

Zeitschrift: Gewerkschaftliche Rundschau : Vierteljahresschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes
Herausgeber: Schweizerischer Gewerkschaftsbund
Band: 64 (1972)
Heft: 9

Artikel: Eingabe von SGB und SPS zur Neuordnung der Krankenversicherung
Autor: [s.n.]
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-354569>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 01.04.2025

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

5. Die Revision der Arbeitslosenversicherung ist im Zusammenhang mit dem umfassenderen Postulat «Sicherung der Beschäftigung» zu sehen. Ihr Ausbau ist nur Teil einer notwendig werdenden vollständigen Sicherung des Arbeitnehmers gegenüber neuen Bedrohungen (Siehe Eingabe SGB vom 18. 10. 1971).

Wir glauben, sehr geehrter Herr Bundesrat, dass unsere Ausführungen zeigen, dass der Gewerkschaftsbund sich eingehend mit der Frage einer Neukonzeption der Arbeitslosenversicherung auseinandergesetzt hat. Wir erwarten deshalb, dass der Bundesrat unsere Ueberlegungen ernsthaft prüft.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Schweizerischer Gewerkschaftsbund

Eingabe von SGB und SPS zur Neuordnung der Krankenversicherung

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
mit Schreiben vom 18. April 1972 unterbreiten Sie uns den Bericht der eidgenössischen Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung zur Stellungnahme. Wir danken Ihnen dafür. Als Initianten der am 31. März 1970 eingereichten Volksinitiative für eine soziale Krankenversicherung nehmen wir mit besonderem Interesse davon Kenntnis, dass Sie beabsichtigen, unserer Initiative einen Gegenentwurf auf Gesetzesebene entgegenzustellen. Damit ist wohl gesagt, dass wir zu einem späteren Zeitpunkt auch noch zur Vernehmlassung zu dieser Gesetzgebung eingeladen werden. Wir können deshalb im Moment darauf verzichten, auf einzelne ins Detail gehende Punkte des Berichtes einzutreten. Wir möchten lediglich auf einige grundsätzliche Aspekte einer Neuordnung der Krankenversicherung eingehen, wie sie etwa in den Grundsätzen zum sogenannten Flimser Modell enthalten sind. Dabei geht es uns darum, zu zeigen, wo diese Grundsätze mit den Forderungen unserer Initiative übereinstimmen, wo sie diesen diametral entgegenstehen und wo sie allenfalls in Richtung Initiativtext verbesserungsfähig wären.

1. Versicherter Personenkreis

Die Initiative des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes und der Sozialdemokratischen Partei geht von einem umfassenden Bundes-

obligatorium für jedermann und den gesamten Bereich der Krankenpflegeversicherung unter Einschluss der Zahnbehandlung aus. Ein solches Obligatorium verlangt auch das Konkordat der schweizerischen Krankenkassen, wobei lediglich die Zahnbehandlung nicht voll erfasst würde. Demgegenüber statuiert das sogenannte Flimser Modell ein Bundesobligatorium lediglich für den Bereich der Spitalversicherung. *Eine solche Teillösung müssen wir entschieden ablehnen.* Sie würde einmal zu einer unerwünschten Zweiteilung der Krankenpflegeversicherung und damit zu einer weiteren Aufspaltung der schweizerischen Sozialversicherung führen. Sie würde sodann – und das ist wesentlicher – die Mängel der heutigen freiwilligen Ordnung nicht beseitigen, sondern voraussichtlich noch verschärfen.

Gemäss Bericht der Expertenkommission waren im Jahre 1970 gesamtschweizerisch 89 Prozent der Wohnbevölkerung bei einer Kasse für Krankenpflege versichert. Zu Recht wird angeführt, diese hohe Versicherungsquote sage nichts aus über die qualitativen Versicherungsmängel. Sie sagt auch über die quantitativen Mängel wenig aus. Man geht nämlich fälschlicherweise immer davon aus, bei den nicht versicherten 11 Prozent unserer Bevölkerung handle es sich um Personen in sehr guten wirtschaftlichen Verhältnissen, die des Versicherungsschutzes nicht bedürften. Erfahrungstatsachen und soweit vorhanden statistische Angaben beweisen aber das Gegenteil. So hat eine Erhebung im Kanton Neuenburg gezeigt, dass im Jahre 1967 die Versicherungsdichte bei den über 65jährigen nur 25 Prozent betrug, während sie für die Gesamtbevölkerung bei 78 Prozent lag. Immer wieder kann sodann festgestellt werden, dass überall dort, wo weder Kanton noch Gemeinde ein irgendwie geartetes Obligatorium ausgesprochen haben, gerade die wirtschaftlich Schwächsten der Krankenversicherung ausweichen, um sich so der hohen Prämienbelastung entziehen zu können. Würde nun ein Teil des Krankenpflegesystems – die Spitalversicherung – dem Obligatorium unterstellt, andere Teile aber nicht, so würde die Tendenz wohl verstärkt, sich im freiwilligen Teil nicht zu versichern. Dies im trügerischen Bewusstsein, eines bestimmten Schutzes teilhaftig zu sein. Es ist sogar nicht auszuschliessen, dass einzelne Kantone im Hinblick auf das Bundesobligatorium im Spitalsektor ihre heutige ungenügende Versicherungspflicht – nur etwa 25 Prozent der Bevölkerung sind auf Grund öffentlich-rechtlicher Obligationen versichert – weiter lockern würden.

In diesem Zusammenhang und mit Blick auf die prekäre Situation in bezug auf den Personalbestand und die Bettenzahlen unserer Spitäler stellt sich eine weitere Frage: Würde sich nicht ein verstärkter Trend, weg von der Hausbehandlung – hin zur Pflege im Spital, ergeben? Dort ist man ja obligatorisch und voll versichert, während man allenfalls zu Hause nicht einmal in den Genuss von Leistungen

käme, in jedem Fall aber mit Selbstbehalten zu rechnen hätte. Wohl noch stärker als obige Ueberlegungen spricht sodann gegen das Beibehalten eines freiwilligen Teilsystems die Tatsache, dass eine freiwillige Krankenversicherung nicht ohne Versicherungsvorbehalte und Altersgrenzen auskommen kann. Damit würde der ungenügende Versicherungsschutz unter den naturgemäss krankheitsanfälligeren Betagten zu einem Dauerproblem. Ebenso würden viele Personen gerade für ihr Hauptleiden während einer gewissen Zeit nicht versicherbar sein.

Der Schweizerische Gewerkschaftsbund und die Sozialdemokratische Partei beharren deshalb darauf, *dass die gesamte Krankenpflegeversicherung für jedermann obligatorisch erklärt wird*. Dies analog dem AHV- und IV-Prinzip, wo sich das Bundesobligatorium unbestrittenermassen segensreich ausgewirkt hat.

2. Leistungsausbau

Mit Genugtuung stellen wir fest, dass die Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung im Bereich des Leistungsaubaus über weite Strecken den Intensionen der Volksinitiative für eine soziale Krankenversicherung Rechnung trägt.

So soll gemäss Flimser Modell eine für Arbeitnehmer obligatorische *Krankengeldversicherung* mit Leistungen in der Höhe der Suva-Krankengelder geschaffen werden. Bestimmte Berufsgruppen von Selbständigerwerbenden sollen gesamtschweizerisch oder regional der obligatorischen Krankengeldversicherung unterstellt werden können. Hier wird wohl vor allem an freischaffende Berufe gedacht, für die wir eine Unterstellung unter ein Obligatorium als unumgänglich erachten. Ausgeschlossen werden sollen dagegen alle Teilzeit- und Temporärbeschäftigten, die während weniger als der Hälfte der normalen Arbeitszeit beim gleichen Arbeitgeber beschäftigt sind. Diese Bestimmung würde sich ohne Zweifel unsozial auswirken, würden doch damit Unzählige vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, die auf ihren Verdienst auch bei Krankheit angewiesen sind.

Die Initiative geht von einer obligatorischen Erwerbsersatzversicherung für die gesamte Bevölkerung aus. Es sollen also auch die Nichterwerbstätigen in die Versicherung einbezogen werden, wobei für sie mindestens Leistungen in der Höhe der Tagelder der Invalidenversicherung abfallen würden. Damit wollte man vor allem auch nichterwerbstätigen Frauen bei *Mutterschaft* den Genuss von Taggeldleistungen zukommen lassen. Dies aus der Erkenntnis, dass eine Geburt in vielen Familien zusätzliche schwere finanzielle Belastungen mit sich bringt. Sollte diesem Gedanken nicht Rechnung getragen werden, so müsste jedenfalls die Ausrichtung einer Pauschalentschädigung im Falle von Mutterschaft wieder in Erwägung gezogen

werden. Eine solche müsste aber auch dann zur Ausrichtung kommen, wenn eine Frau als Erwerbstätige in den Genuss der Krankengeldversicherung kommt. Den beiden Entschädigungen kommt ja grundsätzlich eine andere Aufgabe zu. Geprüft werden müsste in der Mutterschaftsversicherung auch die Frage einer weitergehenden Taggeldleistung bei Pflegebedürftigkeit des Säuglings und später des Kleinkindes. Wir stellen fest, dass viele Mütter, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen, ihre Kinder in Kinderkrippen, Kinderhorten usw. unterbringen. Erkrankt nun ein solches Kind, so kann es in vielen Fällen nicht in diesen Heimen belassen werden. Die Mutter ist dann gezwungen, ihre Erwerbstätigkeit einzustellen, was insbesondere für ledige Mütter oft einer Existenzkrise gleichkommt. *Auch hier müssten somit Taggeldleistungen erbracht werden.*

Was die im Flimser Modell propagierte Dauer der Taggeldleistungen bei Mutterschaft anbelangt, so erachten wir zwölf Wochen, wovon sechs in der Zeit nach der Niederkunft liegen müssen, als zu niedrig angesetzt. Das Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel enthält in Artikel 35, Absatz 2, ein achtwöchiges Arbeitsverbot für Wöchnerinnen, das nur mit ärztlicher Bewilligung auf sechs Wochen reduziert werden kann. Zwischen diesen verschiedenen Fristen können sich somit Lücken von maximal zwei Wochen Dauer ergeben. *Wir verlangen deshalb, dass die Taggeldleistungen bei Mutterschaft während 14 Wochen zur Ausrichtung gelangen.*

Das Flimser Modell übernimmt sodann von unserer Initiative den Gedanken einer Grossrisikoversicherung. Sie beschränkt ihn aber auf den Bereich der Spitalbehandlung, wobei der Versicherungsschutz erst ab dem sechsten Tage spielt. Damit verschlimmert sie die schwerwiegenden Lücken, wie wir sie unter unsern Ausführungen zur Frage des versicherten Personenkreises aufgezeigt haben. Sie missachtet aber auch die medizinische Erfahrenstatsache, dass vermehrt auch langfristige und schwere Krankheiten in der Hauspflege oder ambulant behandelt werden können. Damit könnte langfristig gesehen dem prekären Bettenmangel und der Personalknappheit in unsern Spitälern Einhalt geboten werden. Eine moderne Versicherungskonzeption sollte nun nicht gerade diesen medizinischen Möglichkeiten entgegensteuern. Dem Begriff des Grossrisikos muss deshalb unbedingt in seiner ganzen Breite Rechnung getragen werden.

Unvollständig und ungenügend bleibt das Flimser Modell im Bereich der *ambulanten Krankenpflegeversicherung*. Dies natürlich vor allem darum, weil hier die Freiwilligkeit der Versicherung beibehalten werden soll. Damit wird einmal – wie bereits ausgeführt – das fragwürdige System der Versicherungsvorbehalte und Altersgrenzen verewigt. Damit kommen aber auch alle Leistungen dieses Versicherungszweigs nur denjenigen zugute, die sich freiwillig einer

Krankenkasse anschliessen. Fast paradox mutet dies für den Bereich der *Prophylaxe* an. Hier möchte man durch vorbeugende Massnahmen und Früherkennen von Krankheiten die Menschen gesund erhalten und damit die Krankenversicherung und eventuell die Fürsorge finanziell entlasten. Und gerade hier überlässt man es vollständig dem Zufall, ob jemand nur aus finanziellen Erwägungen solchen vorbeugenden Massnahmen ausweicht oder nicht.

Nur zum Teil in die Krankenpflegeversicherung einbezogen wird sodann gemäss Flimser Modell die *Zahnpflegeversicherung*. Gerade der kostspieligste Teil der zahnärztlichen Behandlung, die konservierende Zahnbehandlung, wird ausgeklammert, bzw. einer zweiten freiwilligen Versicherung auferlegt. Wir erachten das Fehlen dieses Versicherungsschutzes im Flimser Modell als unzumutbar, wissen wir doch, wie gerade im Bereich der Zahnbehandlung viele Menschen nur der finanziellen Belastung wegen einer rechtzeitigen Behebung der Schäden ausweichen und damit später oft auch andere dadurch hervorgerufene Leiden behandeln lassen müssen.

Abschliessend zum Kapitel «Leistungsausbau» möchten wir festhalten, dass hier das Flimser Modell die besten Voraussetzungen für einen wirklich umfassenden Versicherungsschutz beinhaltet. Dies insbesondere deshalb, weil die Expertenkommission die Mängel des heutigen Systems umfassend und richtig analysiert hat. Leider hat sie dann die erforderlichen Verbesserungen nicht vollumfänglich zu verwirklichen gewagt.

3. Finanzierung

Ganz anders im Bereich der Finanzierung. Hier vermag das Modell der Expertenkommission überhaupt nicht zu befriedigen. Es will im Grunde das heutige System der individuellen nach dem Äquivalenzprinzip abgestuften Prämienbelastung beibehalten. Lediglich im Bereich der Spitalversicherung soll ein lohnbezogenes Prämien-system Eingang finden. Damit aber bleibt das Finanzierungssystem der Krankenversicherung unsozial und familienfeindlich. Die nicht gerechtfertigte Prämienabstufung zwischen Männern und Frauen gehört z. B. zu diesen unsozialen Aspekten im Flimser Modell. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass versucht wird, über gezielte Subventionen die Belastungen im Einzelfall erträglicher zu machen. Im Gegenteil. Man schafft damit eine Art «Klassenversicherung», indem sich die sogenannten «wirtschaftlich Schwächeren» einer ständigen Diskriminierung ausgesetzt finden. Sie müssten mit einer Art «Armenausweis» der Steuerbehörden bei den Krankenkassen um Reduzierung ihrer Prämien nachsuchen. Sie müssten diesen Ausweis auch im Spital vorweisen, damit ihnen der Verpflegungskostenbeitrag erlassen werden könnte. Sie müssten sich wiederum als «wirtschaftlich Schwächere» ausweisen, damit ihnen ein Teil des

Selbstbehalts erlassen würde usw. Der Schweizerische Gewerkschaftsbund und die Sozialdemokratische Partei widersetzen sich einem solchen System aufs entschiedenste und werden es mit allen Mitteln bekämpfen. Damit erübrigt es sich wohl, auf das vorgesehene Berechnungssystem an sich einzutreten, das auf der absolut unhaltbaren Bemessungsgrundlage eines steuerbaren Einkommens aufbaut.

Die gewählte Finanzierungsart führt auch dazu, dass es weiterhin für die Krankenkassen unmöglich sein wird, der dauernden Kostenexplosion im Bereich der Krankenpflege Herr zu werden. Wie bis anhin, müssten die Fixbeiträge der Krankenpflegeversicherung laufend erhöht werden. Wir stünden somit in Kürze wiederum vor dem gleichen Dilemma wie heute: Die Prämien wären nicht nur für Personen unterer, sondern auch für solche mittlerer Einkommensstufen ganz einfach untragbar.

Wir beharren deshalb darauf, dass auch in der Schweiz ein Finanzierungssystem für die Krankenversicherung gewählt wird, wie es sich in allen Nachbarländern seit langem bewährt. Wie die AHV und die IV ist auch die Krankenversicherung allgemein über *lohnprozentual festgelegte Beitragssätze* zu finanzieren, unter Beteiligung der Arbeitgeber. Selbst die Expertenkommission, die mehrheitlich einer andern Finanzierungsart das Wort gesprochen hat, hält dazu in ihrem Bericht fest: «Die in der Volksinitiative allgemein vorgesehenen Beiträge in Prozenten des Erwerbseinkommens nach den Regeln der AHV schafft eine ausgeprägte Solidarität zugunsten der Frauen und Kinder.» Und das ist doch schliesslich der Sinn einer Sozialversicherung. Ergänzt sei nur noch, dass dieses System auch der vorher erwähnten Kostenexplosion besser als jedes andere steuern könnte, indem über steigende Löhne auch die Einnahmen der Krankenversicherung ohne weiteres Zutun ansteigen würden.

Da sich das Flimser Modell eingehend mit der Frage der Kostenbeteiligung beschäftigt, sei auch darauf kurz eingegangen. Die Initiative würde solche Kostenbeteiligungen nicht grundsätzlich ausschliessen. Wir meinen aber, dass sie nur ihrem eigentlichen Zweck gemäss Anwendung finden sollten, nämlich im Interesse einer zurückhaltenden Inanspruchnahme ärztlicher Dienste für Bagatellfälle. Dies vermag lediglich die Franchise, wobei aber auch sie nicht derart hoch angesetzt werden darf, dass sie Kranke vor ärztlicher Konsultation abhält. Insbesondere darf in der Kinderversicherung kein Franchisebetrag erhoben werden. Einen Selbstbehalt in Prozenten der Arztrechnung lehnen wir ab, da wir die Begründung, er trage zum Kostenbewusstsein des Patienten und damit zur Kostenbeeinflussung bei, nicht akzeptieren können. Allein der Arzt hat Einfluss auf die spätere Kostenfolge einer Krankheit.

4. Arztrecht und Arzttarif

Das Flimser Modell will die Grundlagen des Arztrechts (freie Arztwahl, Behandlungsfreiheit, primär vertragliche Tariffestsetzung) unverändert beibehalten. Immerhin sollen die Tarife nicht mehr auf kantonaler, sondern auf Bundesebene vereinbart werden, und zwar in Anlehnung an die bestehenden Regelungen der Suva, Militärversicherung und Invalidenversicherung.

Auch die Initiative würde das Arztrecht nicht grundsätzlich tangieren. Wir halten aber dafür, dass eine gesamtschweizerische und einheitliche Tarifvereinbarung getroffen werden muss, die den Versicherten aller Einkommensklassen vollen Tarifschutz gewährt. Dieser Tarif ist so anzusetzen, dass dem Arzt ein angemessenes Honorar für seine Bemühungen zukommt. Dass sich der Preis einer Dienstleistung nach dem Einkommen desjenigen richtet, der diese Leistung in Anspruch nimmt, ist im Arztrecht einzig dastehend und in keiner Weise gerechtfertigt. Sofern darin die Idee des sozialen Ausgleichs erblickt werden sollte, so werden wir diesem Begehren mit der lohnprozentualen Finanzierung besser und einfacher gerecht. Wir verlangen auch, dass nicht der Versicherte, sondern die Krankenkasse Honorarschuldner ist.

Was die Frage des Tarifschutzes im vertragslosen Zustand anbelangt, so erachten wir den Vorschlag der Expertenkommission als absolut ungenügend. Nach diesem Vorschlag sollen nur rund $\frac{2}{3}$ der Versicherten den vollen Tarifschutz erhalten, was einer Einkommensgrenze im Jahre 1972 von knapp 22 000 Franken entsprechen würde.

Wir erachten es als absolut notwendig, dass bei den heutigen Belastungen, die einer Krankheit entwachsen können, mindestens 80 Prozent der Bevölkerung dieser Tarifschutz zugestanden werden muss (was einer heutigen Einkommensgrenze von etwa 40 000 Franken entsprechen würde).

5. Zusammenfassung

Die Forderungen, die der Schweizerische Gewerkschaftsbund und die Sozialdemokratische Partei an eine Neuordnung der Krankenversicherung stellen müssen, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- a) Wie für die AHV und IV ist auch für die Krankenversicherung ein allgemeines Bundesobligatorium für die ganze Bevölkerung auszusprechen.
- b) Der Leistungsausbau ist so vorzunehmen, dass keine neuen Lücken und schwerwiegenden Unzulänglichkeiten entstehen.
- c) Zur Finanzierung ist ein System mit lohnprozentualen Beiträgen zu wählen, ergänzt durch Beiträge des Bundes und der Kantone.

Der Bericht der Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung bestätigt, wie bereits gesagt, in seinem untersuchenden Teil, dass nur bei Erfüllung dieser Forderungen das Ungenügen des heutigen Versicherungssystems vollumfänglich behoben werden könnte. Leider schlägt die Expertenkommission trotzdem ein Modell vor, das nur teilweise zu einer Verbesserung der Situation führen wird. Ein Modell, das somit nicht als echte Alternative zur Volksinitiative für eine soziale Krankenversicherung des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes und der Sozialdemokratischen Partei gelten kann.

Soweit, sehr geehrter Herr Bundesrat, unsere Stellungnahme zum Bericht der eidgenössischen Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung. Wir wissen, dass Sie unsere Einwände ernsthaft prüfen werden. Wir danken Ihnen dafür und grüssen Sie freundlich und mit vorzüglicher Hochachtung.

Schweizerischer Gewerkschaftsbund
Sozialdemokratische Partei der Schweiz

Der Londoner Kongress der Gewerkschaftsinternationale

Von J. W. Brügel

London war der Ort, an dem im Dezember 1949 der Internationale Bund Freier Gewerkschaften (IBFG) gegründet wurde, nachdem der Versuch, demokratische und andere Gewerkschaften in einer gemeinsamen Gewerkschaftsinternationale zusammenzufassen, gescheitert war. Nach fast 23 Jahren war nun der *IBFG* wieder nach London gekommen, um an seinem *10. Kongress vom 10. bis 14. Juli 1972* Rückschau zu halten und die zukünftige Taktik festzulegen. Die zurückliegenden Jahrzehnte waren Zeiten grosser Erfolge, aber auch mancher Enttäuschungen. Der *IBFG* ist heute eine in allen Weltteilen fest verankerte Organisation, die für Demokratie und sozialen Fortschritt auf der ganzen Welt kämpft. An seinem Londoner Kongress fand sich wieder eine sehr grosse Anzahl farbiger, vor allem schwarzer Delegierter ein, die die beglückende Tatsache unterstrichen, dass hier ein Forum geschaffen worden ist, vor dem sich im Zeichen der internationalen Solidarität arbeitende Menschen aus reichen wie aus armen Ländern, aus hochentwickelten Industriestaaten und aus Entwicklungsländern zu gemeinsamer Arbeit auf gleichberechtigter Basis zusammenfinden. Dem *IBFG* gehören jetzt 113 Organisationen aus 89 Ländern mit einer Gesamtmitgliedszahl