören dieser Kommission Arzneimittel, deren Übernahme den Kassen empfohlen wird.

Art. 12^{bis} (neu)

¹ In der Krankengeldversicherung haben die Kassen bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit ein tägliches Krankengeld von mindestens zwei Franken zu gewähren. II Krankengeld

² Die Bedingungen für die Einreihung in Krankengeldklassen dürfen für Erwerbstätige nicht nach dem Geschlecht verschieden sein. Kinder dürfen bis zum zurückgelegten 15. Altersjahr nicht für Krankengeld versichert sein.

³ Das Krankengeld ist für eine oder mehrere Krankheiten während wenigstens 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen zu gewähren.

⁴ Bei Kürzung des Krankengeldes infolge Überversicherung gemäss Artikel 26 dürfen auf die Bezugsdauer nur die ganzen Tage angerechnet werden, die sich durch Teilung des Gesamtbetrages des ausgerichteten Krankengeldes durch den versicherten Tagesansatz ergeben. Die ermittelten Tage sind als geschlossene Zeitperiode vom ersten Tag des Krankengeldbezuges an auf die Bezugsdauer anzurechnen.

Art. 12^{ter} (neu)III. Leistungen
bei Erkrankung
an Tuberkulose

¹ Im Falle der Erkrankung an Tuberkulose haben die Kassen mindestens zu gewähren:

1. den für Krankenpflege Versicherten:

- a. bei ambulanter Behandlung die Leistungen gemäss Artikel 12, Absatz 2, Ziffer 1;
- b. bei Aufenthalt in einer Tuberkuloseheilanstalt für Kinder und übrige Versicherte getrennt festzusetzende Kurbeiträge, ferner die zur Heilung der Tuberkulose nötigen wissenschaftlich anerkannten Untersuchungen und Behandlungen.

2. den für Krankengeld Versicherten das volle versicherte Krankengeld.

² Die Leistungen bei Erkrankung an Tuberkulose sind zu gewähren:

1. in der Krankenpflegeversicherung:

- a. bei ambulanter Behandlung zeitlich unbeschränkt;
- b. bei Aufenthalt in einer Heilanstalt während wenigstens 1800 Tagen innerhalb von sieben aufeinanderfolgenden Jahren. Auf die Bezugsdauer dürfen keine Leistungen angerechnet werden, solange der Versicherte eine Rente der Invalidenversicherung bezieht, oder solange ein minderjähriger Versicherter, der keine Rente der Invalidenversicherung bezieht, nach einem Heilanstaltsaufenthalt von 360 aufeinanderfolgenden Tagen sich weiterhin ununterbrochen in einer Heilanstalt aufhält.

2. in der Krankengeldversicherung während wenigstens 1800 Tagen innerhalb von sieben aufeinanderfolgenden Jahren.

³ Die Leistungen bei Erkrankung an Tuberkulose dürfen nicht auf die Bezugsdauern gemäss den Artikeln 12, Absatz 4 und 12^{bis}, Absatz 3 angerechnet werden. Artikel 12^{bis}, Absatz 4 findet Anwendung.

⁴ Der Bundesrat ordnet das Nähere über die Voraussetzungen für den Anspruch auf die Leistungen bei Erkrankung an Tuberkulose und setzt die Leistungen gemäss Absatz 1, Ziffer 1, Buchstabe b fest.

Art. 13, Abs. 3

³ Der Bundesrat setzt die Bedingungen fest, unter denen die Wartezeit für den Anspruch auf Krankengeld verlängert werden kann.

Art. 13, Abs. 4. Aufgehoben

Art. 13, Abs. 5. Aufgehoben

Art. 13^{bis} (neu)V. Gleich-
stellung der
Invaliden

Die Kassen dürfen invalide Versicherte nicht ungünstiger behandeln als andere Versicherte.

Art. 14

¹ Die Kassen haben bei Schwangerschaft und Niederkunft die gleichen Leistungen wie bei Krankheit zu gewähren, sofern die Versicherte bis zum Tage ihrer Niederkunft, ohne eine Unterbrechung von mehr als drei Monaten, während wenigstens 270 Tagen Mitglied von Kassen gewesen ist.

VI. Leistungen
bei Mutterschaft

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

1. bei Entbindung zu Hause:
 - a. Geburtshilfe durch die Hebamme einschliesslich das dazu benötigte Material;
 - b. Geburtshilfe durch den Arzt.
2. bei Entbindung in der Heilanstalt einen durch den Bundesrat festzusetzenden Beitrag an eine allfällige Entbindungstaxe.
3. einen vom Bundesrat festzusetzenden Beitrag
 - a. an die Kosten der Pflege des Kindes, solange es sich mit der Mutter in der Heilanstalt aufhält, oder
 - b. an die Kosten der Pflege und Behandlung des Kindes, wenn es unmittelbar nach der Geburt der Behandlung in der Heilanstalt bedarf.
4. höchstens vier Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und eine Kontrolluntersuchung innerhalb von zehn Wochen nach der Niederkunft.

³ Der Versicherten steht die Entbindung zu Hause oder in der Anstalt frei.

⁴ Versicherte, die ihre Erwerbstätigkeit nicht früher als vier Wochen vor ihrer Niederkunft aufgeben, dürfen vor Ablauf der Bezugsdauer gemäss Absatz 6 nicht in eine niedrigere Krankengeldklasse versetzt werden. Die Versicherte hat Anspruch auf das versicherte Krankengeld, sofern sie keine gesundheitsschädliche Arbeit verrichtet.

⁵ Die Kasse hat der Versicherten, die ihr Kind während zehn Wochen ganz oder teilweise stillt, ein Stillgeld von mindestens 50 Franken zu gewähren. Ist die Versicherte bei mehr als einer Kasse versichert, so hat diejenige Kasse das Stillgeld auszurichten, bei welcher die Versicherte für Krankenpflege versichert ist, und wenn sie hiefür nicht versichert ist, diejenige Kasse, welcher die Versicherte am längsten angehört.

⁶ Die Leistungen bei Mutterschaft erstrecken sich auf zehn Wochen, wovon mindestens sechs nach der Niederkunft liegen müssen; sie dürfen auf die Bezugsdauern gemäss den Artikeln 12, 12^{bis} und 12^{ter} nicht angerechnet werden und sind auch nach deren Erschöpfung zu gewähren. Die Kontrolluntersuchungen gemäss Absatz 2, Ziffer 4 sind vom Beginn der Schwangerschaft an zu übernehmen.

Art. 14^{bis} (neu)VII. Selbst-
behalt;
Krankenschein-
gebühr

¹ Die Kassen sind unter Vorbehalt von Absatz 2 und 4 verpflichtet, den Versicherten einen Teil der Kosten der Krankenpflegeleistungen aufzuerlegen, der im Durchschnitt nicht weniger als ein Zehntel und nicht mehr als ein Viertel betragen darf. Dieser Selbstbehalt darf nicht nach dem Geschlecht abgestuft werden.

² Kein Selbstbehalt darf erhoben werden:

- a. bei Aufenthalt in der Heilanstalt;
- b. bei Erkrankung an Tuberkulose;
- c. auf den Kurbeiträgen für Badekuren;
- d. auf den Leistungen bei Mutterschaft.

³ Die Kassen sind berechtigt, bei der Abgabe von Krankenscheinen eine Gebühr zu erheben.

⁴ Der Bundesrat regelt das Nähere über den Selbstbehalt und die Krankenscheingegebühr. Er kann Kassen, bei denen sich die Erhebung des Selbstbehaltes als nicht notwendig erweist, ganz oder teilweise von dieser Pflicht befreien.

Art. 19^{bis} (neu)IV. Wahl der
Heilanstalt;
Kosten-
übernahme

¹ Den Versicherten steht, unter Vorbehalt von Absatz 6, die Wahl unter den inländischen Heilanstalten frei.

² Begibt sich der Versicherte in eine Heilanstalt an seinem Wohnort oder in dessen Umgebung, mit welcher die Kasse einen Vertrag abgeschlossen hat, so hat diese ihre Leistungen mindestens nach den Taxen der allgemeinen Abteilung dieser Heilanstalt zu bemessen.

³ Begibt sich der Versicherte in eine andere Heilanstalt, so kann die Kasse ihre Leistungen nach den Taxen der allgemeinen Abteilung der nächstgelegenen Heilanstalt am Wohnort des Versicherten oder in dessen Umgebung bemessen, mit der sie einen Vertrag abgeschlossen hat. Führt diese Regelung zu Unbilligkeiten, so kann die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten hinsichtlich der Bemessung der Leistungen der Kasse Absatz 4 als anwendbar erklären.

⁴ Befindet sich am Wohnort des Versicherten oder in dessen Umgebung keine Heilanstalt, mit welcher die Kasse einen Vertrag abgeschlossen hat, so hat diese ihre Leistungen mindestens nach den Taxen der allgemeinen Abteilung derjenigen öffentlichen Heilanstalt zu bemessen, die dem Wohnort des Versicherten innerhalb des gleichen Kantons am nächsten liegt. Die Kantonsregierungen bezeichnen die Heilanstalten mit allgemeiner Abteilung, die als öffentlich gelten. Vorbehalten bleiben die Absätze 5 und 6.

⁵ Muss sich der Versicherte aus medizinischen Gründen in eine bestimmte Heilanstalt begeben, so hat die Kasse ihre Leistungen nach den Taxen der allgemeinen Abteilung dieser Heilanstalt zu bemessen.

⁶ Bei Erkrankung an Tuberkulose steht den Versicherten nur die Wahl unter den vom Bundesrat zur Aufnahme und Behandlung Versicherter zugelassenen Tuberkuloseheilanstalten frei.

⁷ Bei ärztlich verordneter Badekur steht den Versicherten die Wahl unter den ärztlich geleiteten inländischen Heilbädern frei.

Art. 21, Abs. 4 und 5 (neu)

⁴ Als Hebammen gelten diejenigen Personen, welche im Besitze der kantonalen Bewilligung zur Ausübung dieses Berufes sind. Artikel 15, Absatz 1 und Artikel 17, Absatz 1 finden sinngemäss Anwendung.

⁵ Der Bundesrat erlässt nach Anhören der zuständigen Organisationen Vorschriften über die Zulassung von medizinischen Hilfspersonen und von Laboratorien mit einem wissenschaftlich ausgebildeten Leiter, welche Analysen durchführen. Strengere kantonale Vorschriften bleiben vorbehalten.

Art. 22^{bis} (neu)

2. Andere
Tarife

¹ Der Bundesrat setzt nach Anhören der Beteiligten die Taxen der Apotheker für die Lieferung der zur Rezeptur für die Versicherten zugelassenen Arzneimittel und die damit verbundenen Arbeiten sowie die Taxen für die von Apothekern und Laboratorien vorgenommenen Analysen fest. Diese Taxen gelten als Minimaltarif und können durch Vertrag um höchstens 10 Prozent erhöht werden.

² Die Taxen für die Leistungen der Hebammen sowie diejenigen für die auf Anordnung des Arztes durch medizinische Hilfspersonen vorgenommenen Heilanwendungen werden in den Verträgen zwischen den Kassen und diesen Personen festgesetzt. Kommt kein Vertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten die Taxen für die Leistungen dieser Personen fest.

³ Kommt zwischen Kassen und Heilanstalten kein Vertrag zustande, so setzen die Kantonsregierungen nach Anhören der Beteiligten die Tarife fest:

- a. für die in der allgemeinen Abteilung der Heilanstalten gewährten ärztlichen Leistungen, Heilanwendungen und Analysen;
- b. für die von den Heilanstalten gewährte ambulante Behandlung.

⁴ In den Tarifen gemäss Absatz 3 sind die örtlichen Verhältnisse und der besondere Charakter der Heilanstalt zu berücksichtigen.

⁵ Die Verträge der Kassen mit Apothekern, Hebammen, medizinischen Hilfspersonen, Laboratorien und Heilanstalten bedürfen der Genehmigung der Kantonsregierung. Diese prüft, ob die vereinbarten Taxen und die übrigen Vertragsbestimmungen mit dem Gesetz und der Billigkeit in Einklang stehen.

⁶ Gegen die Erlasse und Entscheide der Kantonsregierung gemäss Absatz 2 bis 5 kann binnen dreissig Tagen Beschwerde an den Bundesrat ergriffen werden; mit der Beschwerde kann auch Unangemessenheit des kantonalen Erlasses oder Entscheides geltend gemacht werden.

Art. 25

K. Schieds-
gericht

¹ Streitigkeiten zwischen Kassen einerseits und Ärzten, Apothekern, Hebammen, medizinischen Hilfspersonen, Laboratorien oder Heilanstalten andererseits sind durch ein für das ganze Kantonsgebiet zuständiges Schiedsgericht zu entscheiden.

² Zuständig ist das Schiedsgericht desjenigen Kantons, dessen Tarif zur Anwendung gelangt, oder desjenigen Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Arztes oder der medizinischen Hilfsperson, die Apotheke, die Heilanstalt oder das Laboratorium gelegen ist, oder in dem die Hebamme ihren Wohnsitz hat.

³ Die Kantonsregierungen bezeichnen das Schiedsgericht und regeln das Verfahren. Das Schiedsgericht setzt sich zusammen aus einem neutralen Vorsitzenden und entsprechend den zu behandelnden Fällen aus je einer Vertretung der Kassen und Ärzte, Apotheker, Hebammen, medizinischen Hilfspersonen, Laboratorien oder Heilanstalten in gleicher Zahl.

⁴ Die Entscheide sind, mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung versehen, binnen dreissig Tagen seit der Ausfällung schriftlich zu eröffnen.

Art. 26

L. Verschiedene
Vorschriften
I. Über-
versicherung

¹ Den Versicherten darf aus der Versicherung kein Gewinn erwachsen.

² Ist ein Versicherter bei mehr als einer Kasse für Krankengeld versichert, so ist im Falle einer auf Grund von Absatz 1 erforderlichen Herabsetzung der Leistungen jede dieser Kassen im Verhältnis des von ihr versicherten Krankengeldes zum Gesamtbetrag der versicherten Krankengelder leistungspflichtig.

³ Soweit neben der Kasse andere als in Absatz 2 genannte Versicherungsträger leistungspflichtig sind, haben die Kassen ihre Leistungen höchstens in dem Masse zu gewähren, als unter Berücksichtigung der Leistungen dieser Versicherungsträger dem Versicherten kein Gewinn erwächst.

⁴ Der Bundesrat kann bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang die Kasse vorläufig leistungspflichtig ist, solange nicht festgestellt ist, ob dem Versicherten ein Anspruch gegenüber der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, der Militärversicherung oder der Invalidenversicherung zusteht; er kann überdies die nachträgliche Rückerstattung der von der Kasse erbrachten Leistungen durch die andern Versicherungen ordnen.

Art. 27

¹ Verbände von Kassen werden als Rückversicherungsverbände anerkannt, wenn sie ausschliesslich die Rückversicherung von Leistungen der ihnen angeschlossenen Kassen betreiben. Die Bestimmungen des Ersten Titels dieses Gesetzes finden auf die Rückversicherungsverbände sinngemäss Anwendung.

II. Rück-
versicherung

² Kassen, die Gewähr für geordnete Durchführung bieten, können zur Rückversicherung von Leistungen anderer Kassen ermächtigt werden.

Art. 30

¹ Ist der Versicherte oder der Aufnahmebewerber mit einem Entscheid der Kasse nicht einverstanden, so hat diese eine schriftliche Verfügung mit Angabe der Gründe und unter Hinweis auf Beschwerderecht und Beschwerdefrist zu erlassen und dem Betroffenen zu eröffnen.

V. Versiche-
rungsgerichte
1. Kassen-
verfügungen

² Gegen diese Verfügung kann binnen dreissig Tagen seit deren Zustellung Beschwerde beim Versicherungsgericht gemäss Artikel 30bis, Absatz 1 erhoben werden.

³ Erlässt die Kasse binnen angemessener Frist keine Verfügung, so kann das kantonale Versicherungsgericht auch angerufen werden, ohne dass eine Verfügung der Kasse vorliegt.

⁴ Die Verfügungen gemäss Absatz 1 erwachsen in Rechtskraft mit dem unbenützten Ablauf der Beschwerdefrist oder, wenn eine Beschwerde erhoben worden ist, mit deren rechtskräftigen Abweisung. Die auf Geldzahlung gerichteten rechtskräftigen Verfügungen stehen vollstreckbaren Gerichtsurteilen im Sinne von Artikel 80 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs gleich.

⁵ Die Kassen dürfen weder den Erlass ihrer Verfügungen noch die Anrufung des kantonalen Versicherungsgerichtes von der Erschöpfung eines kasseneigenen Instanzenzuges abhängig machen.

Art. 30bis (neu)

¹ Die Kantone bezeichnen als einzige kantonale Instanz ein für das ganze Kantonsgebiet zuständiges Versicherungsgericht zur Entscheidung von Streitigkeiten der Kassen unter sich oder mit ihren Versicherten oder Dritten über Ansprüche, die auf Grund dieses Gesetzes, der eidgenössischen oder kantonalen Ausführungsvorschriften oder der eigenen Bestimmungen der Kassen erhoben werden.

2. Kantonale
Versicherungs-
gerichte

² Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in welchem der Versicherte oder Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung seinen Wohnsitz hat oder in dessen Gebiet sich der Sitz der Kasse befindet.

³ Die Kantone regeln das Verfahren. Es hat folgenden Anforderungen zu genügen:

- a. Das Verfahren muss einfach, rasch und für die Parteien grundsätzlich kostenlos sein, wobei jedoch in Fällen leichtsinniger oder mutwilliger Beschwerdeführung dem Beschwerdeführer eine Spruchgebühr und die Verfahrenskosten auferlegt werden können.
- b. Die Beschwerde muss eine gedrängte Darstellung des Sachverhaltes, ein Rechtsbegehren und eine kurze Begründung enthalten. Genügt die Beschwerde diesen Anforderungen nicht, so setzt das Versicherungsgericht dem Beschwerdeführer eine angemessene Frist zur Verbesserung und verbindet damit die Androhung, dass sonst auf die Beschwerde nicht eingetreten werde.
- c. Das Versicherungsgericht hat von Amtes wegen die für den Entscheid erheblichen Tatsachen festzustellen; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei.
- d. Das Versicherungsgericht ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden. Es kann eine Verfügung zuungunsten des Beschwerdeführers ändern oder diesem mehr zusprechen, als er verlangt hat, wobei jedoch den Parteien vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.
- e. Rechtfertigen es die Umstände, so sind die Parteien zu einer Verhandlung vorzuladen. Die Beratung des Versicherungsgerichtes hat in Abwesenheit der Parteien stattzufinden.
- f. Das Recht, sich verbeiständen zu lassen, ist gewährleistet. Wo die Verhältnisse es rechtfertigen, ist dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Verbeiständung zu bewilligen.
- g. Die Entscheide sind, mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung versehen, binnen dreissig Tagen seit der Ausfällung schriftlich zu eröffnen.
- h. Gegen Entscheide muss die Revision wegen Entdeckung neuer Tatsachen oder Beweismittel oder wegen Einwirkung durch Verbrechen oder Vergehen auf das Urteil gewährleistet sein.

Art. 30^{ter} (neu)

3. Eid-
genössisches
Versicherungs-
gericht

¹ Gegen Entscheide der kantonalen Schiedsgerichte und Versicherungsgerichte können die Beteiligten und der Bundesrat binnen dreissig Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Beschwerde erheben.

² Mit der Beschwerde kann nur geltend gemacht werden, der Entscheid beruhe auf einer Verletzung von Bundesrecht oder auf Willkür bei der Feststellung oder Würdigung des Sachverhaltes.

³ Auf das Verfahren findet der Bundesbeschluss vom 28. März 1917 betreffend die Organisation und das Verfahren des Eidgenössischen

Versicherungsgerichtes sinngemäss Anwendung. Bis zur Anpassung dieses Beschlusses können die erforderlichen Vorschriften durch Verordnung erlassen werden.

Art. 32. Aufgehoben

Art. 33

¹ Der Bundesrat übt die Aufsicht über die Durchführung des Ersten Titels dieses Gesetzes aus und sorgt für dessen einheitliche Anwendung. Die Aufsichtsbehörde kann zu diesem Zwecke den Kassen Weisungen erteilen, insbesondere über die Organisation und Geschäftsführung, die Rechnungsführung, die Anlage des Vermögens, die Bilanzierung, die Kontrollstelle sowie über Massnahmen im Hinblick auf die finanzielle Sicherheit.

VII. Aufsicht;
Ordnungs-
massnahmen

² Die Kassen haben der Aufsichtsbehörde ihre Jahresrechnung, die zur Prüfung der Rechnungsergebnisse und zur Berechnung der Bundesbeiträge erforderlichen Unterlagen sowie die nötigen Statistiken einzureichen und ihr alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Aufsichtsbehörde ist befugt, an Ort und Stelle Einsicht in die Bücher zu nehmen und die Geschäftsführung zu überprüfen.

³ Kommt eine Kasse den Vorschriften dieses Gesetzes, dessen Ausführungsbestimmungen oder den gemäss Absatz 1 ergangenen Weisungen nicht nach, so können ihr nach fruchtloser schriftlicher Mahnung die Bundesbeiträge ganz oder teilweise gesperrt und in schweren Fällen aberkannt werden.

⁴ Die Anerkennung ist zu entziehen, wenn die Kasse

- a. die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt und trotz Aufforderung durch die Aufsichtsbehörde binnen angemessener Frist den gesetzmässigen Zustand nicht wieder herstellt;
- b. den Weisungen der Aufsichtsbehörde trotz Mahnung wiederholt nicht Folge leistet.

Art. 35

¹ Der Bund gewährt den Kassen jährlich folgende Beiträge:

- a. in der Krankenpflegeversicherung Kopfbeiträge, die so festgesetzt werden, dass sie für Männer 10 Prozent, für Frauen 20 Prozent und für Kinder bis und mit dem Jahre, in welchem sie das 15. Altersjahr zurücklegen, 30 Prozent der im betreffenden Landesmittel errechneten Krankenpflegekosten des Vorjahres entsprechen. Diese Kopfbeiträge werden um je 2 Franken herabgesetzt für Kassen, welche nicht wenigstens die vom Bundesrat gemäss Artikel 12, Absatz 6, letzter Satz zur Übernahme empfohlenen Arzneimittel übernehmen.
- b. in der Krankengeldversicherung Kopfbeiträge von 2 Franken.

M. Bundes-
beiträge
Grundbeiträge

² In der Krankenpflegeversicherung gewährt der Bund den Kassen für jedes Wochenbett einen Beitrag, dessen Höhe 40 Prozent der im Landesmittel errechneten Pflegekosten je Wochenbett des Vorjahres entspricht. In der Krankengeldversicherung gewährt der Bund den Kassen einen Beitrag von 20 Franken je Wochenbett.

³ Bei mehrfacher Mitgliedschaft hat jede Kasse Anspruch auf den entsprechenden Bundesbeitrag.

⁴ Der Bund übernimmt die von den Kassen gemäss Artikel 14, Absatz 5 ausgerichteten Mindeststillgelder.

⁵ Der Bundesrat regelt das Nähere über die massgebenden Durchschnittskosten gemäss Absatz 1, Buchstabe *a* und Absatz 2. Zu diesen Kosten dürfen nicht gezählt werden:

- a.* die Leistungen, an die der Bund Beiträge gemäss den Artikeln 36 und 37 gewährt;
- b.* die Leistungen von Versicherungsarten, die von den Kassen gestützt auf Artikel 3, Absatz 5 neben der Krankenversicherung betrieben werden.

⁶ Der Bundesrat ist befugt, die Bundesbeiträge gemäss diesem Artikel sowie diejenigen gemäss Artikel 36 und 37 für ausserhalb der Schweiz wohnende Versicherte wegfällen zu lassen.

Art. 36

II. Beiträge für Leistungen bei Erkrankung an Tuberkulose

¹ Der Bund ersetzt den Kassen oder Rückversicherungsverbänden in der Krankenpflegeversicherung 40 Prozent, in der Krankengeldversicherung 36 Prozent der gewährten Leistungen bei Erkrankung an Tuberkulose. Artikel 37 bleibt vorbehalten.

² Der Bundesrat setzt die Höchstansätze der Kurbeiträge und des Krankengeldes fest, die für den Bundesbeitrag in Betracht fallen.

Art. 37

III. Beiträge für Krankenpflege Invaliden

Der Bund ersetzt den Kassen oder Rückversicherungsverbänden 50 Prozent der Krankenpflegeleistungen, die gemäss Artikel 12, Absatz 4 und Artikel 12^{ter}, Absatz 2, Ziffer 1, Buchstabe *b* nicht auf die Bezugsdauer bei Aufenthalt in einer Heilanstalt angerechnet werden dürfen.

Art. 38

IV. Bergzuschlag

¹ In Berggebieten richtet der Bund den Kassen in der Krankenpflegeversicherung einen jährlichen Bergzuschlag je Versicherten aus. Dieser Zuschlag darf ein Viertel der im Landesmittel errechneten Krankenpflegekosten des Vorjahres nicht übersteigen. Seine Höhe wird für jede Kasse unter Berücksichtigung des Tätigkeitsgebietes einheitlich festgesetzt.

² Der Bundesrat bezeichnet die Berggebiete. Er kann den Höchstbetrag gemäss Absatz 1 auf einen ganzen Frankenbetrag aufrunden.

II.

¹ Artikel 6 erhält den Randtitel «IIb. Gleichstellung der Geschlechter».

² Artikel 13 erhält den Randtitel «IV. Karenzzeit: Wartefrist».

³ Artikel 15 erhält den Randtitel «E. Wahl des Arztes, der Apotheke und der Heilanstalt . . . ».

⁴ Artikel 21 erhält den Randtitel «G. Eignung der Ärzte, Apotheker, Hebammen, medizinischen Hilfspersonen und Laboratorien».

⁵ Artikel 22 erhält den Randtitel «H. Tarife und Verträge, 1. Tarife für Ärzte». In Absatz 1 werden die Worte «und der Apotheker», «und der Arzneien» sowie «und Arzneien» gestrichen. In Absatz 2 werden die Worte «und Apothekern» gestrichen, sowie im letzten Satz das Wort «zwanzig» durch «dreissig» und die Worte «der Rekurs» durch «Beschwerde» ersetzt.

⁶ Der Randtitel zu Artikel 23 erhält die Nummer 3.

⁷ Der Randtitel zu Artikel 34 erhält die Nummer VIII.

⁸ Der Randtitel zu Artikel 39 erhält die Nummer V.

⁹ Artikel 73, Absatz 1, letzter Satz erhält folgende Fassung: «Folgende Artikel finden sinngemäss Anwendung: Artikel 15 bis 19, 20 bis 22, 22^{bis}, soweit er die Tarife der Apotheker, medizinischen Hilfspersonen und Laboratorien betrifft, 23 bis 25, sowie Art. 30^{ter}, soweit er die Entscheide des Schiedsgerichtes betrifft.

III.

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes sind aufgehoben:

- a. Artikel 15 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose;
- b. Der Bundesbeschluss vom 14. Dezember 1960 über zusätzliche Beiträge des Bundes an die anerkannten Krankenkassen für die Jahre 1961, 1962 und 1963;
- c. Vorschriften der Kantone und Gemeinden, die mit diesem Gesetz in Widerspruch stehen.

IV.

Das Bundesgesetz vom 11. April 1889 über Schuldbetreibung und Konkurs erhält in Artikel 219 folgenden Zusatz:

Zweite Klasse

«l. Die Beitragsforderungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen.»

V.

Die Kantone und Gemeinden haben die auf Grund dieses Gesetzes erforderlichen Ausführungs- und Anpassungsbestimmungen dem Bundesrat bis zu einem von ihm festzusetzenden Zeitpunkt zur Genehmigung vorzulegen. In Kantonen und Gemeinden, in welchen der Erlass der erforderlichen Ausführungs- und Anpassungsbestimmungen bis zum Inkrafttreten des Gesetzes nicht möglich ist, kann die vollziehende Behörde eine provisorische Regelung treffen. Diese ist dem Bundesrat zur Genehmigung vorzulegen.

VI.

Die Kassen und Rückversicherungsverbände haben ihre Statuten und Reglemente bis zu einem vom Bundesrat festzusetzenden Zeitpunkt den Bestimmungen dieses Gesetzes anzupassen. Bis zu diesem Zeitpunkt gelten die bisherigen Statuten und Reglemente.

VII.

¹ Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1963 in Kraft.

² Der Bundesrat ist mit dem Vollzug beauftragt und erlässt die hiezu erforderlichen Verordnungen.

Zahlentabellen

Tabelle

Versicherte

- 1 Die Versicherungsdichte in der Krankenpflegeversicherung
- 2 Die Versicherungsdichte in der Krankengeldversicherung
- 3 Mittlere Jahresbestände der für Krankenpflege Versicherten
- 4 Mittlere Jahresbestände der für Krankengeld Versicherten

Durchschnittliche Kosten und Häufigkeiten

- 5 Durchschnittliche Krankenpflegekosten je Versicherter
- 6 Durchschnittliche Pflegekosten je Wochenbett
- 7 Durchschnittliche Tuberkulosekosten je Versicherter
- 8 Wochenbett- und Stillgeldfälle

Jährlicher Finanzhaushalt der Kassen

- 9 Einnahmen der Kassen, absolute Zahlen
- 10 Einnahmen der Kassen, relative Zahlen
- 11 Ausgaben der Kassen, absolute Zahlen
- 12 Ausgaben der Kassen, relative Zahlen
- 13 Vermögen der Kassen

Anmerkung: Alle Zahlen, die sich auf die Jahre 1960 und später beziehen, sind Schätzungen auf der Basis des geltenden Rechts unter der Annahme, dass die Revision auf 1. Januar 1963 in Kraft treten wird.

Die Versicherungsdichte in der Krankenpflegeversicherung

1950-1964

Tabelle 1

Jahr	Geschätzte mittlere Wohnbevölkerung	Krankenpflege-Versicherte (mittlerer Jahresbestand)	Versicherungsdichte in Prozenten
1950	4 694 000	2 574 399	54,8
1951	4 749 000	2 658 087	56,0
1952	4 815 000	2 788 467	57,8
1953	4 877 000	2 902 783	59,5
1954	4 927 000	3 020 676	61,3
1955	4 977 000	3 158 227	63,5
1956	5 039 000	3 306 220	65,6
1957	5 117 000	3 460 214	67,6
1958	5 185 000	3 602 743	69,5
1959	5 240 000	3 734 786	71,3
1960	5 335 000	3 880 000	73
1961	5 400 000	4 000 000	74
1962	5 460 000	4 100 000	75
1963	5 520 000	4 190 000	76
1964	5 580 000	4 260 000	76

Die Versicherungsdichte in der Krankengeldversicherung

1950-1964

Tabelle 2

Jahr	Geschätzte mittlere Wohnbevölkerung ¹⁾	Krankengeld-Versicherte ²⁾ (mittlerer Jahresbestand)	Versicherungsdichte in Prozenten
1950	3 587 000	1 698 199	47,3
1951	3 623 000	1 772 172	48,9
1952	3 669 000	1 843 642	50,2
1953	3 711 000	1 923 909	51,8
1954	3 742 000	1 996 069	53,3
1955	3 772 000	2 079 143	55,1
1956	3 816 000	2 161 917	56,7
1957	3 879 000	2 266 198	58,4
1958	3 937 000	2 346 549	59,6
1959	3 984 000	2 414 124	60,6
1960	4 055 000	2 530 000	62
1961	4 104 000	2 600 000	63
1962	4 150 000	2 670 000	64
1963	4 195 000	2 720 000	65
1964	4 241 000	2 760 000	65

¹⁾ Ohne Kinder (0-14jährige).²⁾ Gleichzeitig bei zwei Kassen Versicherte sind doppelt gezählt.

Mittlere Jahresbestände der für Krankenpflege Versicherten
1950-1964

Tabelle 3

Jahr	Männer	Frauen	Kinder	Zusammen
1950	918 826	1 036 996	618 577	2 574 399
1951	939 539	1 064 597	653 951	2 658 087
1952	983 282	1 105 972	694 213	2 783 467
1953	1 020 804	1 146 665	735 314	2 902 783
1954	1 052 538	1 184 763	783 375	3 020 676
1955	1 093 047	1 228 798	836 382	3 158 227
1956	1 143 519	1 276 952	885 749	3 306 220
1957	1 202 645	1 328 492	929 077	3 460 214
1958	1 253 895	1 381 829	967 019	3 602 743
1959	1 295 407	1 427 323	1 012 056	3 734 786
1960	1 340 000	1 480 000	1 060 000	3 880 000
1961	1 380 000	1 510 000	1 110 000	4 000 000
1962	1 410 000	1 550 000	1 140 000	4 100 000
1963	1 440 000	1 580 000	1 170 000	4 190 000
1964	1 460 000	1 600 000	1 200 000	4 260 000

Mittlere Jahresbestände der für Krankengeld Versicherten
1950-1964

Tabelle 4

Jahr	Männer	Frauen	Zusammen
1950	920 445	777 754	1 698 199
1951	960 821	811 351	1 772 172
1952	999 067	844 575	1 843 642
1953	1 043 627	880 282	1 923 909
1954	1 078 122	917 947	1 996 069
1955	1 123 102	956 041	2 079 143
1956	1 165 570	996 347	2 161 917
1957	1 224 187	1 042 011	2 266 198
1958	1 264 454	1 082 095	2 346 549
1959	1 296 781	1 117 343	2 414 124
1960	1 360 000	1 170 000	2 530 000
1961	1 400 000	1 200 000	2 600 000
1962	1 440 000	1 230 000	2 670 000
1963	1 460 000	1 260 000	2 720 000
1964	1 480 000	1 280 000	2 760 000

Durchschnittliche Krankenpflegekosten je Versicherter
(ohne Wochenbett- und ohne Tuberkulosekosten)

1950-1964

Tabelle 5

Jahr	Absolute Zahlen in Franken				Indexzahlen Basisjahr 1950 = 100			
	Männer	Frauen	Kinder	Zu- sammen	Männer	Frauen	Kinder	Zu- sammen
1950	43.64	66.73	35.50	51.48	100,0	100,0	100,0	100,0
1951	47.—	69.76	38.46	54.47	107,7	104,5	108,3	105,8
1952	49.21	74.32	38.77	57.08	112,8	111,4	109,2	110,9
1953	51.96	76.58	40.—	59.13	119,1	114,8	112,7	114,9
1954	53.50	79.62	42.29	61.33	122,6	119,3	119,1	119,1
1955	56.25	83.98	43.74	64.23	128,9	125,9	123,2	124,8
1956	58.32	86.97	44.09	66.05	133,6	130,3	124,2	128,3
1957	60.75	89.80	46.20	68.46	139,2	134,6	130,1	133,0
1958	64.57	95.33	48.26	72.42	148,0	142,9	135,9	140,7
1959	67.63	100.77	50.23	76.—	155,0	151,0	141,5	147,6
1960	69.30	102.40	51.20	77.30	159	154	144	150
1961	71.80	106.—	52.70	79.90	165	159	148	155
1962	74.30	109.60	54.20	82.50	170	164	153	160
1963	84.50	124.50	61.30	93.60	194	187	173	182
1964	87.20	128.50	62.90	96.50	200	193	177	187

Durchschnittliche Pflegekosten je Wochenbett

1950-1964

Tabelle 6

Jahr	Absolute Zahlen in Franken	Indexzahlen Basisjahr 1950 = 100
1950	92.86	100,0
1951	96.78	104,2
1952	103.63	111,6
1953	107.61	115,9
1954	111.16	119,7
1955	113.41	122,1
1956	120.28	129,5
1957	120.46	129,7
1958	127.46	137,3
1959	130.38	140,4
1960	138.50	149
1961	144.—	155
1962	149.50	161
1963	170.50	184
1964	176.60	190

Durchschnittliche Tuberkulosekosten je Versicherter
1950-1964

Tabelle 7

Jahr	Absolute Zahlen in Franken		Indexzahlen Basisjahr 1950 = 100	
	Pflege	Geld	Pflege	Geld
1950	5 21	3.52	100,0	100,0
1951	5 28	3.61	101,3	102,6
1952	5 32	3.66	102,1	104,0
1953	5 19	3.65	99,6	103,7
1954	5 09	3.62	97,7	102,8
1955	4 73	3.52	90,8	100,0
1956	4 44	3.37	85,2	95,7
1957	4 02	3.17	77,2	90,1
1958	3 95	3.14	75,8	89,2
1959	4 12	2.99	79,1	84,9
1960	3 73	2.92	72	83
1961	3 62	2.81	69	80
1962	3 51	2.70	67	77
1963	3 40	2.59	65	74
1964	3 30	2 50	63	71

Wochenbett- und Stillgeldfälle
1950-1964

Tabelle 8

Jahr	Anzahl Wochenbetten		Anzahl Stillgelder	
	je 100 versicherte Frauen	Indexzahlen Basisjahr 1950 = 100	je 100 versicherte Frauen	Indexzahlen Basisjahr 1950 = 100
1950	5,2	100,0	2,5	100,0
1951	5,0	96,2	2,3	92,0
1952	5,0	96,2	2,3	92,0
1953	4,9	94,2	2,3	92,0
1954	4,9	94,2	2,2	88,0
1955	4,9	94,2	2,1	84,0
1956	5,0	96,2	2,1	84,0
1957	5,0	96,2	2,1	84,0
1958	5,0	96,2	2,0	80,0
1959	5,1	98,1	2,0	80,0
1960	5,0	96	2,0	80
1964	5,0	96	2,0	80

Einnahmen der Kassen

1915-1964

Beträge in 1000 Franken

Tabelle 9

Jahr	Auf- wendungen der Ver- sicherten ¹⁾	Bundes- beiträge	Beiträge von Kantonen und Gemeinden	Beiträge von Arbeit- gebern ²⁾	Übrige Ein- nahmen ³⁾	Total
1915	8 238	1 893	377	570	*	11 078
1920	24 259	4 332	2 218	1 753	*	32 562
1925	33 242	6 442	2 207	1 175	*	43 066
1930	52 663	8 840	4 401	1 223	4 188	71 315
1935	65 629	10 236	5 698	1 234	5 012	87 809
1940	75 663	10 857	5 953	1 214	6 060	99 747
1945	114 505	17 445	8 356	2 145	7 651	150 102
1950	205 096	24 464	13 317	5 713	12 640	261 230
1951	224 198	26 904	13 622	7 973	13 533	286 230
1952	240 721	29 912	16 097	7 847	14 996	309 573
1953	260 331	26 389	16 843	8 305	15 449	327 317
1954	281 728	31 761	19 156	8 465	15 801	356 911
1955	310 334	31 023	20 010	9 489	16 520	387 376
1956	339 205	31 834	21 237	9 547	20 539	422 362
1957	375 749	41 718	22 467	10 955	17 458	468 347
1958	404 702	46 556	25 976	11 975	18 609	507 818
1959	436 615	46 557	25 432	11 936	23 286	543 826
1960	464 000	49 000	27 000	12 000	24 000	576 000
1961	485 000	58 000	29 000	13 000	25 000	610 000
1962	516 000	59 000	30 000	14 000	26 000	645 000
1963	568 000	89 000	32 000	15 000	27 000	731 000
1964	617 000	99 000	33 000	16 000	28 000	793 000

¹⁾ Mitgliederbeiträge, Krankenpflegekostenanteile, Krankenscheingebühren.
²⁾ Soweit in der Jahresrechnung ausgewiesen.
³⁾ Zinsen usw.

Einnahmen der Kassen

1915-1964

Prozentuale Verteilung (Total = 100)

Tabelle 10

Jahr	Auf- wendungen der Ver- sicherten ¹⁾	Bundes- beiträge	Beiträge von Kantonen und Gemeinden	Beiträge von Arbeit- gebern ²⁾	Übrige Ein- nahmen ³⁾	Total
1915	74,4	17,1	3,4	5,1	*	100,0
1920	74,5	13,3	6,8	5,4	*	100,0
1925	77,2	15,0	5,1	2,7	*	100,0
1930	73,8	12,4	6,2	1,7	5,9	100,0
1935	74,7	11,7	6,5	1,4	5,7	100,0
1940	75,8	10,9	6,0	1,2	6,1	100,0
1945	76,3	11,6	5,6	1,4	5,1	100,0
1950	78,5	9,4	5,1	2,2	4,8	100,0
1951	78,3	9,4	4,8	2,8	4,7	100,0
1952	77,8	9,7	5,2	2,5	4,8	100,0
1953	79,6	8,1	5,1	2,5	4,7	100,0
1954	78,9	8,9	5,4	2,4	4,4	100,0
1955	80,1	8,0	5,2	2,4	4,3	100,0
1956	80,2	7,6	5,0	2,3	4,9	100,0
1957	80,3	8,9	4,8	2,3	3,7	100,0
1958	79,7	9,2	5,1	2,4	3,6	100,0
1959	80,3	8,5	4,7	2,2	4,3	100,0
1960	80	9	5	2	4	100
1961	79	10	5	2	4	100
1962	80	9	5	2	4	100
1963	78	12	4	2	4	100
1964	78	12	4	2	4	100

¹⁾ Mitgliederbeiträge, Krankenpflegekostenanteile, Krankenscheingebühren.
²⁾ Soweit in der Jahresrechnung ausgewiesen.
³⁾ Zinsen usw.

Ausgaben der Kassen 1915-1964

Beträge in 1000 Franken

Tabelle 11

Jahr	Krankengelder einschliesslich Wochenbett	Krankenpflege- kosten einschliesslich Wochenbett	Andere Ausgaben ¹⁾	Verwaltungs- kosten	Total ²⁾
1915	6 894	3 066	214	877	11 051
1920	15 822	12 332	528	3 065	31 747
1925	17 079	17 965	756	3 965	39 765
1930	24 127	35 026	2 630	5 948	67 731
1935	27 224	47 785	3 147	7 611	85 767
1940	27 526	54 521	4 295	9 304	95 646
1945	38 529	88 319	5 339	14 009	146 196
1950	61 956	147 376	12 379	24 580	246 291
1951	70 702	160 666	15 928	26 643	273 939
1952	70 838	175 684	15 355	28 371	290 248
1953	78 351	189 340	18 827	30 697	317 215
1954	81 659	203 225	22 971	32 841	340 696
1955	90 371	219 757	28 353	35 549	374 030
1956	97 220	240 077	32 930	38 485	408 712
1957	113 670	258 062	46 302	42 813	460 847
1958	111 450	280 452	42 658	46 828	481 388
1959	117 212	304 442	48 195	50 178	520 027
1960	129 000	323 000	52 000	51 000	555 000
1961	136 000	343 000	56 000	54 000	589 000
1962	144 000	362 000	61 000	57 000	624 000
1963	161 000	419 000	66 000	60 000	706 000
1964	168 000	438 000	70 000	63 000	739 000

¹⁾ Leistungen anderer Versicherungszweige, Rückversicherungsprämien, Rückstellungen, Stallgelder usw.
²⁾ Bis 1926 wurden kleinere Ausgabenposten nicht erfasst.

Ausgaben der Kassen
1915-1964

Prozentuale Verteilung (Total = 100)

Tabelle 12

Jahr	Krankengelder einschliesslich Wochenbett	Krankenpflege- kosten einschliesslich Wochenbett	Andere Ausgaben ¹⁾	Verwaltungs- kosten	Total ²⁾
1915	62,5	27,7	1,9	7,9	100,0
1920	49,8	38,8	1,7	9,7	100,0
1925	42,9	45,2	1,9	10,0	100,0
1930	35,6	51,7	3,9	8,8	100,0
1935	31,7	55,7	3,7	8,9	100,0
1940	28,8	57,0	4,5	9,7	100,0
1945	26,4	60,3	3,7	9,6	100,0
1950	25,2	59,8	5,0	10,0	100,0
1951	25,8	58,7	5,3	9,7	100,0
1952	24,4	60,5	5,3	9,8	100,0
1953	24,7	59,7	5,9	9,7	100,0
1954	24,0	59,6	6,8	9,6	100,0
1955	24,2	58,7	7,6	9,5	100,0
1956	23,8	58,7	8,1	9,4	100,0
1957	24,7	56,0	10,0	9,3	100,0
1958	23,2	58,3	8,8	9,7	100,0
1959	22,6	58,6	9,2	9,6	100,0
1960	24	58	9	9	100
1961	23	58	10	9	100
1962	23	58	10	9	100
1963	23	59	9	9	100
1964	23	59	9	9	100

¹⁾ Leistungen anderer Versicherungszweige, Rückversicherungsprämien, Rückstellungen, Stillgelder usw.

²⁾ Bis 1926 wurden kleinere Ausgabenposten nicht erfasst.

Vermögen der Kassen
1915-1964

Tabelle 13

Jahr	Ausgaben in 1000 Franken	Vermögen		Vermögens- vermehrung im betreffenden Jahr in 1000 Franken
		absolut in 1000 Franken	in Prozenten der Ausgaben	
1915	11 051	12 361	111,9	2 728
1920	31 747	23 354	73,6	3 739
1925	39 765	45 862	115,3	5 568
1930	67 731	68 518	101,2	5 267
1935	85 767	87 299	101,8	2 085
1940	95 646	107 432	112,3	3 193
1945	146 196	112 758	77,1	4 602
1950	246 291	169 694	68,9	15 543
1951	273 939	194 889	71,1	25 195
1952	290 248	218 153	75,2	23 264
1953	317 215	229 515	72,4	11 362
1954	340 696	241 587	70,9	12 072
1955	374 030	256 420	68,6	14 833
1956	408 712	269 722	66,0	13 302
1957	460 847	271 742	59,0	2 020
1958	481 388	296 524	61,6	24 782
1959	520 027	318 792	61,3	22 268
1960	555 000	340 000	61	21 000
1961	589 000	361 000	61	21 000
1962	624 000	382 000	61	21 000
1963	706 000	407 000	58	25 000
1964	739 000	461 000	62	54 000

**Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Bundesgesetzes
betreffend die Änderung des Ersten Titels des Bundesgesetzes über die Kranken- und
Unfallversicherung (Vom 5. Juni 1961)**

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1961
Année	
Anno	
Band	1
Volume	
Volume	
Heft	25
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	8251
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	22.06.1961
Date	
Data	
Seite	1417-1528
Page	
Pagina	
Ref. No	10 041 358

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dall'Archivio federale svizzero.