

Zeitschrift: Zeitschrift für öffentliche Fürsorge : Monatsschrift für Sozialhilfe : Beiträge und Entscheide aus den Bereichen Fürsorge, Sozialversicherung, Jugendhilfe und Vormundschaft

Herausgeber: Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe

Band: 79 (1982)

Heft: 2

Artikel: Organisation und Aufgaben der Krankenkassen

Autor: Peter, M.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-838672>

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: 14.03.2025

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

Einklang stehen. Diese Genehmigung erstreckt sich auch auf schweizerische Verträge, wie z. B. mit dem Schweiz. Apothekerverein, den Chiropraktoren und Physiotherapeuten.

In unserer Verbandsstruktur nehmen die *Rückversicherungsverbände* eine bedeutende Stellung ein. Sie decken vor allem die langdauernden und kostspieligen Risiken im Sinne eines Finanzausgleichs ab. Vom früher vorherrschenden Tbc-Risiko ist mit der Zeit eine Verlagerung eingetreten auf die Lähmungsbehandlungen, auf bestimmte schwere Behandlungen, wie z. B. Herzoperationen, Implantationen und Haemodialysen, d. h. meist jahrelange Behandlungen mit der künstlichen Niere usw. Ein Nierenpatient (von über 900 pro 1980) kostet jährlich im Durchschnitt über 30 000 Franken.

Die Rückversicherer ermöglichen, dass auch Kassen mit kleinen Beständen die genau gleichen Leistungen erbringen können wie die grossen Kassen mit mehreren hunderttausend Mitgliedern.

Mit diesen Ausführungen habe ich versucht, Ihnen einen summarischen Überblick über die historisch gewachsenen Strukturen zu geben.

H. Brand, Sekretär des Konkordates
der Schweiz. Krankenkassen,
Solethurn

Organisation und Aufgaben der Krankenkassen

Krankheit gehört zu den Wechselfällen des Lebens. Gesund zu werden, kann Kosten verursachen, die der Einzelne oft kaum allein zu tragen vermöchte. Gegen die wirtschaftlichen Folgen der Krankheit zu schützen, ist die zentrale Aufgabe der Krankenkassen.

Zur Deckung der Heilungskosten dient die gesetzlich geregelte *Krankenpflegeversicherung* und ergänzend die Spitalzusatzversicherungen. Die *Krankengeldversicherung* deckt den Erwerbsausfall bei einer durch Krankheit bedingten Arbeitsunfähigkeit. Die Krankenpflege- und die Krankengeldversicherung (mindestens Fr. 2.– pro Tag) gelten als gesetzliche Grundversicherung. Eine anerkannte Krankenkasse hat mindestens eine der beiden Versicherungsarten zu führen. Weitere Versicherungsarten sind bundesrechtlich zugelassen, jedoch nicht vorgeschrieben. Aus der Sicht des Finanzhaushaltes aller Kassen ist die Krankenpflegeversicherung der wichtigste Zweig, denn rund 80% aller Kassenleistungen entfallen laut Statistik des Bundesamtes auf Krankenpflege.

Die Krankenpflegeversicherung

Als Basisschutz deckt die Krankenpflegeversicherung die Heilungskosten bei ambulanter Behandlung und in der Heilanstalt.

Die ambulanten Kosten umfassen die Behandlung beim Arzt in der Sprechstunde und beim Patienten zuhause, die Behandlung beim Chiropraktiker, die Kosten für Medikamente, für ärztlich verordnete Heilanzeigen, Analysen, Labor- und Röntgenuntersuchungen. Die Leistungen für die ambulante Behandlung werden ohne zeitliche Begrenzung gewährt.

Für die Behandlung in Heilanstalten sind die Leistungen in der Regel nach 2 Jahren (genau nach 720 innert 900 Tagen) erschöpft. Diese Beschränkung der Genussberechtigung spielt allerdings erst im AHV-Alter eine Rolle. Praktisch alle Mitglieder in jüngeren und mittleren Jahren, welche sich während 720 innert 900 Tagen in Spitalpflege befinden, sind Bezüger einer IV-Rente, für welche die Kassenleistungen nicht an die Genussberechtigung angerechnet werden.

Bei ambulanter Behandlung haben die Versicherten einen Kostenanteil von 10%, die Erwachsenen mindestens Fr. 30.– je Krankheitsfall zu leisten. Kein Selbstbehalt wird bei Heilanstaltaufenthalt, bei Erkrankung an Tuberkulose, für Mutterschaftsleistungen und Kuren erhoben.

Die Spitalzusatzversicherungen

Spitalzusatzversicherungen bilden einen erweiterten Schutz für die Behandlung in Heilanstalten, in Ergänzung zur Krankenpflegeversicherung. Damit im Spital auch die Kosten für Verpflegung und Unterkunft voll übernommen werden können, wird von den meisten Krankenkassen eine minimale Spitalzusatzversicherung empfohlen oder obligatorisch erklärt. Mit einem derart erweiterten Basisschutz sind dann in der Regel die vollen Kosten für Aufenthalt und Behandlung in der allgemeinen Abteilung des Akutspitals im Wohnortskanton gedeckt.

Mitglieder, welche eine Pflege in der halbprivaten oder privaten Abteilung beanspruchen, können ihre Spitalzusatzversicherung entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen ausweiten. Bei entsprechenden Prämien reichen die Möglichkeiten auch hier bis zur Übernahme der vollen Kosten in der Privatabteilung öffentlicher Spitäler und in Privatkliniken.

Die Krankengeldversicherung

Die Krankengeldversicherung deckt den Erwerbsausfall bei einer durch Krankheit bedingten Arbeitsunfähigkeit. Krankengeldversicherungen können je nach den persönlichen Verhältnissen mit Leistungsbeginn ab dem 1. Krankheitstag oder mit aufgeschobenem Leistungsbeginn (nach 21, 30, 60 Tagen

etc.) abgeschlossen werden. Je später die Leistungen einsetzen, desto günstiger sind die Prämien. Arbeitnehmer wählen die Aufschubszeit mit Vorteil im Anschluss an die gesetzlich oder vertraglich geregelte Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber.

Die Mutterschaft

Bei Mutterschaft erbringen die Krankenkassen die gleichen Leistungen wie bei Krankheit, sofern die Versicherung bis zum Tage der Niederkunft mindestens 270 Tage gedauert hat. Darüber hinaus gelten als spezifische Mutterschaftsleistungen: fünf Kontrolluntersuchungen, Geburtshilfe durch die Hebamme und den Arzt, die Entbindungstaxe, das Stillgeld, der Kostenbeitrag an die Pflege des Kindes sowie das versicherte Krankengeld für 70 Tage.

Das Unfallrisiko

Wie weit das Unfallrisiko mitversichert ist, bleibt den Kassen anheimgestellt und ist in den Statuten der einzelnen Kassen geregelt. Zahlreiche Kassen gewähren bei Unfällen aus der Krankenpflegeversicherung subsidiär die gleichen Leistungen wie bei Krankheit. Analog zu den Krankengeldversicherungen bestehen Unfallgeldversicherungen (oder Taggeldversicherungen für Krankheit und Unfall).

Weitere Zusatzversicherungen

Um ihren Mitgliedern soweit wie möglich zu dienen, haben die meisten Kassen ihr Angebot über die gesetzlich vorgesehenen Versicherungen hinaus erweitert. Nebst den bereits erwähnten Spitalzusatzversicherungen entsprechen insbesondere die Zahnpflegeversicherung und die Todesfall- und Invaliditäts-Risikoversicherungen einem stets zunehmenden Bedürfnis.

Das Recht auf Mitgliedschaft

Jeder Schweizer Bürger hat das Recht, in eine Krankenkasse einzutreten, sofern er deren statutarische Voraussetzungen erfüllt. Dieses Recht steht sinngemäss auch den Ausländern zu, die im Tätigkeitsgebiet einer Kasse wohnen.

Die Mitgliedschaft dauert grundsätzlich bis zum Lebensende, sofern ein Mitglied nicht aus freiem Ermessen vorher aus einer Kasse austritt. Eine Aufnahme darf weder aus gesundheitlichen Gründen noch wegen Schwangerschaft abgelehnt werden. Der Aufnahmebewerber hat darauf Anspruch, für

die statutarischen Mindestleistungen sowohl der Krankenpflege als auch der Krankengeldversicherung versichert zu sein.

Die Freizügigkeit

Versicherte, die aus zwingenden Gründen aus einer Krankenkasse austreten müssen, haben einen gesetzlichen Anspruch zur Weiterführung der Versicherung im bisherigen Umfange bei einer anderen anerkannten Kasse. Voraussetzung dazu ist eine Mitgliedschaft von mindestens sechs Monaten ohne Unterbruch von mehr als drei Monaten bei einer oder mehreren anerkannten Krankenkassen.

Die wichtigsten Freizügigkeitsgründe sind

- Ausscheiden aus einer Orts- oder Regionalkrankenkasse infolge Wegzugs aus dem Tätigkeitsgebiet der betreffenden Kasse
- Austritt aus einer Betriebs-, Berufs- oder Schüler-Krankenkasse wegen Ausscheidens aus einem Betrieb, Beruf oder aus der Schule
- Ausscheiden aus einer Kollektiv-Versicherung, wenn der Übertritt in die Einzelversicherung nicht möglich ist
- Auflösung einer Krankenkasse.

Ein Anspruch auf Freizügigkeit besteht nur, wenn der Versicherte aus einer Kasse austreten muss. Ein freiwilliger Austritt berechtigt nicht zur Freizügigkeit. Ein Versicherter hat sein Recht auf Freizügigkeit bei der neuen Krankenkasse innert drei Monaten geltend zu machen. Dabei hat er der neuen Kasse einen Freizügigkeitsausweis abzugeben.

Vorbehalte

Die Kassen sind berechtigt, Krankheiten, die bei der Aufnahme oder anlässlich einer Höherversicherung bestehen oder bestanden haben und erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen, durch einen Vorbehalt von der Versicherung auszuschliessen. Ein Vorbehalt bleibt längstens fünf Jahre wirksam.

Die Finanzierung der Krankenversicherung

Für ihren Finanzhaushalt sind die Kassen selber verantwortlich. Sie unterstehen jedoch der Aufsicht des Bundesamtes für Sozialversicherung.

Gemäss Statistik des Bundesamtes für Sozialversicherung haben die Kassen im Jahre 1980 je versichertes Mitglied Fr. 651.36 als Krankenpflegekosten ausgewiesen.

Rund 75% dieser Kosten werden durch die Mitglieder aufgebracht, nämlich rund 69% über die ordentlichen Prämien und 6% über die Kostenbeteiligung (Selbstbehalt + Franchise). Die Subventionen des Bundes, der Kantone und der Gemeinden vermögen 22% der Kosten zu decken. Weitere 3% fließen aus den Erträgen der gesetzlich vorgeschriebenen Reserven und aus Beiträgen von Arbeitgebern.

Die Prämien können innerhalb der gleichen Kasse unterschiedlich festgesetzt werden, je nach Eintrittsalter, regionalen Kosten und Geschlecht. Wer in jungen Jahren einer Kasse beiträgt, bezahlt in der Regel lebenslanglich eine günstigere Prämie. In städtischen Regionen sind die Kosten erfahrungsgemäss höher als auf dem Lande, daher unterschiedliche Prämien. Würden die Prämien für Frauen risikogerecht, entsprechend den Kosten festgesetzt, so wären sie in der Krankenpflegeversicherung rund 50% höher als für Männer. Aufgrund der gesetzlichen Vorschriften darf die Differenz jedoch höchstens 10% betragen.

Die Subventionen des Bundes dienen zur Abgeltung der zahlreichen sozialpolitischen Auflagen, welche den anerkannten Kassen durch gesetzliche Vorschriften übertragen sind. Nachdem der Bund die Subventionen seit 1976 zweimal gekürzt und plafoniert hat, geht jede weitere Zunahme der Krankheitskosten zulasten der Mitglieder.

M. Peter, Zentralverwaltung
der Krankenkasse Helvetia, Zürich

Altersprobleme in der sozialen Kranken- und Unfallversicherung

I. Betagte und Krankenpflegeversicherung

1. Die Bedeutung der Krankenversicherung im Alter

Wenn man von der Beobachtung ausgeht, dass mehr als ein Sechstel der schweizerischen Bevölkerung 60jährig und älter ist und gleichzeitig weiss, dass die Krankheitshäufigkeit und damit die Krankenpflegekosten im Alter