

Zeitschrift: Gewerkschaftliche Rundschau : Vierteljahresschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes

Herausgeber: Schweizerischer Gewerkschaftsbund

Band: 71 (1979)

Heft: 7-8

Artikel: Vernehmlassung von SGB und SPS zur Teilrevision der Krankenversicherung

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-354953>

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: 15.03.2025

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

Vernehmlassung von SGB und SPS zur Teilrevision der Krankenversicherung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Hürlimann

Mit Schreiben vom 8. Dezember 1978 senden Sie uns den Vorentwurf für eine Gesetzesrevision im Bereich der Krankenversicherung zur Stellungnahme zu. Wir danken Ihnen dafür. Gleichzeitig möchten wir Sie dazu beglückwünschen, dass Sie trotz der vielen negativen Stimmen zum Expertenbericht des Jahres 1977 schon jetzt eine neue Vorlage zur Diskussion stellen. Mit Genugtuung nehmen wir auch davon Kenntnis, dass diese Vorschläge von Ihnen ausdrücklich als *Teilrevision* bezeichnet werden, was ja nichts anderes heissen kann, als dass auch Sie der Meinung sind, erst eine *Totalrevision* könne die bestehenden Probleme in unserem Krankenversicherungssystem wirklich lösen.

Diesen Gedanken möchten wir in unserer Stellungnahme als erstes aufnehmen. *Der Schweizerische Gewerkschaftsbund und die Sozialdemokratische Partei der Schweiz beharren dringlich auf der Einleitung der Totalrevision.* Wir haben eine solche im Jahre 1974 in Form einer Initiative, im Jahre 1977 in Form einer Eingabe und zwischendurch verschiedentlich mit parlamentarischen Vorstössen verlangt. Dies letztmals mit der noch hängigen Motion der sozialdemokratischen Fraktion vom 23. Oktober 1978. Wir erwarten, dass diese Motion vom Bundesrat entgegengenommen wird und ihn veranlasst, die Totalrevision unverzüglich vorzubereiten.

Die von Ihnen eingeleitete Teilrevision vermag nämlich den Gehalt unserer Forderung keineswegs abzuschwächen; sie akzentuiert ihn sogar. Im Bereich der Krankenpflegeversicherung wird sich nämlich infolge der Vorschläge eine Verteuerung bei den Prämien einstellen, die noch stärker ausfallen wird, als dies ohne Revision der Fall wäre. Ausgenommen sind vielleicht die Prämien für eine Familie mit mehr als zwei Kindern. Dies, weil der Entwurf einerseits einige Leistungsverbesserungen vorsieht, die wir zwar begrüßen, die aber berappt werden müssen. Andererseits dürften die vorgeschlagenen Änderungen bei der Heilanstaltsfinanzierung, die wir im Prinzip ebenfalls als richtig erachten, zu weiteren Kostenüberwälzungen zuungunsten der Versicherten führen. Damit aber werden die Prämien für untere und mittlere Einkommensbezüger zu einer untragbaren Belastung, die bereits heute die Belastung durch Steuern in vielen Fällen übersteigt. Steuern belasten aber im Gegensatz zu diesen Prämien die Bezüger hoher Einkommen in progressivem Ausmass; Krankenversicherungsprämien bleiben in Franken und Rappen unbekümmert der Einkommensverhältnisse immer gleich.

Kernpunkt einer Totalrevision muss deshalb der Übergang zu einem völlig andern Finanzierungssystem sein. Der Grundsatz der Solidari-

tät zwischen Bezüglern hoher und niedriger Einkommen und zwischen Ledigen und Familien wie auch der Grundsatz der Gleichbehandlung von Mann und Frau muss sich auch im Prämiensektor der Krankenversicherung durchsetzen. Erzwungen werden kann diese Solidarität nur im Rahmen einer obligatorischen Versicherung. *Ein Vollobligatorium auf Bundesebene stellt deshalb den zweiten Kernpunkt einer Totalrevision dar.* Fast als Nebenwirkung könnten mit seiner Einführung auch die andern einem freiwilligen System inhärenten Mängel wie Versicherungsvorbehalte, Altersgrenzen für den Kas senbeitritt und anderes beseitigt werden. Ebenso lässt sich eine echte Koordination zwischen Krankenversicherung einerseits und den übrigen Sozialversicherungen andererseits erst nach Einführung eines allgemeinen Obligatoriums endgültig realisieren. Wir erwarten, dass solchen Überlegungen endlich das gewünschte Verständnis entgegengebracht wird.

Der Schweizerische Gewerkschaftsbund und die Sozialdemokratische Partei der Schweiz sind sich aber bewusst, dass eine solche umfassende Reform nicht über Nacht realisiert werden kann. *Wir sind deshalb dazu bereit, auf Vorschläge für eine Teilrevision einzutreten, sofern eine solche dazu dient,*

– wichtige Punkte, die nicht bis zu einer Totalrevision aufgeschoben werden können, vorweg und raschmöglichst zu realisieren.

Die Teilrevision darf sodann

– keine Rückschritte gegenüber heutigen Lösungen beinhalten.

Wir stellen fest, dass die Revisionsvorlage vom November 1978 diesen beiden Bedingungen nicht überall gerecht wird. Wir erlauben uns deshalb, Ihnen nachstehend verschiedene Änderungsvorschläge zu unterbreiten. Eine endgültige Stellungnahme in positivem oder negativem Sinn zur ganzen Vorlage müssen wir uns vorbehalten. Wir können diese erst in Kenntnis der letztlich vom Parlament verabschiedeten Version treffen.

Krankenpflegeversicherung

Titel

Der Schweizerische Gewerkschaftsbund und die Sozialdemokratische Partei der Schweiz unterstützen die vorgesehene Zweiteilung des bisherigen Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KUVG) in ein Gesetz, das die Krankenversicherung und ein anderes, das die Unfallversicherung ordnet. Da im Krankenversicherungsgesetz aber nach wie vor auch die Mutterschaftsversicherung geregelt wird, die unbestrittenermassen einen eigenen Sozialversicherungszweig darstellt, sollte dies ebenfalls aus dem Titel der Gesetzgebung hervorgehen. *Wir beantragen daher, das neu geplante Gesetz mit dem Titel «Bundesgesetz über die Kranken- und Mutterschaftsversicherung» zu versehen.*

Artikel 1, Absatz 2

Wir begrüßen es, dass die Teilrevision gerade im Bereich der Mutterschaftsversicherung einige Verbesserungen bringen wird. Diese Verbesserungen stellen aber noch keine Alternative zur soeben lancierten «Mutterschaftsinitiative» dar. *Wir erachten die grundsätzliche Forderung der Initiative nach einer autonomen und umfassenden Regelung des Mutterschaftsrisikos als notwendig.*

Artikel 1, Absatz 3

Wir begrüßen die Bestimmung, wonach die Krankenversicherung subsidiär auch bei Unfall zu Leistungen verpflichtet wird. Sofern aber die Finanzierung dieser Leistungen durch allgemeine Prämieinnahmen geschieht, werden Personen, die anderweitig gegen Unfall versichert sind – zum Beispiel über das Obligatorium des UVG –, doppelt für das gleiche Risiko belastet. Auch könnte diese Bestimmung die Einführung der freiwilligen Versicherung im UVG illusorisch werden lassen, indem für eine solche kein Bedürfnis mehr besteht. *Wir beantragen deshalb, dass zur Abdeckung des Unfallrisikos durch die Krankenversicherung eine risikogerecht bemessene Zusatzprämie zur ordentlichen Prämie für das Krankheitsrisiko erhoben wird.* Diese Zusatzprämie ist aber nur in der Erwachsenenversicherung anzuwenden und ist all jenen Personen zu erlassen, die nachweisen, dass sie anderweitig und mindestens gleichwertig unfallversichert sind.

Artikel 2, Absatz 2bis

Wir unterstützen eine Klausel, wonach die Kantone dazu verpflichtet werden, Personen mit geringem Einkommen Prämienereleichterungen zu verschaffen. Dabei ist auch an die neu zu schaffende Versicherung für Zahnbehandlungskosten zu denken, deren Prämien für wirtschaftlich schwache Personen und für Familien nur schon deshalb verbilligt werden müssen, um ihnen den Beitritt zu ermöglichen. *Wir halten aber die Einführung solcher Regelungen als Aufgabe der Kantone und lehnen es daher ab, dass der Bund einzelnen sogenannten finanzschwachen Kantonen zu diesem Zweck Beiträge ausrichtet.* Sozialhilfe in Einzelfällen zu gewähren ist unmittelbare Aufgabe der Kantone. Sie sollen in der Gestaltung solcher Hilfen frei sein, um so unterschiedlichen Verhältnissen gerecht werden zu können. Wir weisen auch darauf hin, dass bei der Einführung eines neuen Finanzierungssystems mit lohnprozentualer Prämiengestaltung, wie wir es von der Totalrevision erwarten, sich die Frage der dannzumal noch nötigen Prämienverbilligungen ohnehin völlig anders stellen würde.

Artikel 5, Absatz 2

Wie wir in der Einleitung festhalten, sind Altersgrenzen für den Kassenbeitritt in einem freiwilligen System nicht auszuschliessen. Wir müssen uns deshalb dem Festhalten an dieser Regelung beugen. Wir vermögen aber die in den Erläuterungen enthaltene Feststellung, wonach es heute praktisch jedem nicht versicherten Betagten möglich sei, einer Kasse beizutreten, nicht zu teilen. Es genügt dazu nämlich nicht, eine aufnahmewillige Kasse zu finden; die Prämien- oder Selbstbehaltsbedingungen müssten auch entsprechend gestaltet sein. Diese aber sind meist sehr prohibitiv. *Wir verlangen deshalb, dass die im Expertenbericht von 1977 vorgeschlagene Erleichterung des Beitritts Betagter während einer befristeten Übergangszeit in die neuen Vorschläge übernommen wird und die entstehenden Mehrkosten durch Bundesbeiträge abgegolten werden.*

Artikel 5, Absatz 3

Ebenso wie Altersgrenzen sind auch Versicherungsvorbehalte in einem freiwilligen System leider unumgänglich. Wir anerkennen, dass die neuen Vorschläge zumindest eine gewisse Erleichterung bringen. Was uns aber fehlt, ist eine klare gesetzliche Bestimmung, wonach auch in den Bereichen von Zusatzversicherungen, die der Abdeckung des sogenannten Grundbedarfs dienen (zum Beispiel Aufenthaltskostenpauschale im Spital oder Krankengelderhöhung in der Einzelversicherung), bei Anpassungen keinerlei Vorbehalte angebracht werden dürfen.

Artikel 6bis, Absatz 1

Um die Kostenstrukturen bei den Mitgliederbeiträgen transparenter zu gestalten, müsste für ihren Aufbau dekretiert werden, *dass Beiträge der öffentlichen Hand nur zur Mitfinanzierung der Kosten für den Grundbedarf, nicht aber für Zusatzleistungen eingesetzt werden dürfen.*

Artikel 6bis, Absatz 2 und 3

Nicht verstehen können wir, dass in einem Gesetzesvorschlag des Jahres 1979 weiterhin an einer Prämien Differenz zwischen Männern und Frauen festgehalten werden soll. Dies um so mehr, als sich infolge des vorgesehenen Wegfalls der Bundesbeiträge zugunsten der Männer ein Gleichziehen der Prämien zu bescheidenen Kosten realisieren liesse. Wir werden bei unseren Ausführungen zu den Bestimmungen über die Finanzierung darauf näher eintreten. *An dieser Stelle aber möchten wir festhalten, dass ein Gesetz, das nicht die Prämien Gleichstellung zwischen Mann und Frau bringt, auf unseren entschiedensten Widerstand stossen wird.*

Dagegen begrüßen wir die im gleichen Artikel festgelegte Begrenzung der Kinderprämien auf 30 Prozent der Erwachsenenprämie wie auch die in Artikel 37 verankerte Prämienbefreiung ab dem dritten Kind einer Familie. Diese Massnahmen dürfen aber lediglich als «familienfreundlich» bezeichnet werden, keinesfalls tragen sie unserer Forderung nach umfassender Solidarität zwischen wirtschaftlich Starken und wirtschaftlich Schwachen Rechnung. Erst der Übergang zur eigentlichen Familienversicherung – wie sie in allen unseren Nachbarländern gang und gäbe ist – mit nur einer Prämie für das oder die erwerbstätigen Familienmitglieder wird diese Solidarität bringen. Sie wird auch Sondermassnahmen, wie die jetzt vorgeschlagenen, überflüssig machen.

Artikel 12

Wir begrüßen es ganz besonders, dass im Bereich der stationären Behandlung die bisherige Limitierung der Leistungsdauer aufgehoben wird. Damit wird eines der unsozialsten Momente unseres geltenden Versicherungssystems ausgemerzt. Wir ersuchen Sie aber zu prüfen, ob damit auch den Tuberkulosekranken genügend entgegengekommen wird. Deren bisherige Sonderbehandlung wird ja gerade mit Blick auf diese neue Regelung aufgehoben. Wir erwarten daher, dass ein Übergang von der alten zur neuen Ordnung geschaffen wird, der keinerlei Lücken entstehen lässt.

Artikel 12, Absatz 2, Ziffer 1c

Wir beantragen, dass Chiropraktoren nicht nur für eigentliche Behandlungen von den Kassen entschädigt werden, sondern auch für von ihnen vorgenommene und in ihrem Kompetenzbereich liegende Untersuchungen. Schon aus Kostengründen, aber auch zur Vereinfachung für den Patienten, ist diese Forderung mehr als gerechtfertigt.

Artikel 12, Absatz 2, Ziffer 4

Die Aufnahme präventiver Massnahmen in die Liste der Pflichtleistungen der Kassen möchten wir besonders begrüßen. Wir erwarten aber vom Bundesrat, dass er beim Aufstellen des Katalogs derjenigen Untersuchungen, die der Leistungspflicht unterstellt sind – insbesondere bei der Krebsvorsorge –, grosszügig ist und nicht durch kleinliche Auslegung von Begriffen wie «wissenschaftlich erhärtet» oder «wirtschaftlich» den ganzen fortschrittlichen Gehalt der neuen Bestimmung wieder aufhebt. Dies um so mehr, als Vorsorgeuntersuchungen ihren Wert nicht nur im physischen, sondern auch im psychischen Bereich ausweisen.

Die vorgesehene Aufhebung der Sonderbestimmungen für die Tuberkulose bedingt auch besondere Bestimmungen zugunsten

dieser Langzeitkrankheiten im Bereich der prophylaktischen Untersuchungen und der regelmässig nötigen Nachkontrollen. Eine Schlechterstellung gegenüber heute wäre unzulässig. Die bisher notwendige «Begünstigung» müsste im Gegenteil auch auf andere Langzeitkranke, wo ähnliche Massnahmen nötig sind (Nierenpatienten und dergleichen) ausgedehnt werden.

Artikel 12, Absatz 6

Wir erwarten, dass der Bundesrat nicht nur die Arzneimittelliste neu zusammenstellt, sondern auch die Grundsätze zur Aufstellung dieser Liste überprüft und verbessert, damit nicht Jahre verstreichen müssen, bevor ein Präparat, das sich beispielsweise im Ausland bereits bewährt hat, auch bei uns in die Liste aufgenommen werden kann. Nachdem bereits einzelne Kantone zwingend die Übernahme aller vom Arzt verordneten Medikamente zulasten der Krankenversicherung vorschreiben und einzelne Krankenkassen die Kostenübernahme der nichtkassenpflichtigen Medikamente ebenfalls statutarisch für alle für Krankenpflege versicherten Mitglieder zusichern, beantragen wir *folgende Änderung*: «Die Kassen dürfen Arzneimittel, die nicht in dieser Liste enthalten sind, freiwillig vergüten.» Zu prüfen wäre zudem, wie weit auch Mittel zur Empfängnisverhütung in die Liste aufgenommen werden könnten, da ja der Bundesrat mit seiner neuen Vorlage auch die Mutterschaftsversicherung teilweise regeln will und auch Familienschutzgedanken ins Gesetz einfliessen lässt. Zu diesen aber gehören letztlich auch solche der Familienplanung.

Artikel 12ter, Absatz 1

Für die in diesem Artikel erstmals aufscheinende und in andern Artikeln weiter präzierte Aufenthaltskostenpauschale zur Abgeltung der sogenannten Hotelkosten im Spital vermögen wir kaum Verständnis aufzubringen. Bett und Essen sind ebenso unausweichlicher Bestandteil eines Spitalaufenthalts wie die nötige Behandlung. Gewisse Fixkosten, wie Wohnungsmiete oder bei nichtkranken Familienmitgliedern die Kosten für Ernährung und anderes, laufen gleichzeitig unvermindert weiter. Viel zu sparen gibt es also nicht. *Wir beantragen deshalb, die Aufenthaltskostenpauschale als lediglich administratives Überbein zu streichen.* Nur bei dauernd Hospitalisierten lässt sich eine Anrechnung für Unterkunft und Verpflegung rechtfertigen. Eine solche ist aber im Gesetz auch weiterhin vorgesehen.

Artikel 14, Absatz 4

Der letzte Satz dieser Bestimmung ist für uns unverständlich. Offensichtlich bezieht er sich nur auf Artikel 40i, wo die Leistungen bei

reduzierter Erwerbstätigkeit geregelt werden. Da aber die obligatorische Taggeldversicherung ausschliesslich im zweiten Teil der Vorlage geregelt wird, sollte diese Bestimmung dort Aufnahme finden.

Artikel 14, Absatz 6

Wir erachten die vorgesehene Anzahl von bezahlten Kontrolluntersuchungen von 4 während der Schwangerschaft und 1 nach der Niederkunft als ungenügend und *schlagen vor, an Stelle fester Zahlen den Begriff «periodische Untersuchungen» vorzusehen*. Es sollte dann den betroffenen Frauen und ihren Ärzten überlassen werden, die nötige Zahl in Verantwortung für die eigene Gesundheit und diejenige des entstehenden Lebens zu bestimmen.

Artikel 14, Absatz 7

Nachdem die Leistungen bei Mutterschaft künftig vollumfänglich mit Beiträgen des Bundes finanziert werden sollen, ist es selbstverständlich, dass auch Frauen, die nicht für Krankenpflege versichert sind, aber an die über Steuern finanzierten Einnahmen des Staates beitragen, ebenfalls in den Genuss derart finanzierter Leistungen kommen müssen. Wir stimmen deshalb der Aufnahme einer Bestimmung zu, wie sie als Variante zum Gesetzestext vorgesehen ist, mit der diese Leistungspflicht geregelt werden soll.

Die vorgesehene Frist von 270 Tagen, während welcher eine Frau Wohnsitz in der Schweiz haben muss, um in den Genuss solcher Leistungen zu kommen, scheint uns aber unverhältnismässig lang. Wenn wir zum Beispiel an ausländische Saisonarbeiter denken, die endlich ihre Familie zu sich in die Schweiz kommen lassen können, sollte ihnen die Zusprache einer Leistung nicht dermassen erschwert werden. Wir beantragen, einen Zeitraum von 3 Monaten vorzusehen, der völlig genügt, um die von ihnen befürchteten Missbräuche (zwecks Entbindung in die Schweiz einreisen) zu unterbinden. Dies um so mehr, als ja alle unsere Nachbarstaaten nicht über schlechtere, sondern über bessere Regelungen in solchen Fällen verfügen.

Artikel 14bis

Ganz entschieden wenden sich der Schweizerische Gewerkschaftsbund und die Sozialdemokratische Partei gegen die vorgesehene Verschlechterung beim Selbstbehalt von 10 auf 20 Prozent. Wir haben schon in unserer Vernehmlassung zum Expertenbericht 1977 darauf hingewiesen, dass Selbstbehaltsregelungen kein taugliches Mittel zur Kosteneindämmung darstellen. Höhere Selbstbehalte kommen nur der Aufhebung der selbstverständlichsten Solidarität im Bereich der Krankenversicherung, nämlich jener zwischen Gesunden und Kran-

ken, gleich. Da aber eine völlige Aufhebung des Selbstbehalts – eine Forderung, an der wir für die Totalrevision festhalten – in der Teilrevision kostenmässig nicht aufgefangen werden könnte, *beantragen wir, es sei eine Lösung zu suchen mit einem Selbstbehaltssatz von 10 Prozent und einer in Franken festgesetzten oberen Begrenzung, die als finanzielle Einnahme ungefähr das Ausmass der heutigen geltenden Regelung erbringt. Zusätzlich zu den in Artikel 14bis, Absatz 2 angeführten Befreiungen vom Selbstbehalt beantragen wir eine solche auch für Kinder.* Wir erachten die Erhebung eines Selbstbehalts in der Kinderversicherung als besonders fragwürdig, da bei Kinderkrankheiten nur der Arzt darüber entscheiden kann, ob eine solche ernsthafter oder ungefährlicher Natur ist. Die Nichtkonsultation eines Arztes wegen Angst vor den finanziellen Folgen ist deshalb in diesem Bereich nicht zu verantworten.

Artikel 18

Wir unterstützen die Bestimmung, wonach die Kassen Vertrauensärzte damit beauftragen müssen, Kontrolle über die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlung auszuüben. Diese Art der Kontrolle genügt aber nicht, um die Kostenentwicklung im Behandlungssektor wirkungsvoll in den Griff zu bekommen. Die Kassen selbst müssen mit mehr gesetzlichen Möglichkeiten zur Kontrollausübung ausgerüstet werden, und den Versicherten ist ein Mitbestimmungsrecht bei der Aushandlung der Tarife einzuräumen, und zwar mittels eines parlamentarischen Genehmigungsverfahrens auf Kantonsebene mit Referendumsmöglichkeit durch die Bevölkerung.

Artikel 21, Absatz 1

Wir erachten die Bestimmung, wonach Zahnärzte sinngemäss den Ärzten gleichgestellt sind, als unklar. Wir verlangen, dass eindeutig festgelegt wird, dass Zahnärzte für den Bereich der Pflichtleistungen und für den Bereich der freiwilligen Zahnbehandlungsversicherung der Tarif- und Vertragspflicht unterstellt werden.

Artikel 22quinquies, Absatz 1

Obwohl wir es begrüssen, dass im Gesetz klar festgehalten wird, welche Kosten und welchen Kostenanteil einer Heilanstaltsbehandlung die Kassen zu übernehmen haben, sollte dieser Satz auf Bundesebene lediglich als obere Limite fixiert werden. Es sollte den Kantonen freistehen, für Versicherte ihres Kantonsgebietes bessere Lösungen zu treffen. Es sind ja diese Versicherten, die über ihre Steuerbetreffnisse die Höhe des möglichen Kantonsanteils festlegen.

Artikel 22quinquies, Absatz 2

In Anlehnung an unsere Ausführungen zum Artikel 12ter, Absatz 1 beantragen wir die Streichung dieses Absatzes.

Artikel 26, Absatz 1

Mit diesem Artikel wird die Vorlage einer alten Forderung der Gewerkschaften und der Sozialdemokratischen Partei gerecht. Er müsste aber heute neuen gesellschaftlichen Gegebenheiten angepasst werden, indem nicht nur Hausfrauen und Selbständigerwerbende ihre Taggeldversicherung so ansetzen können, dass bei Erkrankung eine Ersatzkraft bezahlt werden kann, sondern allenfalls auch Männer, die sich voll oder teilweise der Tätigkeit im Haushalt zuwenden.

Artikel 35 bis 38ter

Diese Artikel bilden recht eigentlich den Kernpunkt der vorliegenden Teilrevision. Mit ihnen wird nicht nur die Höhe der Beiträge des Bundes und der Kantone festgelegt, es wird auch eine gegenüber heute wesentlich andere Verteilung dieser Mittel vorgenommen.

Vorab möchten wir unserer Genugtuung darüber Ausdruck geben, dass der Bundesrat gewillt ist, die Bundessubventionen gegenüber heute nicht abzubauen. *Wir möchten beifügen, dass wir einen Vorschlag auf Abbau mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln bekämpft hätten. Wir werden auch die in der Einleitung zum Bericht geäußerte Absicht, die Bundessubventionen im Bereiche der Invalidenversicherung in der Grössenordnung von 250 Millionen auf die Kantone zu verlagern, entschieden bekämpfen.* Wir betrachten diese Absicht als Fehleinschätzung der Ausgangslage nach der Abstimmung über die 9. AHV-Revision, worin sich das Schweizervolk klar für eine Wiedererhöhung der Bundessubventionen im Bereich der AHV ausgesprochen hat. Zu Recht betrachtet aber das Schweizervolk AHV und IV als ein in sich geschlossenes Versicherungswerk. Sein Ja zur Subventionserhöhung bei der AHV bedeutet deshalb auch ein Ja zur ungekürzten Weiterführung der Subventionsleistung des Bundes an die IV.

Diese Gründe führen uns auch dazu, die vorgesehene Streichung von Artikel 12 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung entschieden abzulehnen. Wir beantragen im Gegenteil eine Ausweitung dieser Bestimmung. Die Übernahme von Wiedereingliederungsmassnahmen zugunsten Invaliden ist eindeutig Aufgabe der IV. Eine medizinische Eingliederung ist aber oft unmittelbare Voraussetzung zur Ermöglichung der beruflichen Wiedereingliederung. In diesen Fällen hat deshalb die Invalidenversicherung die Kosten für die Ganzheit der Eingliederungsmassnahmen zu übernehmen. Eine

Teilung in Kosten für die berufliche Schulung müsste zu dauernden Streitigkeiten und Unzukömmlichkeiten führen. Sie ist deshalb abzulehnen.

Zur Verbesserung der Finanzlage der Invalidenversicherung schlagen wir vor, es sei durch Gesetzesänderung ein Lohnpromille der Erwerbsersatzordnung der Invalidenversicherung zuzuweisen.

In unseren Ausführungen zu Artikel 14bis haben wir unsere Ablehnung der neuen Selbstbehaltsregelung begründet. Bei Artikel 6bis haben wir verlangt, dass die Teilrevision unbedingt die Prämien-gleichstellung von Mann und Frau bringen muss. Diese Forderungen verbunden mit den andern oben erwähnten Überlegungen zum Finanzhaushalt der Krankenversicherung führen uns dazu, *die folgende Aufteilung der Beiträge des Bundes vorzuschlagen:*

Finanzierung Elemente	in Millionen Franken	
	Entwurf	unser Antrag
Gesamtkosten	5 094	5 094
Kostenbeteiligung	506	491
Nettokosten	4 588	4 603
<i>Bundesbeiträge</i>		
Mutterschaft	170	170
Prämienübernahme ab 3. Kind ..	80	80
Prämienermässigung Kinder ...	65	65
Sozialhypotheken	140	120*
Prämienannäherung Mann/Frau	425	—
Prämien-gleichstellung Mann/ Frau	—	585
Total	880**	1 020
<i>Deckung der Nettokosten</i>		
Bundesbeiträge		1 020
Prämieneinnahmen Männer (2 174 000 x 728.-)		1 582
Prämieneinnahmen Frauen (2 346 000 x 728.-)		1 707
Prämieneinnahmen Kinder	(Schätzung)	294
Total		4 603

* Wir schätzen, dass der Betrag für die Sozialhypotheken um 30 Millionen vermindert werden könnte wegen der Beibehaltung und Ausweitung von Artikel 12 IVG. Dafür setzen wir 10 Millionen ein zur Abgeltung der von uns verlangten Kostenübernahme für die erleichterte Aufnahme Betagter während einer Übergangsfrist.

** Vorgesehen sind 900 Millionen, wovon 20 Millionen zugunsten der Kantone zwecks Verbilligung der Prämien an Minderbemittelte, die wir als unnötig betrachten.

Das Rechenbeispiel zeigt, dass mit einem Mehraufwand von 120 Mio Franken das gesellschaftspolitisch eminente Postulat der Prämien-gleichstellung von Mann und Frau mit dieser Revision bewerk-stelligt werden könnte. Wir erachten diesen Betrag als geringen Preis für die endliche Lösung dieser alten Forderung und erwarten, dass der Bundesrat sich dieser Meinung anschliesst. Hinzuweisen ist auch auf die Tatsache, wonach der Bund bei Festhalten an der früheren Subventionsverpflichtung heute weit mehr als zusätzliche 120 Mio an die Krankenversicherung zu entrichten hätte. Wir ver-weisen auch auf unseren Vorschlag in unserer Vernehmlassung zum Expertenbericht des Jahres 1977 und in der Motion der sozialdemo-kratischen Fraktion der Bundesversammlung auf Erhebung eines prozentualen Zuschlags auf den Steuerbeträgen bei der direk-ten Bundessteuer zur Mittelbeschaffung zugunsten der Krankenver-sicherung. Wir halten an diesem Vorschlag fest.

Die Übernahme unseres Finanzierungsvorschlages würde auch be-wirken, dass bereits Familien mit zwei Kindern gegenüber heute ent-lastet würden und auch Familien mit einem Kind nicht mit Prämien-aufschlägen rechnen müssten. Die Forderung dürfte sich somit mit den Absichten des Bundesrates noch besser decken als sein eige-ner Antrag.

Beifügen möchten wir noch, dass wir die Subventionsleistungen des Bundes als stabilisierendes Element für die Beitragsgestaltung be-trachten. Die Festsetzung dieser Leistungen darf somit nicht von unbekanntem Faktoren, wie zum Beispiel der Finanzlage des Bundes, abhängig gemacht werden. Wie bei anderen Aufgaben des Bundes hat er auch in diesem Bereich die Einnahmen nach den Ausgaben und nicht die Ausgaben nach den Einnahmen zu gestalten. *Wir lehnen deshalb eine Gesetzesbestimmung ab, wonach der Bund bei der Festlegung der Subventionen auf die Finanzlage des Bundes Rücksicht zu nehmen hat, ebenso wie wir uns entschieden dagegen wenden, dass auch Kürzungen im Subventionsbereich durch einfachen Bundesbe-schluss ermöglicht werden sollen.* Wir erachten es als unerlässlich, dass solche Entscheidungen mit einem Referendum einem Volks-entscheid zugeführt werden können.

Um sodann zu vermeiden, dass trotz den Zusagen im Kommentar zum Expertenbericht 1977 weiterhin Personen aus den Krankenkas-sen ausgeschlossen werden, die finanziell vorübergehend nicht in der Lage sind, die Beiträge zu bezahlen, sollte der Gesetzes-Artikel 38 Absatz 2 wie folgt ergänzt werden: «... wenn deren Bezahlung für den Versicherten oder den Unterhaltspflichtigen eine grosse Härte bedeuten würde oder aus wirtschaftlichen Gründen nicht möglich ist.»

Obligatorische Krankengeldversicherung

Schon in unserer Eingabe zum Expertenbericht des Jahres 1977 haben wir uns für die Einführung eines Obligatoriums für alle Arbeitnehmer im Bereich der Krankengeldversicherung eingesetzt. Wir möchten heute unsere grundsätzliche Zustimmung zu dieser Änderung wiederholen. Wiederholen möchten wir aber auch unsere Bedenken gegenüber Lösungen, welche die heute gutversicherten Arbeitnehmer künftig schlechter stellt. Wir dürfen diese zahlenmässig starke Gruppe nicht zu Gegnern eines an sich fortschrittlichen Vorhabens, wie es die Einführung des Obligatoriums bedeutet, machen. Diese Überlegungen führen uns dazu, die folgenden Abänderungsanträge zu stellen:

Artikel 40b

Wir lehnen die in diesem Artikel vorgesehene Lösung ab, wonach ein Arbeitnehmer, dessen Arbeitgeber der Versicherungspflicht nicht nachgekommen ist, den daraus entstehenden Schaden vorerst durch Klageerhebung gegenüber dem Arbeitgeber einzutreiben versuchen muss und seine Leistungen bei einem Misserfolg dann allenfalls über einen Hilfsfonds (Art. 40m) zugesprochen erhält. Eine solche Lösung ist eines auf Bundesebene obligatorischen Sozialwerks unwürdig. *Wir verlangen, dass an Stelle des vorgesehenen Hilfsfonds eine eigentliche Auffangeinrichtung geschaffen wird, der in Analogie zur vorgesehenen Lösung in der Unfallversicherung alle Krankenversicherer angeschlossen sind und die zur Erbringung der gesetzlichen Leistungen in den erwähnten Fällen verpflichtet ist. Dieser Auffangkasse ist das Recht zum Zwangsanschluss säumiger Arbeitgeber einzuräumen. Sie und nicht der Versicherte haben Schadenforderungen gegenüber den säumigen Arbeitgebern zu erheben. Diese Einrichtung hat auch Schäden abzugelten, die dann entstehen, wenn die gesetzlich oder vertraglich verankerte Lohnzahlungspflicht eines Arbeitgebers gemäss Artikel 40h wegen Insolvenz nicht erfüllt wird. Zu diesem Zweck ist von allen Kassen bei den Arbeitgeberprämien ein Insolvenzzuschlag, ähnlich dem im Bundesgesetz für die berufliche Vorsorge vorgesehenen Zuschlag, zu erheben. Zu prüfen ist auch, ob diese Auffangeinrichtung nicht zum vornherein den Versicherungsschutz der Arbeitslosen übernehmen könnte. Wir äussern uns dazu in unseren Ausführungen zu Artikel 40c.*

Artikel 40b, Absatz 1

Wir begrüssen es, dass im neuen Gesetzesvorschlag auch einmal vom Mitbestimmungsrecht der Arbeitnehmer die Rede ist. *Im Zusammenhang mit der Wahl des Versicherungsträgers sollte aber von der nötigen Zustimmung der Arbeitnehmer die Rede sein und nicht nur von Mitbestimmung.*

Letztlich muss die Auffangeinrichtung auch dazu verpflichtet werden, jede Gruppe, für die ein Aufnahmegesuch gestellt wird, aufzunehmen, wobei der Bundesrat die Bedingungen für die Beitragshöhe zu regeln hat. Ohne eine solche Verpflichtung wäre es möglich, dass eine Gruppe, die als besonders risikobehaftet gilt, von allen Versicherungsträgern abgelehnt wird.

Artikel 40c, Absatz 2a

Dieser Absatz ist offensichtlich falsch formuliert. Es geht darum, den *Versicherungsschutz* dreissig Tage über die Beendigung eines Dienstverhältnisses hinaus weiterzuführen. Gemäss Textvorschlag, der dem Unfallversicherungsgesetz nachgebildet ist, würden aber *laufende Leistungen* aus einer Erkrankung, die vor Beendigung des Dienstverhältnisses eingetreten ist, nach dreissig weiteren Tagen eingestellt. Wir ersuchen um Klarstellung dieses Textes.

Artikel 40c, Absatz 3b

Gemäss diesem Artikel soll die Fortdauer der Versicherung bei Arbeitsunfähigkeit wegen eines Unfalls oder bei Arbeitslosigkeit auf dem Verordnungswege geregelt werden. Wir erachten diese Kompetenzbestimmung als ungenügend. *Zumindest muss schon im Gesetz selbst verankert werden, dass einkommensgleiche Leistungen wie Taggelder bei Unfall und Arbeitslosigkeit sowie bei Umschulungsmassnahmen der Arbeitslosenversicherung beziehungsweise Wiedereingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung als Lohnzahlungen gelten.*

Damit übernehmen diese Versicherungszweige gegenüber dem Versicherten die Funktion des Arbeitgebers, was sie letztlich auch sind, da der Status des Arbeitnehmers sich ja nicht geändert hat. Nach wie vor ist er auf ein regelmässig fliessendes Einkommen angewiesen. Als logische Konsequenz *haben deshalb diese Versicherungseinrichtungen im Falle einer Krankheit die gesetzlich verankerte Lohnzahlungspflicht für die ersten 30 Tage zu tragen.* Nach Ablauf dieser Frist sind sie zur Übernahme des Arbeitgeberanteils an den Prämien zu verpflichten. Da diese Prämienanteile wegen vertraglicher Regelungen unterschiedlich ausgestaltet sein können, ist die Regelung dieser Frage der Verordnung zuzuweisen. Denkbar wäre zum Beispiel die Überführung der Arbeitslosen in die von uns geforderte Auffangkasse zu einheitlich gestalteten Kollektivbeiträgen. Einkommensersatz zu bieten bei Unfall, Krankheit und Mutterschaft ist die eine Seite des nötigen Schutzes zugunsten eines Arbeitnehmers. Die andere, nicht minder wichtige, ist der Schutz vor dem Verlust seines Arbeitsplatzes. Gerade bei Unfall und Krankheit ist die psychologische Bedeutung dieses Schutzes mit in Rechnung zu

stellen. Eine Kündigung, die einem Versicherten im Spital zugestellt wird, ist nicht nur aus moralischen Gründen abzulehnen, sie dürfte auch den Heilungsvorgang nicht unbedeutend beeinflussen. *Wir verlangen deshalb, dass bei der jetzt vorliegenden Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes im Arbeitsvertragsrecht (10. Titel des Obligationenrechts) der Kündigungsschutz auf die volle Dauer einer Krankheit, eines Unfalls, die Zeit der Schwangerschaft und des Mutterschaftsurlaubs ausgedehnt wird.* Die gesetzliche Verankerung des vollen Kündigungsschutzes bei Krankheit drängt sich im Zusammenhang mit der Teilrevision um so mehr auf, als sich sonst zwischen vertraglich festgelegter Lohnzahlungsdauer und Kündigungsschutz Differenzen ergeben können, die mit einem bundesrechtlich verankerten Obligatorium der Krankengeldzahlung nicht vereinbar wären.

Artikel 40e

Der gesellschaftlichen Emanzipation Folge leistend und oft auch aus wirtschaftlichem Zwang gehen in einer Ehe immer mehr Mann und Frau einer Beschäftigung nach. Kinder aus solchen Ehen werden oft tagsüber in Kinderhorten und ähnlichen Einrichtungen betreut. Werden sie aber von einer Krankheit befallen, müssen die Eltern diese Betreuung übernehmen. Die Krankengeldversicherung hat sich auch dieses Problems anzunehmen. Ihre Leistungen dürfen nicht auf den Fall der persönlichen Erkrankung beschränkt bleiben; *sie sind auch auszurichten, wenn ein Kind – eigenes Kind, Adoptivkind, Pflegekind oder Stiefkind – erkrankt und ein Elternteil deswegen der Arbeit fernbleiben muss.* Wir schlagen vor, dass dies für Kinder, die das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gilt, und zwar

- wenn das Kind krank ist,
- wenn derjenige, der im allgemeinen für das Kind sorgt, krank ist,
- wenn ein Elternteil ein Kind zu einer ärztlichen Untersuchung begleiten muss.

Artikel 40e, Absatz 2

Die Einschränkung, wonach ein Arbeitnehmer nur bezugsberechtigt ist, wenn er mehr als drei Monate innerhalb von zwei Jahren versichert war, *muss für neu ins Berufsleben Eintretende fallen gelassen werden.* Wir denken hier an Schulentlassene, Studenten, Frauen, die nach längerer Pause wieder ins Erwerbsleben eintreten möchten, Fremdarbeiter usw. Sie alle müssen ab dem ersten Tag einer Arbeitsaufnahme geschützt werden. Jede andere Regelung würde zu einer sozialen Lücke führen, die durch nichts gerechtfertigt werden könnte.

Artikel 40f

Für langdauernde Krankengeldzahlungen ist es nötig, auch eine allfällige Teuerungsanpassung vorzusehen. Wir beantragen die Auf-

nahme eines Kompetenzartikels, damit dieser Punkt auf dem Verordnungsweg angegangen werden kann, ähnlich wie das bei der Revision des Unfallversicherungsgesetzes vorgesehen ist.

Artikel 40h, Absatz 3 und 4

Wenn in diesem Artikel die Dauer der Krankengeldleistung mit 540 Tagen festgelegt wird, die allenfalls um 180 Tage (allerdings mit kleineren Leistungen) erweitert werden kann, bedeutet das gegenüber der heutigen Regelung eine einschneidende Verschlechterung. Überall, wo Gesamtarbeitsverträge diese Frage regeln, gehen sie von Krankengeldzahlungen für 720 Tage aus, und zwar unter anteilmässiger Anrechnung dieser Leistungen auch über 720 Tage hinaus beim Eintreffen von Zahlungen der Invalidenversicherung. Wir sind nicht dazu bereit, diese Leistungen preiszugeben. Sie stellen nur einen bescheidenen und befristeten Ausgleich der Benachteiligung von Kranken gegenüber verunfallten bei der späteren Rentenzahlung dar. *Wir erwarten deshalb, dass die Krankengeldleistung gesetzlich mit 720 Tagen festgelegt wird unter Anrechnung von Leistungen der Invalidenversicherung, sofern die Leistungen der beiden Sozialwerke zusammen den früheren Bruttolohnbezug übersteigen.*

Artikel 40k, Absatz 2

Um zu vermeiden, dass die Risikoprämie für jeden Betrieb einzeln bemessen werden kann – was unweigerlich dazu führen müsste, dass diese für Kleinbetriebe mit zum Beispiel mehrheitlich älteren Arbeitnehmern unerschwinglich würden –, ist diese von *allen Versicherungsträgern* nach den gleichen Grundsätzen festzulegen. Eine Präzisierung der geplanten Gesetzesbestimmung in diesem Sinne ist notwendig.

Artikel 40l und 40n

Ebenso wie wir in der Unfallversicherung das vorgesehene System einer doppelten Trägerschaft einerseits durch die SUVA und andererseits durch die privaten Versicherungsgesellschaften als unzweckmässig erachten, lehnen wir es auch für den Bereich der Krankengeldversicherung ab. Es geht nicht an, zwei Träger an einem Versicherungswerk zu beteiligen, von denen der eine dieses Sozialwerk richtigerweise nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit betreiben muss, der andere aber dem Prinzip des Gewinnstrebens unterstellt bleibt. Die doppelte Trägerschaft begründet sodann – so wie sie vorgesehen ist – unterschiedliche Versicherungsverhältnisse. Im einen Fall besteht die Versicherung von Gesetzes wegen, im andern fusst sie auf einem Vertrag nach Versicherungsvertragsgesetz. Dieses System muss zumindest zu Rechtsunsicherheiten, wenn nicht zu Rechtsungleichheiten führen. Es ist deshalb

abzulehnen. *Wir vertreten die Meinung, die obligatorische Krankengeldversicherung sei ausschliesslich durch die anerkannten Krankenkassen durchzuführen.* Sollten die privaten Versicherungsgesellschaften als Träger zugelassen werden, so müssten sie für diesen Bereich integral dem Gesetz unterstellt und zur Durchführung dieses Versicherungszweiges nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit verpflichtet werden. Ähnlich wie im geplanten UVG wäre weiter festzulegen, wie die Prämien aufzubauen sind und dass auch die Zuschläge für Verwaltungskosten wie auch die Höhe der Reserven und die Verwendung von Überschüssen von allen Versicherungsträgern transparent und einheitlich gestaltet werden müssen.

Aenderung weiterer Bundesgesetze und Übergangsbestimmung

Wir möchten an dieser Stelle nochmals auf unsere Ausführungen zu den Artikeln 35 bis 38ter hinweisen, wo wir uns gegen die vorgesehene Streichung von Artikel 12 IVG ausgesprochen und auf unsere Forderung zu Artikel 40c, Absatz 3, wo wir eine Änderung der Kündigungsbestimmungen im Arbeitsvertragsrecht verlangen.

Sodann wenden wir uns gegen die vorgesehene Verschlechterung, wonach die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers nurmehr vier Fünftel der Lohnsumme umfassen soll. Artikel 324a OR hatte bislang vor allem beim Krankheitsfall die Wirkung einer hundertprozentigen Lohnfortzahlung für eine beschränkte Zeit. Wir beantragen, dass daran festgehalten wird. Unklar ist auch, ob der neu vorgesehene Artikel 324b, Absatz 3 jede allenfalls entstehende Lücke bis zum Versicherungsanspruch während der ersten dreissig Tage zu decken vermag. Wie steht es beispielsweise mit der vierten Woche im ersten Anstellungsjahr oder mit bereits für andere Risiken (Militärdienst, Ausübung eines öffentlichen Amtes) erschöpften Lohnzahlungsfristen? Darüber spricht sich auch die Botschaft zur Revision der Unfallversicherung nicht eindeutig aus, die ja derjenigen zur Krankenversicherung als Modell dient. Wir ersuchen Sie, diesen Aspekt nochmals zu prüfen und die Gesetzestexte unbedingt so zu formulieren, dass daraus keine neuerlichen juristischen Streitfragen entstehen können.

Unser zu Artikel 5, Absatz 2 geäussertes Begehren nach Aufnahme von Bestimmungen zur Erleichterung des Beitritts Betagter während einer bestimmten Zeit müsste in der Übergangsbestimmung seinen Platz finden.

Soweit, sehr geehrter Herr Bundesrat, unsere Bemerkungen und Forderungen im Zusammenhang mit der von Ihnen ausgearbeiteten Teilrevision für den Bereich der Krankenversicherung. Wir wissen, dass Sie unsere Vorschläge sorgfältig prüfen werden. Dafür möch-

ten wir Ihnen zum Schluss dieser Vernehmlassung bestens danken.
Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Bundesrat, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung!

*Schweizerischer Gewerkschaftsbund
Sozialdemokratische Partei der Schweiz*

30. April 1979