Zeitschrift: Gewerkschaftliche Rundschau : Vierteljahresschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes

Herausgeber: Schweizerischer Gewerkschaftsbund

Band: 73 (1981)

Heft: 7-8

Artikel: Standortbestimmung in der Krankenversicherung

Autor: Leuthy, Fritz

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-355046

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 02.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Monatsschrift
des Schweizerischen
Gewerkschaftsbundes

Heft 7/8
Juli/August 1981
73. Jahrgang

Zweimonatliche Beilage: «Bildungsarbeit»

Gewerkschaftliche Rundschau

Standortbestimmung in der Krankenversicherung

*Fritz Leuthy**

1. Allgemeine Überlegungen

Eines der höchsten Güter der Menschen: Die Gesundheit – ist auch zu einem der teuersten Güter geworden. Rund 12 Milliarden Franken verschlingt zurzeit das schweizerische Gesundheitswesen. Und die Kostensteigerung geht unaufhörlich weiter. Seit Ende der sechziger Jahre liegen die jährlichen Steigerungsraten der Krankenpflegekosten je Versicherten über denjenigen der Arbeiterlöhne. Trotzdem hat der Bund seine Subventionen zugungsten der Krankenversicherung 1975 um 10 Prozent reduziert und später auf dem reduzierten Stand eingefroren. Das bedeutet: Die Versicherten haben nicht nur die vollen Kostensteigerungsraten mit Prämienerhöhung auszugleichen, sie hatten darüber hinaus den Subventionsausfall von bis jetzt rund 800 Millionen wettzumachen. Und dies mit einem Krankenversicherungssystem, das als einziger Sozialversicherungszweig der Schweiz nach wie vor auf Freiwilligkeit beruht und mit dem Finanzierungsprinzip der festen und weitgehend risikoabhängigen Einzelprämie ein Unikum im westeuropäischen Raum darstellt.

Die Ursachen der markanten Kostensteigerungsraten im Gesundheitswesen sind äusserst vielschichtig. Neben messbaren Faktoren, wie zunehmende Krankheitsanfälligkeiten infolge Veränderung der Altersstruktur unter den Versicherten, wird die Steigerung von nichtmessbaren Komponenten, wie vermehrte Inanspruchnahme des Gesundheitswesens wegen zunehmender Stressbelastung oder Zivilisationsschäden, geprägt. Daneben spielen aber andere Faktoren eine eminente Rolle, wie z. B. die Verträge mit den Ärzten und den Heilanstalten, die Arzneimittellisten, das Angebot an Ärzten und natürlich die allgemeine Preis- und

* Referat, gehalten am Parteitag der SP des Kantons Bern am 20. Juni 1981.

Lohnentwicklung. Diese Hinweise zeigen, dass der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen kaum mit versicherungstechnischen oder finanziellen Barrieren im Krankenversicherungssystem begegnet werden kann. Rufe nach Kostenbremsung haben sich also nicht vorrangig an die Versicherung zu wenden, sondern z. B. an die Preisüberwachung, den Tarifaufbau, die Spitalplanung und vor allem an den politischen Willen, das Gesundheitswesen wirklich kostengerecht gestalten zu wollen.
Zu den nicht messbaren Faktoren, die zur Verteuerung der Gesundheitskosten beitragen, zählt aber auch der medizinische Fortschritt, die ständige Verbesserung der Vorbeuge- und Behandlungsmethoden, die raschere und zuverlässigere Hilfe bei Notfällen. Diese Verbesserungen führen zwar zu höheren Kosten im Gesundheitssektor, sie müssten aber einmal in einer Art Gesundheitsbilanz jenen Beträgen gegenübergestellt werden, die wegen ihnen eingespart werden können oder die als Aktivposten in eine Bilanz eingesetzt werden müssten. Denken wir z. B. an die früheren langen Absenzen eines Arbeitnehmers vom Arbeitsplatz bei Tuberkuloseerkrankung gegenüber heute. Oder denken wir an die Zunahme der Lebenserwartung. 1948 konnte ein 65jähriger Mann noch mit einer Lebenserwartung von 12,4 Jahren rechnen, heute sind es 14 Jahre. Wieviele Milliarden wollen wir dafür in eine Gesundheitsbilanz einsetzen? Eine Frage, die wohl ohne Antwort bleiben muss. Eine Frage, die aber zeigt, dass es völlig witzlos ist, nach Kostengrenzen im Gesundheitswesen zu fragen. Ein Volk wird soviel für seine Gesundheit ausgeben, wie ihm diese im Vergleich zu andern Gütern wert ist. Und Gesundheit hat – wie eingangs festgestellt – einen sehr hohen Stellenwert. Vernünftiger wäre es, nach den Ursachen zu fragen, die zu einer immer stärkeren Inanspruchnahme medizinischer Hilfe führen: Die Hektik, die Umweltbelastung, der nicht menschengerechte Arbeitsplatz. Hier müssten Sparüberlegungen beginnen.
Die auf uns zukommenden eigentlichen Mehrbelastungen aus dem Gesundheitssektor werden so oder so berappt werden. Und es lässt sich beispielsweise vorausschätzen, dass allein wegen der erwähnten Überalterung der Bevölkerung die Krankenpflegekosten in den nächsten 20 Jahren um über 20 Prozent ansteigen werden, d. h. also ohne Berücksichtigung von Teuerungskomponenten oder neuer Behandlungsmethoden und -techniken. Es wird sich aber deswegen wohl kaum jemand gegen die Verbesserung der Lebenserwartung wenden. Es bleibt also nur die Aufgabe, die nicht aufhaltsamen Kosten sozial gerecht auf alle zu verteilen.

2. Kurzer Rückblick

Die Finanzierung der Krankenversicherung geschieht zu 75 Prozent durch die Versicherten und zu 23 Prozent aus Mitteln der öffentlichen Hand (die fehlenden 2 Prozent stammen aus anderen Quellen). Die Aufwendungen der Versicherten werden über Prämien aufgebracht, die

– wie bereits festgestellt – vorwiegend fix und risikogerecht gestaltet sind. Das ist die unsozialste Art, ein Sozialwerk zu finanzieren. Es fehlt jegliche Solidarität zwischen Reich und Arm, zwischen Jung und Alt, zwischen Alleinstehenden und Familien. Übertroffen wird der unsoziale Charakter nur noch von jenem Finanzierungsanteil, der über Selbstbehalte eingebracht wird, da dann auch noch die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken wegfällt. Gemildert werden könnte diese Tatsache durch gezielte Verbilligungen über Subventionen oder gar über die Einrichtung eines durch Steuern finanzierten Gesundheitsdienstes. Die Gewerkschaften und die Sozialdemokratische Partei haben weder den einen noch den andern Weg ins Zentrum ihrer Bemühungen gestellt. Sie sind davon ausgegangen, dass auch Sozialwerke einen gewissen Versicherungscharakter aufweisen sollten – was den Rechtsanspruch auf Leistungen festigt – und somit vorwiegend mittels Beiträgen finanziert werden sollten. Diese Beiträge sollen aber nicht vom versicherten Risiko her abgeleitet werden, sondern von der finanziellen Möglichkeit des Versicherten. Subventionen der öffentlichen Hand haben in einem so finanzierten System die Aufgabe, Sondersolidaritäten auszugleichen, die nicht wirtschaftlich begründbar sind, sondern gesellschaftspolitischen Überlegungen entsprechen, z. B. die Prämiengleichheit Mann–Frau. Als Vorbild für ein so finanziertes Sozialwerk dient die AHV.

Basierend auf diesen Grundüberlegungen haben SGB und SPS gemeinsam 1972 eine Verfassungsinitiative eingereicht, die als zentrale Anliegen ein Obligatorium und eine Finanzierung nach AHV-Muster beinhaltete. Das eidgenössische Parlament setzte dieser Initiative einen Gegenvorschlag entgegen, der nur für die Hälfte der Kosten eine lohnprozentuale Finanzierung bringen sollte und vor allem am freiwilligen Versicherungssystem, verbunden allerdings mit einem Beitragsobligatorium, festhielt. Beide Vorschläge wurden vom Schweizervolk am 8. Dezember 1974 verworfen, wobei der Abstimmungsmodus mit dem möglichen doppelten NEIN aber nur dem einfachen JA dabei eine entscheidende Rolle spielte.

Auch der Bundesrat hat das Abstimmungsergebnis als Wunsch für eine Veränderung gedeutet und auch nach dem negativen Ergebnis seine Arbeiten zur Revision der Krankenversicherung weitergeführt. Im Parlament setzte eine besonders starke Aktivität der sozialdemokratischen National- und Ständeräte ein, die immer wieder in Vorstössen Zielrichtungen für die geplante Revision einbrachten und eine Beschleunigung des Verfahrens verlangten.

Ein erster Revisionsvorschlag wurde 1977 den Kantonen und interessierten Verbänden zu einer Stellungnahme zugestellt. Aufgrund der Antworten erfolgte die Ausarbeitung eines zweiten Berichts, der 1979 in ein eigentliches Vernehmlassungsverfahren gegeben wurde. Seither arbeitet eine verwaltungsinterne Kommission an einer Botschaft des Bundesrates, die in Kürze dem Parlament zur Behandlung übergeben werden soll.

Eine Verzögerung hat sich in letzter Minute ergeben, indem vom Bundesrat eine Neuverteilung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen anvisiert wird, die insbesondere auch die Finanzierung der Krankenversicherung entscheidend tangieren dürfte. Der Bundesrat möchte deshalb die geplante Aufgabenneuverteilung vorab bereinigen und beide Vorlagen zusammen den parlamentarischen Beratungen unterbreiten.
Die Krankenversicherung präsentiert sich nach wie vor wie folgt:

- Rund 96 Prozent der schweizerischen Wohnbevölkerung gehören der *Krankenpflegeversicherung* an; vom Rest dürften etwa 130 000 Personen dieses Risiko bei einer privaten Versicherungsgesellschaft abgedeckt haben, während wiederum etwa 130 000 Personen – darunter besonders viele Betagte – über keinerlei Schutz in dieser Sparte verfügen.
- Schätzungsweise ein Viertel der versicherten Personen unterliegt einem *Obligatorium,* wie es ja von den Kantonen verfügt werden könnte. Ein Vollobligatorium für die ganze Bevölkerung kennt dabei nur der Kanton Neuenburg. Im Kanton Jura ist ein solches verfassungsmässig vorgesehen, aber noch nicht in Kraft. 14 Kantone haben bestimmte Bevölkerungsgruppen – einkommensschwache Erwachsene und ihre Kinder – der Zwangsversicherung unterstellt und mit Subventionen Beitragsermässigungen realisiert. 6 Kantone haben diese Befugnis ihren Gemeinden übertragen und 4 Kantone kennen weder auf kantonaler noch auf Gemeindeebene ein irgendwie geartetes Obligatorium.
- In der *Krankengeldversicherung* dürften etwa die Hälfte der 3 Millionen Erwerbstätigen unseres Landes genügend gegen Erwerbsausfall versichert sein. Davon gehören etwa 1 Million anerkannten Krankenkassen an, etwa 500 000 sind privaten Gesellschaften angegliedert. Der Schutz der andern Hälfte der Erwerbstätigen dürfte äusserst unterschiedlich ausgestaltet sein. Das Minimum stellt die Lohnfortzahlungspflicht der Arbeitgeber gemäss Obligationenrecht dar und ein für Krankenpflegeversicherte obligatorisches Taggeld von 2 Franken.

3. Was bringt die geplante Teilrevision?

Diese knappe Zusammenfassung des heutigen Zustandes zeigt wohl, dass auch eine Teilrevision einiges an Verbesserungen bringen könnte. Wie aber wird die geplante Teilrevision inhaltlich aussehen? Im Detail kann dies natürlich noch nicht gesagt werden. Wie bereits erwähnt, ist die Botschaft noch nicht veröffentlicht worden. Auf Grund des früheren Entwurfs und der zugehörigen Stellungnahme lassen sich aber einige Voraussagen machen.
Bei der Krankenpflegeversicherung (ambulante Krankenpflege, Spitalaufenthalt, Arzneimittel) wird sich gegenüber heute nichts wesentliches ändern. An der bundesrechtlichen Freiwilligkeit wird festgehalten wer-

den, ebenfalls am Prinzip der festen und risikogerechten Prämien. Damit bleiben auch die einem freiwilligen System inhärenten Mängel, wie Versicherungsvorbehalte, Altersgrenzen für die Pflichtaufnahme in eine Kasse, Ausschlussmöglichkeiten, weiter bestehen. Die Kassen werden auch weiterhin nur Leistungen zu erbringen haben, die der unmittelbaren Behandlung einer Krankheit dienen. Präventivmedizinische Leistungen sind weiterhin nicht Gegenstand der Versicherung.
Ein wichtiger Fortschritt dürfte lediglich im Bereich der Spitalbehandlung vorgeschlagen werden, wo die heute noch übliche Aussteuerung nach 720 Tagen Spitalaufenthalt wegfallen soll. Sodann sollen die Kassen verpflichtet werden, ihren Mitgliedern eine freiwillige Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen anzubieten, wobei der Zugang aber nur Personen angeboten werden muss, die sich eines zuvor vollständig sanierten Gebisses erfreuen können. Immerhin wird diese Versicherung ermöglichen, künftig auch Tarifverträge zwischen Kassen und Zahnärzten auszuhandeln und so vielleicht eine bessere Kostenübersicht zu erhalten.
Im übrigen aber werden sich die Reformvorschläge im Krankenpflegebereich auf eine Neustrukturierung der Finanzierung beschränken. Die Grundlage bleiben dabei die heutigen Einzelprämien. Vermehrte Einnahmen sollen den Kassen aus den Selbstbehaltsforderungen erwachsen, indem der Satz für Erwachsene von 10 auf 20 Prozent erhöht wird. Jährlich sollen aber höchstens 400 Franken an Selbstbehalten berappt werden müssen, und die bisherige Franchise von Fr. 30.– fällt weg. Letzteres bringt allerdings kaum Erleichterungen, da der durchschnittliche Rechnungsbetrag bei Bagatellfällen um die 150.– Fr. herum liegt und bei 20 Prozent Selbstbehalt somit wiederum mindestens Fr. 30.– auf Kosten des Versicherten gehen.
Die wichtigsten Änderungen bei der Finanzierung betreffen aber die Verwendung der Bundessubventionen. Die bisherigen Subventionsleistungen zugunsten der Männer fallen völlig weg. Dagegen soll der Bundesbeitrag zum Ausgleich der generell höheren Frauenkosten zusammen mit der völligen Übernahme der Mutterschaftsleistungen erhöht werden. Gesenkt werden sollen mittels Bundesbeiträgen auch die Kinderprämien, wobei die Prämien für das dritte und jedes weitere Kind voll zulasten dieser Subventionsregelung übernommen werden. Sodann sollen den anerkannten Kassen Bundesleistungen als Lastenausgleich zugesprochen werden, zur Abgeltung festgelegter Pflichtleistungen, die ihre Konkurrenzsituation gegenüber den Privatversicherungen einschränken.
Gegenüber heute wird der Bundesbeitrag etwas höher angesetzt werden und künftig soll für bestimmte Leistungen, z. B. Mutterschaft, dieser Beitrag auch wieder mit der Teuerung Schritt halten.
Was im Jahre der Abstimmung über die Gleichbehandlung der Frauen besonders paradox anmutet, ist die Tatsache, dass bis anhin alle Bestrebungen, eine volle Prämiengleichheit Mann–Frau zu erzwingen, er-

folglos blieben. Eigentlich müsste der Bundesrat nunmehr – nach der verfassungsmässigen Verankerung der Gleichheit – diese wohl verfassungswidrig gewordene Ungleichheit gesetzlich eliminieren. Dazu müsste er aber die entsprechenden Mehrkosten mittels Subventionen ausgleichen. Würde er lediglich die Kassen zum Ausgleich zwingen, bestände die Gefahr eines Ausscherens jüngerer Männer aus der Solidarität der sozialen Krankenversicherung.
Zur Subventionsregelung sei abschliessend nochmals auf die geplante Neuverteilung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen hingewiesen. An den bis jetzt genannten Normen soll diese zwar nichts ändern. Es würden künftig lediglich die bisherige Gesamtleistung des Bundes von rund 900 Millionen je zur Hälfte zwischen Bund und Kantonen aufgeteilt werden. Da die Kantone aber heute in eigener Kompetenz ihre Beiträge an das Spitalwesen festsetzen – mit enormen Unterschieden übrigens – und neu auch zu Sonderleistungen zugunsten finanziell schwachgestellter Personen verpflichtet werden sollen, besteht bei einem solchen Vorgehen durchaus die Gefahr, dass die Kantone ihre Anteile über Veränderungen des Spitalanteils auf die Versicherten abwälzen. Sofern die Neuverteilung der Aufgaben diese Lösung tatsächlich bringt, wird sehr auf die Errichtung von Schranken geachtet werden müssen, um eine solche Weiterwälzung von bisherigen Subventionen auf Prämien zu verhindern.
Soweit zu wahrscheinlichen Neuerungen im Pflegebereich der Krankenversicherung. Bedeutend günstiger präsentieren sich die voraussichtlichen Vorschläge für den Krankengeldbereich, den Lohnersatz. Hier soll endlich ein Durchbruch erfolgen und ein allgemeines Obligatorium für Arbeitnehmer verfügt werden. Das Taggeld soll – in Anlehnung an die obligatorische Unfallversicherung – bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des letzten Bruttolohnes betragen, wobei aber auch hier ein höchstversicherter Lohn die Leistung begrenzen wird. Dieses Taggeld soll nach 30 Tagen die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers, die im OR angepasst wird, ablösen und während längstens 540 sich folgenden Tagen ausgerichtet werden. Damit wird ein Übergang mit der Invalidenversicherung gewährleistet, wobei noch zusätzliche Übergangsregelungen eingebaut werden. Die Wartefrist von 30 Tagen kann durch vertragliche Abmachungen ausgeweitet werden, wobei dann die Lohnzahlungspflicht der Arbeitgeber entsprechend länger dauert. Damit wird auf heutige Regelungen Rücksicht genommen. Das Obligatorium der Krankengeldversicherung erlaubt auch eine Neuordnung der Taggeldleistungen bei Mutterschaft. Bei Entbindung sollen die erwähnten Taggeldleistungen an Arbeitnehmerinnen während 16 Wochen ausgerichtet werden. Nichterwerbstätige Mütter haben Taggeldversicherungen auf freiwilliger Basis abzuschliessen, wobei das Taggeld so gewählt werden kann, dass es ausreicht, um eine Haushalthilfe zu bezahlen.
Die Finanzierung der Krankengeldversicherung soll ausschliesslich über Prämien der Versicherten und der Arbeitgeber geschehen. Diese Prämien

werden in Lohnprozenten festgesetzt, wobei aber nicht ein landesweiter Einheitssatz zur Anwendung kommt, sondern jeder Betrieb für sich taxiert wird. Innerhalb eines Betriebes müssen jedoch für alle Arbeitnehmer die gleichen Prämiensätze gelten. Auch eine Unterscheidung nach Geschlecht wird hier ausgeschlossen.
Organisatorisch werden sich sowohl die anerkannten Krankenkassen wie auch die privaten Versicherungsgesellschaften an dieser Versicherung beteiligen können. Für die Wahl des Versicherungsträgers soll den Arbeitnehmern ein Mitbestimmungsrecht eingeräumt werden.

4. Kritische Würdigung und verbleibende Forderungen aus unserer Sicht

Die geplante Teilrevision bringt im Bereich der Krankengeldversicherung einen echten Fortschritt zugungsten unzähliger Arbeitnehmer unseres Landes. Die neuen Regelungen werden es auch ermöglichen, viele stossende Lücken im Zusammenspiel mit andern Sozialversicherungszweigen im Taggeldbereich zu schliessen, z. B. im Zusammenhang mit der Arbeitslosenversicherung.
Ein Fortschritt wird auch im Mutterschaftsbereich erzielt, wobei aber hier die Forderungen der Mutterschaftsinitiative, die von Gewerkschaften und Sozialdemokraten unterstützt wird, längst nicht alle erfüllt werden. Auf die begrüssenswerte Einführung des Obligatoriums fällt aber der Wermutstropfen, dass auch hier die Privatversicherung – die nach dem Prinzip der Gewinnerzielung und nicht nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit arbeitet – Einzug in eine obligatorische soziale Grundversicherung halten soll.
Völlig unbefriedigend präsentieren sich sodann die Reformvorschläge für den Bereich der Krankenpflegeleistungen. Schwerwiegende Mängel werden nicht ausgemerzt; die Versicherten werden die schon jetzt drükkenden und sich künftig noch erhöhenden Prämienlasten weiterhin nach nur ungenügend gemilderten unsozialen Kriterien zu tragen haben.
Trotzdem werden wir auf die Verhandlungen über die Revisionsvorschläge eintreten müssen. Verbesserungen sind möglich, aber nicht sicher. Mehr als eine solche Teilrevision aber liegt zurzeit nicht im Verhandlungsspielraum der politischen Behörden. Zu stark sind jene Tendenzen, die den Sozialstaat wo immer möglich bremsen möchten.
Längerfristig betrachtet aber werden wir nicht um die Einleitung einer Totalrevision herumkommen. Nur ein umfassendes Versicherungssystem kann dazu führen, dass alle Mängel ausgemerzt werden können. Nur ein Obligatorium erlaubt das Erzwingen eines sozialen Finanzierungssystems.
Ob eine solche Totalrevision auf Gesetzesebene eingeleitet werden kann – die Verfassung böte die nötige Grundlage – oder ob der Zwang einer neuen Verfassungsinitiative nötig wird, ist für mich eine noch offene Frage. Im Moment lässt sich noch nicht ein allzu starker Druck breitester

Bevölkerungskreise, der dafür nötig wäre, verspüren. Dies wohl deshalb, weil sich leider nur die Kranken effektiv um den Versicherungsschutz kümmern; die Gesunden aber, wie eine Umfrage zeigt, vielfach nicht einmal wissen, welchen Versicherungsschutz sie eigentlich geniessen. Kommt dazu, dass das heutige System der Prämienfestsetzung mit den zeitlichen, kantonalen und kassenmässigen Verschiebungen kein einheitliches Bild des wirklichen Geschehens widerspiegelt.
Ich bin aber überzeugt davon, dass je länger je mehr Leute in unserem Lande erkennen, dass etwas nicht stimmt mit unserer Krankenversicherung und dass der Ruf nach Veränderung immer lauter wird. Dieses Erkennen wird zu einer Umgestaltung der Versicherung im Sinne unserer Vorschläge von 1972 führen. Diese Voraussage darf man nicht nur wagen; wir sind eine solche fortschrittliche Lösung auch all unseren Kranken schuldig.