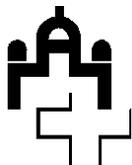


Ständerat

Conseil des Etats

Consiglio degli Stati

Cussegl dals stadis



---

**05.055 s Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung.  
Volksinitiative**

---

Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 12. September 2006

---

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) hat an ihren Sitzungen vom 30. August 2005 sowie 23. Januar, 29./30. Mai und 12./13. September 2006 die Vorlage des Bundesrates „Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung. Volksinitiative,, (05.055 s) beraten.

Die Volksinitiative wurde am 28. Juli 2004 in der Form eines ausformulierten Vorschlages eingereicht. Sie fordert unter anderem eine auf Wettbewerb basierende Grundversicherung und eine Einschränkung des Leistungskatalogs. Der Bundesrat empfiehlt Ablehnung der Volksinitiative.

### **Antrag der Kommission**

Die Kommission beantragt, dem Bundesrat zu folgen und die Volksinitiative abzulehnen. Mit 6 zu 5 Stimmen ohne Enthaltungen lehnt sie es ab, der Volksinitiative einen Gegenvorschlag gegenüberzustellen. Die Minderheit (Altherr, Brändli, Langenberger, Forster, Frick) beantragt, dem Gegenvorschlag zuzustimmen und die Behandlungsfrist gemäss Artikel 105 Absatz 1 Parlamentsgesetz um ein Jahr bis zum 28. Januar 2008 zu verlängern.

Berichterstattung: Schwaller

Im Namen der Kommission  
Die Präsidentin:

Erika Forster-Vannini



## 1 Ausgangslage

Die Kommission hat die Vorlage des Bundesrates an mehreren Sitzungen – erstmals am 30. August 2005 unter Anhörung des Initiativkomitees - beraten. Einhellig war sie der Meinung, dass der Text der Volksinitiative Elemente enthält, die im gegenwärtigen Zeitpunkt politisch nicht umsetzbar sind. Die Frage war aber, ob der bestehende Artikel 117, Kranken- und Unfallversicherung, im Vergleich zu anderen Kompetenznormen der Bundesverfassung nicht zu allgemein gefasst ist. Die Kommission sah in der Behandlung dieser Volksinitiative eine Gelegenheit, mittels Formulierung eines Gegenvorschlags Grundsätze über die Kranken- und Unfallversicherung in die Verfassung aufzunehmen, nach welchen diese Sozialversicherungen ausgestaltet werden sollen.

Zu Beginn der Beratung war eine Mehrheit der Ansicht, dass die Ausarbeitung einer Verfassungsrevision nicht parallel zu den hängigen Revisionen der Krankenversicherung (04.032, Vertragsfreiheit, 04.034, Kostenbeteiligung, 04.061, Spitalfinanzierung und Risikoausgleich, 04.062, Managed Care, 05.025, Pflegefinanzierung,) erfolgen sollte; die geltende Verfassungsgrundlage gebe dem Gesetzgeber genügend Spielraum. Das von niemandem bestrittene Ziel der Kosteneindämmung lasse sich am besten bei der Ausgestaltung des Krankenversicherungsgesetzes diskutieren. Im Laufe der Beratungen kam aber eine Mehrheit der Kommission zur Überzeugung, dass ein direkter Gegenvorschlag, der dem Volk zur Abstimmung vorgelegt werden muss, eine wichtige Grundlage bilden könnte für die zukünftige Ausgestaltung der Unfall- und Krankenversicherung.

Am 29./30. Mai 2006 setzte die Kommission eine Subkommission ein. Ihr gehörten die Herren *Brändli*, *Altherr* und *Stähelin* an. Die SP-Fraktion verzichtete auf eine Teilnahme. Die Subkommission beauftragte Herrn Dr. Ueli Kieser, Rechtsanwalt und Privatdozent für Sozialversicherungsrecht, mit der Ausarbeitung eines Textvorschlags und eines Kommentars nach ihren Vorgaben. Diese erarbeitete an drei Sitzungen einen Entwurf, den die Kommission an ihrer Sitzung vom 22. August 2006 erstmals beriet. Im Hinblick auf die definitive Verabschiedung schlug sie eine Änderung des Textes vor.

An ihrer Sitzung vom 12. September 2006 entschied sich die Kommission in einer knappen Abstimmung dagegen, den Gegenentwurf vorzulegen. Gleichzeitig beschloss sie, im vorliegenden Bericht die Erläuterungen des Antrags der starken Minderheit ihrem Rat zu unterbreiten.

Die Kommissionsminderheit bedauert, dass es ihr aus zeitlichen Gründen nicht mehr möglich ist, eine Vernehmlassung zu ihrem Gegenvorschlag durchzuführen. Gemäss Artikel 100 Parlamentsgesetz läuft die Behandlungsfrist für Volksinitiative 30 Monate nach Einreichung, d. h. in diesem Falle am 28. Januar 2007 ab. Sie kann um ein Jahr verlängert werden, falls ein Rat über einen Gegenvorschlag Beschluss fasst und die Bundesversammlung der Fristverlängerung zustimmt. Damit auch die Kommission des Nationalrats Zeit für die Vorberatung hat, muss die Vorlage dem Ständerat spätestens in der Herbstsession 2006 unterbreitet werden. Die Kommissionsminderheit ist aber klar der Ansicht, dass die Verfassung nicht ohne Einbezug weiterer Kreise geändert werden soll und ersucht daher die Kommission des Nationalrates, eine ordentliche Vernehmlassung durchzuführen. Sollte die Frist um ein Jahr verlängert werden, bliebe dafür genügend Zeit.

## 2 Grundsätzliche Überlegungen



- (1) Die Klammerbemerkungen sind Randziffern zum Kommentar von Ueli Kieser.

## **2.1 Regelung der Unfall- und der Krankenversicherung in getrennten Verfassungsbestimmungen**

- (2) Es wird vorgeschlagen, für die Krankenversicherung einen eigenen Verfassungsartikel zu schaffen und insoweit die Unfallversicherung und die Krankenversicherung in getrennten Verfassungsartikeln zu ordnen. Der auf die Unfallversicherung bezogene Verfassungsartikel übernimmt den bisherigen Gehalt unverändert. Demgegenüber wird der Verfassungsartikel zur Krankenversicherung völlig neu formuliert; es werden neu die massgebenden materiellen Grundsätze aufgenommen.

Es sind folgende Überlegungen, welche zu einer Regelung der beiden Sozialversicherungszweige in getrennten Verfassungsartikeln führen. Zunächst ist massgebend, dass der Gesetzgeber die Krankenversicherung für die gesamte Wohnbevölkerung obligatorisch erklärt hat, während die Unfallversicherung nur für die unselbstständig erwerbenden Personen obligatorisch ist; in der Bevölkerung werden deshalb die beiden Sozialversicherungen sehr unterschiedlich wahrgenommen. In einem zweiten Punkt fällt ins Gewicht, dass die Regelung der Krankenversicherung weit anspruchsvoller ist als diejenige der Unfallversicherung; bei der Krankenversicherung geht es um schwierige Abgrenzungsfragen (z.B. Krankheit – Nicht-Krankheit), und es stellen sich auch bei der Zulassung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer heikle Fragen. Es kommt hinzu, dass auch in quantitativer Hinsicht die Krankenversicherung weit gewichtiger ist als die Unfallversicherung.

Deshalb kann es bei der Unfallversicherung bei der knappen heutigen Regelung bleiben, während es bei der Krankenversicherung zutreffend erscheint, dass auf Verfassungsebene die wichtigsten materiellen Zielrichtungen festgehalten werden. Diese unterschiedliche Ausgangslage rechtfertigt also eine verfassungsrechtliche Regelung in getrennten Verfassungsbestimmungen.

## **2.2 Abgrenzung der Grundversicherung von der Zusatzversicherung in der Krankenversicherung**

- (3) Das Verhältnis der Grundversicherung zur Zusatzversicherung muss geklärt werden. Nach der bisherigen Konzeption sind die beiden Bereiche klar getrennt. Während die Grundversicherung als Teil der Sozialversicherung betrachtet wird, gehört die Zusatzversicherung zum Bereich der Privatversicherung. Dabei ist die Grundversicherung prinzipiell umfassend ausgestaltet und bietet einen guten Schutz für die Versicherten. Zusatzversicherungen haben Bedeutung in Bereichen von so genannten echten Mehrleistungen (z.B. Recht, von der Chefärztin oder dem Chefarzt persönlich behandelt zu werden; Medikamente, welche im Rahmen von Pflichtleistungen nicht zu vergüten sind; naturärztliche Verfahren) und im Bereich der Hotellerie-Leistungen (z.B. bessere Menüwahl im Spital, Einer-Zimmer). Mit dem Verfassungsartikel über die Krankenversicherung wird nur die Grundversicherung geregelt. Der Vorschlag bezieht sich also nicht auf die Zusatzversicherungen, die weiterhin dem Privatrecht unterstehen.

## **2.3 Bezug zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen (NFA)**



- (4) Art. 48a Abs. 1 Bst. h BV (in der Fassung gemäss Bundesbeschluss vom 3. Oktober 2003; NFA-Vorlage; noch nicht in Kraft gesetzt) sieht vor, dass bezogen auf die Spitzenmedizin und Spezialkliniken interkantonale Vereinbarungen allgemein verbindlich erklärt werden können oder dass Kantone zur Beteiligung daran verpflichtet werden können (vgl. BBI 2003 6592). Diese verfassungsrechtliche Regelung steht in einem Zusammenhang mit dem Verfassungsartikel über die Krankenversicherung und ergänzt diesen. Wenn – gestützt auf Art. 48a BV – ein solcher Schritt des Bundes erfolgt, kann dies Auswirkungen auf öffentliche Beiträge haben, welche im Rahmen der Krankenversicherung erbracht werden (dazu Abs. 3 der vorgeschlagenen Verfassungsbestimmung). Beizufügen ist im Übrigen, dass die NFA-Vorlage sich auch bei der Prämienverbilligung auswirkt (dazu Rz. 37).

### **3 Verfassungsartikel zur Unfallversicherung (117 BV)**

#### **3.1 Wortlaut**

##### **Abs. 1**

**Der Bund erlässt Vorschriften über die Unfallversicherung.**

##### **Abs. 2**

**Er kann die Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.**

#### **3.2 Erläuterungen**

- (1) Wenn die Krankenversicherung inhaltlich neu (und somit in einem eigenen Verfassungsartikel) geregelt werden soll, ist Folge davon, dass die Unfallversicherung in einem anderen Artikel selbstständig geordnet werden muss (vgl. dazu Eingangsbemerkungen, Rz. 2). Der Vorschlag übernimmt den heutigen Gehalt von Art. 117 BV unverändert. Deshalb wird die heutige gesetzliche Ausgestaltung der Unfallversicherung (obligatorische Versicherung für die Unselbstständigerwerbenden; vgl. Art. 1a des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG, SR 832.20) unverändert weitergeführt werden können.
- (2) Der Gesetzgeber hat nach geltendem Recht einerseits für die Unselbstständigerwerbenden die Unfallversicherung obligatorisch erklärt. Andererseits hat er darüber hinaus weitere Bereiche der Unfallversicherung geregelt. So hat er die freiwillige Versicherung für Selbstständigerwerbende eingeführt (vgl. Art. 4 UVG) und die Möglichkeit der Abredeversicherung aufgenommen (vgl. Art. 3 Abs. 3 UVG). Dies zeigt, dass der Gesetzgeber über die Obligatorischerklärung hinaus von der ihm übertragenen Kompetenz Gebrauch gemacht hat. An dieser Befugnis des Gesetzgebers ändert sich mit dem vorgeschlagenen Verfassungsartikel nichts.

### **4 Verfassungsartikel Krankenversicherung (117a BV)**

#### **4.1 Wortlaut**

##### **Abs. 1**

**Der Bund erlässt Vorschriften über die Krankenversicherung. Die Krankenversicherung umfasst die Krankenpflegeversicherung, die Leistungen bei Krankheit, Unfall und**



Mutterschaft vorsieht und auch Leistungen bei Pflegebedürftigkeit festlegen kann. Sie kann eine Taggeldversicherung umfassen.

#### **Abs. 2**

Er beachtet dabei folgende Grundsätze:

- a. Der Bund kann die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären. Bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können die versicherungspflichtigen Personen unter den zugelassenen Krankenversicherern frei wählen.
- b. Die Leistungen der Krankenpflege müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Sie können in Listen gefasst werden.
- c. Die Durchführung der Krankenversicherung richtet sich nach den Kriterien der Effizienz, der Effektivität und der Transparenz. Die Eigenverantwortlichkeit der Versicherten wird gefördert.
- d. Zur Tätigkeit in der Krankenversicherung werden Versicherer zugelassen, welche den bundesrechtlichen Mindestanforderungen genügen.
- e. Die Voraussetzungen, unter denen Leistungserbringer zulasten der Krankenpflegeversicherung tätig sind, berücksichtigen die Ziele der qualitativ hochstehenden Versorgung und des Wettbewerbs.

#### **Abs. 3**

Die Krankenpflegeversicherung wird finanziert über die Prämien und die Kostenbeteiligungen der Versicherten sowie über öffentliche Beiträge. Der Bund sieht zudem zusammen mit den Kantonen Prämienverbilligungen vor, wobei er der wirtschaftlichen Lage der Versicherten Rechnung trägt.

## **4.2 Erläuterungen**

### **Abs. 1**

#### **Satz 1**

- (1) Die Formulierung erfolgt in Entsprechung zum bisherigen Art. 117 BV und in Übereinstimmung mit den sonstigen Verfassungsartikeln zu den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung.
- (2) Regelungsgegenstand der Bestimmung ist die „Krankenversicherung“. Es ist (nur) die eigentliche Krankenpflegeversicherung sowie – allenfalls – die Taggeldversicherung gemeint. Die Bestimmung findet sich im 8. Abschnitt der Bundesverfassung, der die Bereiche „Wohnen, Arbeit, soziale Sicherheit und Gesundheit“ erfasst. Damit wird – in systematischer Hinsicht – klargestellt, dass nur die soziale Krankenversicherung geregelt wird. Nicht von der Bestimmung erfasst werden Zusatzversicherungen. Diese sind bereits im heutigen System von der sozialen Krankenversicherung grundsätzlich getrennt und werden nicht durch den (heutigen) Art. 117 BV erfasst. Die Ausgestaltung der Zusatzversicherung wird deshalb durch den vorliegenden Vorschlag nicht berührt (dazu bereits Eingangsbemerkungen,



Rz. 3). Zusatzversicherungen behalten deshalb ihre Bedeutung und treten ergänzend zur Grundversicherung hinzu, wie sie durch den vorliegenden Verfassungsartikel geregelt wird.

## Satz 2

- (3) Satz 2 umschreibt – zusammen mit Satz 3 – den Gegenstand der Krankenversicherung. Es wird unterschieden zwischen Krankenpflegeversicherung (welche vom Bund jedenfalls zu regeln ist) und der Taggeldversicherung (wo der Bund gegebenenfalls auf eine Regelung verzichten kann).
- (4) Satz 2 enthält eine Aufzählung der massgebenden Leistungsbereiche. Es werden die Krankheit, der Unfall, die Mutterschaft und die Pflegebedürftigkeit genannt. Dabei handelt es sich um eine abschliessende Aufzählung. Der Bund kann diese Leistungsbereiche gesetzlich regeln, muss es aber nicht. Dies lässt einen Spielraum für die Ausgestaltung auf der Gesetzesebene. Dieser Spielraum ist insbesondere bei der Pflegebedürftigkeit wichtig, kann aber auch etwa beim Unfall eine Bedeutung erhalten (nämlich dann, wenn der Gesetzgeber die Unfallversicherung für die gesamte Bevölkerung als obligatorisch erklären möchte).
- (5) In Satz 2 wird festgelegt, dass die Versicherung Leistungen „vorsehen“ kann. Diese Formulierung nimmt Bezug auf das Krankenversicherungssystem und nicht auf den einzelnen Versicherer. Damit wird auch nicht präjudiziert, ob der Versicherer die Leistung selbst gewährt oder ob er die Kosten für die Leistungen übernimmt. Es steht dem Gesetzgeber also frei, eines dieser beiden Systeme oder Mischformen vorzusehen. Es kann also das bisherige System (Kostenvergütung durch die Krankenversicherer) ohne weiteres weitergeführt werden.
- (6) Zu den Bereichen Krankheit, Unfall und Mutterschaft: Dass die Krankenversicherung bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft Leistungen vorsieht, ist bereits im heutigen Krankenversicherungsgesetz (Bundesgesetz über die Krankenversicherung, KVG, SR 832.10) vorgesehen (Art. 1a Abs. 2 KVG), wobei es sich auch nach der heutigen Regelung um eine Pflicht handelt (vgl. Art. 1a Abs. 2 KVG: „gewährt“). Die Erwähnung dieser drei Bereiche der Krankenpflegeversicherung (und insbesondere des Unfalles) ist wichtig, weil die entsprechenden Risiken durch die Krankenversicherung aufzufangen ist, wenn beispielsweise der Bund die Unfallversicherung nicht für die Gesamtheit der Bevölkerung obligatorisch erklärt. Die Mutterschaft ist deshalb ausdrücklich aufzuführen, weil sie keine Krankheit ist; dennoch sollen bei Mutterschaft aber Leistungen der Krankenversicherung erbracht werden.

Die Formulierung der Bestimmung legt fest, dass die Krankenpflegeversicherung bei den drei genannten Bereichen – Krankheit, Unfall und Mutterschaft – jedenfalls Leistungen vorzusehen hat; es handelt sich also nicht nur um eine Kann-Bestimmung. Dies stellt eine wichtige Garantie mit Blick auf die tatsächliche soziale Absicherung dar.

- (7) Zum Bereich der Pflegebedürftigkeit: Die Pflegebedürftigkeit kann ausserhalb der Bereiche Krankheit, Unfall oder Mutterschaft auftreten und zwar insbesondere im Alter. Es kann Gegenstand der Krankenpflegeversicherung bilden, dass auch bei einer Pflegebedürftigkeit Leistungen gewährt werden bzw. Kosten für solche Leistungen übernommen werden. Die Finanzierung dieser Leistungen richtet sich ebenfalls nach Abs. 3 der Bestimmung, wobei dafür beispielsweise ein System mit Zusatzprämien (beispielsweise für Personen ab dem 50. Altersjahr) eingerichtet werden kann (dazu auch Rz. 31 ff.).

Der Bereich der Pflegebedürftigkeit muss im Rahmen der Krankenpflegeversicherung nicht zwingend geordnet werden; es handelt sich um eine Kann-Bestimmung. Damit wird dem



Gesetzgeber ein bestimmter Spielraum belassen; er kann – soweit er eine Regelung erlassen will – die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit innerhalb oder ausserhalb der Krankenpflegeversicherung vorsehen.

### **Satz 3**

- (8) Zur Taggeldversicherung: Die Krankenversicherung muss nicht zwingend eine Taggeldversicherung umfassen. Im geltenden Recht verhält es sich so, dass eine Regelung vorgenommen wurde (dazu Art. 1a Abs. 1 KVG). Satz 3 enthält keine materiellen Grundsätze zur Ausgestaltung der allfälligen Taggeldversicherung, so dass hier der Gesetzgeber in seiner Befugnis gänzlich frei ist; entsprechend bezieht sich Abs. 2 Bst. b (wo die inhaltliche Ausgestaltung der Leistungen angesprochen ist) nur auf die Krankenpflegeversicherung (und nicht auf die Taggeldversicherung). Immerhin aber ist – in Abs. 2 Bst. a – ausdrücklich festgelegt, dass der Bund die Taggeldversicherung obligatorisch erklären kann; dies hat er im geltenden Recht nicht getan, doch steht ihm verfassungsrechtlich die Möglichkeit dazu offen (dazu Rz. 12).

### **Abs. 2**

- (9) In Abs. 2 werden materielle Grundsätze der Ausgestaltung der Krankenversicherung aufgenommen. Abs. 2 enthält keine Regelungen, die Kompetenzen begründen; die prinzipielle Kompetenz des Bundes ergibt sich nämlich direkt aus Abs. 1. Die Bestimmung von Abs. 2 zielt darauf ab, diejenigen Grundsätze zu nennen, die bei der Gesetzgebung zu beachten sind. Es handelt sich um Formulierungen, die teilweise in Übereinstimmung stehen zu den sonstigen Verfassungsartikeln über die einzelnen Zweige der Sozialversicherung (etwa Art. 112 oder Art. 113 BV).
- (10) In terminologischer Hinsicht werden in der Bestimmung folgende Bezeichnungen verwendet:
- Krankenversicherung/Versicherung: Gemeint ist das Gesamtsystem, d.h. die Krankenversicherung als Teil der Sozialversicherung.
  - Krankenversicherer/Versicherer: Erfasst sind die Versicherer, welche die obligatorische Krankenversicherung betreiben (dazu Art. 11 KVG).
  - Krankenpflege: Gemeint ist der Bereich der Heilbehandlung (d.h. die Behandlung der Risiken Krankheit, Unfall, Mutterschaft und Pflegebedürftigkeit, soweit eine entsprechende Leistung durch das Gesetz vorgesehen ist).
  - Krankenpflegeversicherung: Sie bildet einen Teil der Krankenversicherung, wobei die Heilbehandlung erfasst wird.
- (11) Zu den einzelnen Buchstaben von Abs. 2 ist folgendes zu bemerken:

### **Bst. a**

### **Satz 1**

- (12) Es wird in Satz 1 der heutige Gehalt von Art. 117 Abs. 2 BV aufgenommen; der Bund hat die Wahlmöglichkeit zwischen drei Ausgestaltungen:
- Obligatorium für die gesamte Bevölkerung,
  - Obligatorium für einzelne Bevölkerungsgruppen,
  - gänzlicher Verzicht auf ein Obligatorium.
- Im heutigen System gilt in der Krankenpflege ein Obligatorium für die gesamte Bevölkerung (vgl. Art. 3 KVG). Dieses Prinzip kann unverändert weitergeführt werden. Bei der



Taggeldversicherung hat der Bund kein Obligatorium eingeführt; diese Regelung kann weitergeführt werden, wobei dem Bund auch die Möglichkeit offen steht, die Taggeldversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch zu erklären.

Beizufügen ist, dass die Formulierung und die systematische Einreihung in Anlehnung an Art. 113 Abs. 2 lit. e BV (betreffend berufliche Vorsorge) erfolgt.

## **Satz 2**

- (13) In Satz 2 von Bst. a wird bei der obligatorischen Versicherung die Wahlmöglichkeit der Versicherten festgelegt. Der Wortlaut der Bestimmung legt klar fest, dass sich die Wahlmöglichkeit zwingend nur auf die Krankenpflegeversicherung (d.h. nicht etwa auf die Taggeldversicherung) bezieht. Bei der Taggeldversicherung ist die Ausgangslage deshalb unterschiedlich, weil hier regelmässig von einem Arbeitgeber oder einer Arbeitgeberin abgeschlossene Kollektivversicherungen bestehen, was die Wahlmöglichkeit der versicherten Person einschränkt.
- (14) Die Wahlmöglichkeit bezieht sich auf die zugelassenen Versicherer; um welche es sich handelt, ergibt sich aus Bst. d. Diese Wahlmöglichkeit ist bereits im geltenden Recht umgesetzt (vgl. Art. 4 KVG); sie dient dem Ziel des Wettbewerbes unter den Krankenversicherern.
- (15) Beizufügen ist, dass die verfassungsrechtlich gewährleistete freie Wahl des Krankenversicherers nur für obligatorisch versicherte Personen uneingeschränkt gilt. Dies belässt einen Spielraum für Personenkategorien, welche in der Krankenpflegeversicherung über eine Kollektivversicherung abgedeckt werden sollen (d.h. welche keine Wahlfreiheit haben sollen). Dazu können beispielsweise Asylbewerberinnen und Asylbewerber gehören; hier steht es dem Gesetzgeber frei, eine Ausnahme vom Obligatorium (mit der sich daraus ergebenden Wahlmöglichkeit unter den Krankenversicherern) vorzusehen und eine Abdeckung über eine Kollektivversicherung (ohne Wahlmöglichkeit) einzuführen. Solche Regelungen können durch den Gesetzgeber auch für andere Kreise der Bevölkerung vorgesehen werden.

## **Bst. b**

### **Satz 1**

- (16) In Satz 1 wird festgehalten, welche Anforderungen an die Leistungen in der Krankenpflegeversicherung gestellt werden. Leitprinzip bilden die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Diese Kriterien sind bereits in der heutigen Gesetzgebung massgebend (vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG). Weil nur von der Krankenpflegeversicherung gesprochen wird, wird klar gestellt, dass sich Bst. b nicht auf die Taggeldversicherung beziehen kann.

### **Satz 2**

- (17) Satz 2 nimmt das Listenprinzip auf, das im geltenden Recht eine Bedeutung hat. Heute sind Listen insbesondere für Medikamente, für Analysen oder für Mittel und Gegenstände vorgesehen (vgl. Art. 52 Abs. 1 KVG). Daneben besteht eine Liste mit verschiedenen Leistungen, die entweder als Pflichtleistung oder als Nichtpflichtleistung bezeichnet werden (vgl. Anhang 1 zur Krankenpflege-Leistungsverordnung; SR 832.112.31).



- (18) Die Formulierung von Satz 2 lässt es zu, dass Negativ- oder Positivlisten aufgestellt werden. Positivlisten nennen die Leistungen, die erbracht oder vergütet werden, abschliessend. Solche Positivlisten haben im geltenden Recht für Teilbereiche bereits jetzt Bedeutung (z.B. bezogen auf die zahnärztlichen Leistungen; vgl. Art. 31 KVG).
- (19) Mit der ausdrücklichen Nennung der Listen in der Verfassung wird dieser Einrichtung zur Leistungssteuerung ein besonderes Gewicht zugemessen. Es kann dadurch auch eine erleichterte Abgrenzung zu den Zusatzversicherungen erreicht werden. Denn es steht bei den Listen klar fest, welche Leistungen durch die Grundversicherung übernommen werden bzw. nicht übernommen werden; die Zusatzversicherungen haben deshalb einen klar umschriebenen Bereich, in dem sie tätig werden können.

### **Bst. c**

- (20) Bst. c stellt innerhalb der Grundsätze ein zentrale Bestimmung dar. Hier werden die allgemeinen inhaltlichen Kriterien genannt, welche für die Ausgestaltung und Durchführung der Krankenversicherung leitend sind. Es sind einerseits Kriterien, welche sich an alle Stellen, Personen und Träger richten, welche die Krankenversicherung durchführen (Satz 1); andererseits wird – in Satz 2 der Bestimmung – Bezug genommen auf die Versicherten. Damit sind alle Beteiligten erfasst.

Satz 1 bezieht sich auf die Durchführung der Krankenversicherung. Dieser Begriff wird weit verstanden. Unter Durchführung fallen etwa die Finanzierung, die Leistungsvergütung, die Beziehungen zu den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und das gesamte Verfahren. Auf Verfassungsebene werden drei zentrale Kriterien genannt, nämlich die Effizienz, die Effektivität und die Transparenz. Mit Effizienz wird Bezug genommen auf verschiedene Aspekte; es geht etwa um die rasche Behandlung von Leistungsanmeldungen oder die schlanke Struktur von Versicherern. Das Kriterium der Effektivität betont die Notwendigkeit, die Durchführung mit dem klaren Blick auf das Ziel der Krankenversicherung – Schutz der Versicherten bei Eintritt des Risikos Krankheit – auszugestalten. Mit dem Kriterium der Transparenz ist gemeint, dass alle Personen und Stellen, welche die Krankenversicherung durchführen, klar und einsehbar vorgehen müssen. Die Konkretisierung dieser Kriterien ist durch den Gesetzgeber vorzunehmen. Hier ist ihm ein weiterer Gestaltungsraum eröffnet. So können etwa gestützt auf die in der Verfassung genannten Kriterien Massnahmen der Qualitätssicherung vorgesehen werden. Zulässig ist auch, dass die monistische Finanzierung festgelegt wird. Bei diesem System gehen alle Finanzierungsmittel (d.h. die Prämien und öffentliche Beiträge) an den Krankenversicherer, und es steht jedem Leistungserbringer nur noch ein Kostenträger (d.h. der Versicherer) gegenüber. Beizufügen ist, dass in Art. 5 der Übergangsbestimmungen (Revisionsentwurf zweites Paket der KVG-Revision im Bereiche Spitalfinanzierung) der Bundesrat verpflichtet wird, innert drei Jahren eine Gesetzesvorlage zur monistischen Spitalfinanzierung vorzulegen (BBI 2004 5583). Ein solches System ist zweifellos als effizient und effektiv zu betrachten.

Satz 2 betrifft die Versicherten. Es geht hier um eine Förderung der Eigenverantwortlichkeit, wie dies analog beispielsweise auch in der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge vorgesehen ist (vgl. Art. 111 Abs. 4 BV). Weil die Bestimmung im Verfassungsartikel über die Krankenversicherung aufgenommen ist, wird klar gestellt, dass es sich nur um die Förderung der Eigenverantwortlichkeit im Rahmen der Krankenversicherung handelt. Der Gesetzgeber kann entsprechende Massnahmen (etwa im Rahmen von Franchisen und Selbstbehalt oder bei der Unterstützung von Präventivmassnahmen) festlegen.



Daneben könnte die Förderung der Eigenverantwortlichkeit auch bezogen auf den Gesundheitsschutz generell aufgenommen werden; dazu wäre gegebenenfalls eine Ergänzung von Art. 118 BV vorzunehmen.

#### **Bst. d**

- (21) Die Formulierung lehnt sich an Art. 113 Abs. 4 BV an, wo bezogen auf die Vorsorgeeinrichtungen eine analoge Regelung besteht. Die Bestimmung lässt offen, welches die Mindestanforderungen sind; die Bezeichnung dieser Anforderungen obliegt deshalb dem Gesetzgeber. Der Gesetzgeber kann beispielsweise festlegen, dass die Versicherungen keinen Gewinn aus der Grundversicherung erzielen dürfen (dazu Art. 13 Abs. 2 Bst. a KVG). Wer obligatorisch versichert ist, kann unter den nach Bst. d zugelassenen Krankenversicherern frei wählen, wie dies Abs. 1 Satz 2 vorsieht.
- (22) Es können die Mindestanforderungen so ausgestaltet sein, dass neben den eigentlichen Krankenkassen auch private Versicherungsunternehmen zugelassen werden (so das geltende Recht in Art. 11 KVG). Diesbezüglich ist die Verfassungsbestimmung ebenfalls offen.
- (23) Weil es sich um Mindestanforderungen handelt, ist eingeschlossen, dass diejenigen Versicherer, welche die Mindestanforderungen erfüllen, ohne weiteres Anspruch darauf haben, die Krankenversicherung betreiben zu können. Dies wird in der Formulierung von Bst. d dadurch unterstrichen, dass es heisst, dass solche Versicherer zugelassen „werden“.
- (24) Der Wortlaut der Bestimmung spricht von „Tätigkeit in der Krankenversicherung“ und nicht von der „Durchführung“ oder vom „Betreiben“ der Krankenversicherung (vgl. zu dieser Wortwahl etwa Art. 11, Art. 13 KVG). Es wird damit eine offenere Formulierung gewählt, welche die aktive Rolle der Krankenversicherer betont und die in sich schliesst, dass die Versicherer gegebenenfalls (soweit dies das Gesetz erlauben sollte) in Teilbereichen der Krankenversicherung tätig werden.

#### **Bst. e**

- (25) Dieser Absatz bezieht sich auf die Zulassung der Leistungserbringer. Es handelt sich um eine zentrale Bestimmung, bei der – soll sie einen materiellen Inhalt haben – bestimmte Entscheide erforderlich sind. Ausgangspunkt der vorgeschlagenen Regelung bildet die Entscheidung, dass im Bereich der Zulassung zur Leistungserbringung einerseits die hohe Qualität sichergestellt werden soll und andererseits das Wettbewerbselement jedenfalls teilweise spielen soll. Eine besondere Schwierigkeit der Regelung liegt darin, dass die Zulassung verschiedener Leistungserbringer zu ordnen ist; es geht nicht nur um die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten, sondern beispielsweise auch um die Zulassung von Spitälern. Dies legt nahe, eine offene Formulierung zu wählen.
- (26) In Bst. e ist nicht die Rede von Mindestanforderungen, sondern von Voraussetzungen. Darin unterscheidet sich Bst. e von Bst. d. Wer als Versicherer die Mindestanforderungen erfüllt, ist – nach Bst. d – befugt, die Krankenversicherung zu betreiben (dazu Rz. 21 ff.). Demgegenüber müssen die Leistungserbringer nach Bst. e Voraussetzungen erfüllen, wobei zudem ausdrücklich auf das Wettbewerbsprinzip verwiesen wird. Insoweit ist die Zulassung nach Bst. d grundsätzlich anders geregelt als die Zulassung nach Bst. e. Insoweit besteht nicht aufgrund der Verfassung ein Anspruch auf Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung.



Die Voraussetzungen sind nicht nur bei der Aufnahme der Tätigkeit zulasten der Krankenpflegeversicherung zu erfüllen, sondern sind während der ganzen Dauer der Tätigkeit massgebend. Dies bringt der Text dadurch zum Ausdruck, dass er Bezug nimmt auf das Tätig-Sein.

- (27) Die Voraussetzungen an die Zulassung von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern berücksichtigen zum einen das Ziel der qualitativ hoch stehenden Versorgung. Dieses Ziel ist dem schweizerischen Krankenversicherungssystem nach den bisherigen Regelungen vorgegeben (vgl. dazu BBI 1992 I 163; BGE 123 V 305). Es ist zutreffend, die Verfolgung dieses Ziels über die Zulassung der Leistungserbringer zu regeln; denn diesen kommt bei der Durchführung der Krankenversicherung ein zentraler Stellenwert zu. Es können also diejenigen Voraussetzungen aufgestellt werden, welche auf das Ziel der qualitativ hoch stehenden Versorgung gerichtet sind (z.B. Qualitätsanforderungen, Anforderungen an Weiter- oder Fortbildung).
- (28) Bst. e legt als Richtschnur für die Umschreibung der „Voraussetzungen“ zum andern fest, dass diese den Wettbewerb berücksichtigen sollen. Zutreffend ist, dass Wettbewerb und zu erfüllende Voraussetzungen einen gewissen Widerspruch in sich bergen. Es geht bei dieser Bestimmung darum, dass – soweit sinnvoll – der Wettbewerb spielen soll; wenn dies nicht gewünscht ist, steht es dem Gesetzgeber aber auch frei, weitgehende Voraussetzungen der Zulassung zu formulieren und insoweit dem Wettbewerb einen geringeren Stellenwert zuzuordnen.  
Es wird verlangt, dass das Ziel des Wettbewerbs „berücksichtigt“ wird. Dies ist ein offenerer Begriff als beispielsweise die Formulierung, dass der Wettbewerb „nicht behindert“ wird. Die vorgeschlagene Bestimmung lässt offen, in welchem Ausmass die „Förderung“ erfolgen muss, und schliesst deshalb auch etwa in sich, dass recht weit gehende „Voraussetzungen“ aufgestellt werden, welche dem Wettbewerb einen nur noch kleineren Raum belassen (dazu und bezogen auf die Spitalplanung Rz. 29).
- (29) Die kantonale Spitalplanung stellt – wie der Begriff „Planung“ bereits ausdrückt – einen Bereich dar, in dem der Wettbewerb einen geringen Stellenwert hat (dazu Art. 39 Abs. 1 Bst. d und Bst. e KVG). Durch die offene Formulierung von Bst. e („berücksichtigen“) sind solche Voraussetzungsformulierungen aber nicht ausgeschlossen. Von „Berücksichtigen“ kann auch die Rede sein, wenn nur ein geringes Förderungspotential des Wettbewerbs umgesetzt wird.

### **Abs. 3**

- (30) Die Bestimmung stellt für die Krankenpflegeversicherung – nicht aber für die Taggeldversicherung – in Satz 1 das Prinzip der Finanzierung auf und sieht in Satz 2 vor, dass Prämienverbilligungen gewährt werden müssen. Es ist die Rede von „Krankenpflegeversicherung“ und nicht von „Krankenversicherern“. Gemeint ist damit die Finanzierung des „Systemes Krankenpflegeversicherung“.

### **Satz 1**

- (31) In Satz 1 werden als Finanzierungsmittel die Prämien sowie die Kostenbeteiligungen der Versicherten einerseits und öffentliche Beiträge andererseits genannt. Es handelt sich nicht um eine abschliessende Aufzählung der zulässigen Finanzierungsmittel. So können zur Finanzierung der Krankenpflegeversicherung auch etwa Erträge der Vermögensanlagen, Rückerstattungen wegen unwirtschaftlicher Behandlung oder Regresseinnahmen herangezogen werden.



Nicht ausgeschlossen ist ferner, dass beispielsweise stationäre Einrichtungen über die öffentlichen Beiträge, welche direkt an die Versicherer gehen, hinaus durch weitere öffentliche Beiträge (etwa des Kantons oder der Gemeinde) finanziert werden; dies hat etwa bei Pflegeheimen eine Bedeutung. Solche öffentlichen Beiträge stehen dabei ausserhalb des Finanzierungssystems der Krankenversicherung und bezwecken, Bereiche ausserhalb der Krankenversicherung zu finanzieren.

- (32) Prämien der Versicherten: An erster Stelle werden die Prämien der Versicherten genannt. Der Begriff der „Prämie“ ist dem Begriff des „Beitrages“ vorzuziehen, weil dadurch klar gestellt wird, dass eine Versicherungsprämie gemeint ist. Der Begriff des „Beitrages“ wäre demgegenüber zu offen und könnte auch die Kostenbeteiligung meinen, welche jedoch – auch wegen ihrer quantitativen Bedeutung – ausdrücklich zu nennen ist.
- (33) Kostenbeteiligungen der Versicherten: Die Kostenbeteiligungen der Versicherten stellen ein Kernelement der Finanzierung dar. In Entsprechung zum bisherigen Recht (vgl. Art. 61 und Art. 64 KVG und die Randtitel des 2. und 3. Abschnittes) ist neben der Prämie auch die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) parallel zu nennen.
- (34) Öffentliche Beiträge: In Abs. 3 werden „öffentliche Beiträge“ genannt, ohne dass dabei – im Gegensatz zu den Prämien und Kostenbeteiligungen – der bestimmte Artikel verwendet wird. Dadurch wird die Offenheit der Ausgestaltung dieser öffentlichen Beiträge unterstrichen. Es kann sich um Beiträge des Bundes oder der Kantone handeln. Nach der bisherigen Regelung handelt es sich etwa um kantonale Beiträge an die Spitäler (Art. 49 Abs. 1 KVG).
- (35) Auf Verfassungsebene wird nicht ausdrücklich festgelegt, wem die öffentlichen Beiträge ausgerichtet werden. Es kann damit die heutige Regelung, wonach bei der stationären Behandlung die Beiträge an die Leistungserbringer gehen (und nicht an die Versicherer), prinzipiell weiter geführt werden. Immerhin muss der Gesetzgeber bei der Klärung dieser Frage berücksichtigen, dass die Durchführung effizient, effektiv und transparent sein muss (dazu Abs. 2 lit. c der vorgeschlagenen Bestimmung und dazu vorstehend Ziff. 20).

## **Satz 2**

- (36) In Satz 2 von Abs. 3 wird die Prämienverbilligung ausdrücklich erwähnt. Es handelt sich nicht um eine „Kann“-Bestimmung, sondern die Regelung der Prämienverbilligung ist eine Pflicht des Bundes. Bei der Ausgestaltung der Prämienverbilligung ist zwingend der wirtschaftlichen Lage der Versicherten Rechnung zu tragen. Zudem können andere Regelungsaspekte (z.B. Vorhandensein von Kindern) einbezogen werden, was der vorgeschlagene Text dadurch unterstreicht, dass der Begriff „wobei“ Verwendung findet.
- (37) Dass die Zuständigkeit der Prämienverbilligung nicht einzig beim Bund, sondern jedenfalls auch bei den Kantonen liegt, wird in der Verfassung ausdrücklich bestimmt. Bereits im geltenden Recht bezieht sich die Prämienverbilligung sowohl auf den Bund (vgl. Art. 66 Abs. 1, Art. 66a KVG) wie auch auf die Kantone (Art. 65, Art. 65a KVG). Dieses System der doppelten Zuständigkeit wird durch die Verfassungsbestimmung aufgenommen. Beizufügen ist im Übrigen, dass diese gemeinsame Zuständigkeit von Bund und Kanton auch im Rahmen der Ausführungsgesetzgebung zur NFA beibehalten werden wird; denn es wird hier von einer „Verbundaufgabe“ von Bund und Kantonen ausgegangen (vgl. dazu BBI 2005 6235 ff.; zur parlamentarischen Beratung im Ständerat vgl. AB 2006 S 157 ff.). Die genauere Ausgestaltung der Prämienverbilligung obliegt dem Gesetzgeber, der dabei einen erheblichen



Spielraum hat; dieser ist immerhin dadurch eingeschränkt, dass jedenfalls der Bund und die Kantone gemeinsam an der Prämienverbilligung mitzuwirken haben.

- (38) Prämienverbilligungen zählen nicht zu den öffentlichen Beiträgen gemäss Satz 1 von Abs. 3. Dies wird durch den Wortlaut der Bestimmung klargestellt. Deshalb ist auch nicht zwingend festgelegt, dass die Prämienverbilligung an den Versicherer gehen, sondern es sind sonstige Systeme (etwa Ausrichtung der Prämienverbilligung an die Versicherten) zulässig.