

Postfach 4084, 3001 Bern, 031 24.11.15

**Musterreferat zur eidgenössischen Volksabstimmung vom 6.12.1987 über die  
Teilrevision des Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetzes (KMSG)**

Sehr geehrte Damen und Herren

Der eidgenössische Abstimmungstermin vom 6. Dezember rückt näher. Wir stehen vor einer schwerwiegenden und weittragenden Entscheidung: Wollen wir das revidierte Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetz – das sogenannte Sofortprogramm – annehmen, oder wollen wir es ablehnen?

Wie Sie wissen, bekämpfen dieses neue Gesetz der Schweizerische Gewerbeverband, der Zentralverband Schweizerischer Arbeitgeberorganisationen, das Centre Patronal (Westschweizer Arbeitgeberorganisationen) sowie eine kleine Gruppe von Medizinalpersonen. Für die Annahme des Gesetzes am 6. Dezember haben sich ausgesprochen: alle politischen Parteien, die Frauenorganisationen, die Verbindung der Schweizer Aerzte (FMH), die Gewerkschaften, Angestelltenverbände und das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen. Das Konkordat der Krankenkassen ist von der Gesetzesvorlage keineswegs voll befriedigt. Es stimmt ihr aber trotzdem zu, weil es nicht am Grossteil der Frauen vorbeipolitisiert und die ganze Revisionsvorlage dem Risiko eines Scherbenhaufens aussetzen will.

Das Nein des Gewerbeverbandes gilt in erster Linie der Mutterschaftsversicherung. Diese bildet zwar nur ein Teilstück des ganzen Revisionspaketes, es ist aber mit diesem untrennbar verkoppelt. Das heisst: Ein Nein zur Mutterschaftsversicherung ist zugleich ein Nein zur ganzen Vorlage. Wer die Mutterschaftsversicherung ablehnt, sagt auch nein zum KMSG. Diesen Zusammenhang müssen wir klar sehen!

**Was bringt die Mutterschaftsversicherung?**

Künftig sollen alle Mütter während 16 Wochen eine Haushaltentschädigung wie die Wehrmänner erhalten. Für die erwerbstätigen Frauen beträgt die Entschädigung

pro Tag mindestens 35 und höchstens 105 Franken. Die nichterwerbstätigen Frauen erhalten pro Tag 35 Franken. Auf die gesamte Leistungsdauer von 16 Wochen gerechnet, können an erwerbstätige Mütter zum Ersatz des Lohnausfalles bis zu rund 12'000 Franken ausgerichtet werden. Auf den 1. Januar 1988 werden diese Ansätze leicht erhöht. Den nichterwerbstätigen Müttern werden total 3920 Franken ausbezahlt.

Die veranschlagten Ausgaben dürften rund 400 Mio Franken betragen, die durch einen "Ausgleichsfonds der EO bei Mutterschaft" finanziert werden. Dieser Fonds wird durch einen Zuschlag zum AHV-Beitrag gespiesen. Der Zuschlag beträgt bescheidene 0,3 Prozent, wobei bei Arbeitnehmern die Hälfte durch die Arbeitgeber mitgetragen wird. Der Arbeitnehmer zahlt also Fr. 1.50 je tausend Franken Einkommen.

#### **Gerecht und administrativ einfach**

Weil jeder Erwerbstätige mit seinem ganzen Einkommen leistungspflichtig ist, führt diese Regelung - d.h. Zuschlag zum AHV-Beitrag - zu einer breiten Solidarität innerhalb der gesamten Bevölkerung. Diese Regelung darf aber auch deshalb als sozial bezeichnet werden, weil die Taggelder auch nach oben begrenzt sind: Das Taggeld entspricht zwar grundsätzlich 75 Prozent des Erwerbseinkommens, doch steigt es ab Einkommen von 4200 Franken im Monat nicht weiter an.

Es stellt sich aber auch die Frage der Gerechtigkeit. Ist es gerecht, dass die erwerbstätigen Mütter Beiträge an die Erwerb ersatzordnung für Wehrmänner leisten müssen, obwohl sie die Leistungen, die sie mitfinanzieren, gar nie beanspruchen können, weil sie ja keinen Militärdienst leisten. Oder einfacher gesagt: Sind Mütter weniger wert als Rekruten?

Und noch eine Frage: Warum sollte die nichterwerbstätige Frau eines EO-Beiträge zahlenden Ehemannes keinen Anspruch auf Mutterschaftsleistungen haben? Aus Gründen der Gerechtigkeit steht auch ihr ein Beitrag zu.

Meine Damen und Herren, Sie sind sicher auch der Meinung, dass wir den Frauen nicht länger vorenthalten dürfen, was wir ihnen seit Annahme des Familienschutzartikels im Jahre 1945 immer wieder versprochen haben - nämlich eine Mutterschaftsversicherung, die diesen Namen auch wirklich verdient.

## **Politik – die "Kunst des Möglichen"**

Mit dem Volksentscheid vom 6. Dezember steht und fällt aber nicht nur die Mutterschaftsversicherung, sondern die Gesamtvorlage.

Ich darf Sie daran erinnern, dass die eidgenössischen Räte das in sechsjährigem, zähem Ringen innerhalb und ausserhalb des Parlamentes zustande gekommene Sofortprogramm am letzten Tag der Frühjahrsession 1987 mit deutlichen Ja-Mehrheiten verabschiedet haben – der Nationalrat mit 147 : 1 und der Ständerat mit 39 : 0 Stimmen.

Das Konkordat hat die endgültige Fassung der Vorlage folgendermassen beurteilt: Diese Teilrevision ist zwar keine Meisterleistung, aber sie bedeutet gegenüber dem geltenden Recht doch einen echten Fortschritt. Das Konkordat hätte vor allem griffigere Massnahmen im Bereich der Kostendämmung erwartet. Das Konkordat und wir alle sind uns jedoch bewusst, dass die Politik immer noch die "Kunst des Möglichen" ist. In der Politik muss man sich meistens mit kleinen Schritten begnügen. Diese Schritte sind denn auch vom Konkordat vollauf gewürdigt worden.

Ich will Ihnen nun kurz einen Ueberblick geben über das, was erreicht worden ist:

### **Leistungsausbau**

Als bedeutsamen sozialen Fortschritt sind die unbeschränkten Spitalleistungen zu werten. Das heisst: Die Krankenkassen werden bei stationärer Behandlung zeitlich unbeschränkt zahlungspflichtig – eine Neuerung, die besonders Chronisch-krankte finanziell entlastet. Heute ist diese Leistungsdauer bekanntlich auf 720 Tage innerhalb von 900 Tagen begrenzt.

Zu den Pflichtleistungen der Kassen gehören neu auch

- die spitalexterne Krankenpflege – weg von der noch teureren Spitalbehandlung!,
- weiter Vorsorge – (Präventiv-) Massnahmen, die man auch unter das Stichwort "Vorbeugen ist besser als heilen" stellen kann, sowie Massnahmen zur medizinischen Rehabilitation,

- ebenso bestimmte zahnmedizinische, insbesondere zahnchirurgische Behandlungen sowie unfallbedingte Zahnschäden. Ausgeschlossen bleiben jedoch "normale" Zahnschäden (Karies).

### **Kostendämmung**

Nebst der neuen Bestimmung, dass jeder Patient eine für ihn verständliche Rechnung erhalten muss, wird vor allem auch der Planungsartikel für Spitalbauten und teure medizinische Geräte eine reale Kostenersparnis bringen. Die Kantone können nun umfassend planen und diese Planung auch durchsetzen, denn die Krankenkassen müssen künftig nur noch die Leistungen jener Spitäler und medizintechnischen Praxen übernehmen, die der kantonalen Planung entsprechen. Die Kantone müssen auch Listen ihrer Spitäler aufstellen, wobei die Krankenkassen nur für die Behandlung in diesen Listenspitälern aufkommen müssen. Damit wird der "Wucherung" von sogenannten Luxuskliniken der Riegel geschoben.

Ganz bestimmt wird auch die vorgeschlagene Erhöhung der Kostenbeteiligung der Versicherten zur Kostendämmung beitragen. So wird der Selbstbehalt der Patienten von 10 auf 20 Prozent angehoben, mit budgetierbaren Höchstgrenzen pro Jahr für Familien und für Einzelpersonen. Alle Patienten müssen eine Jahresfranchise selbst übernehmen. Bei Erwachsenen pro Jahr 100 und bei Kindern pro Jahr 50 Franken. Die Jahresfranchise und der 20prozentige Selbstbehalt von den darüberliegenden Kosten dürfen den Patienten aber pro Jahr gesamthaft nicht mit mehr als 500 Franken belasten. Bei Kindern die Hälfte. Das Gesetz sieht ferner vor, dass höhere Jahresfranchisen gewählt werden können. Neu wird die Kostenbeteiligung der Versicherten auf die stationäre Behandlung ausgedehnt, wobei aber der Höchstbetrag pro Jahr relativ rasch erreicht ist.

Sie alle wissen so gut wie ich, dass heute viele mit ihrer Gesundheit "Raubbau" treiben - dies auf Kosten all' jener, die auf ihre Gesundheit Rücksicht nehmen. Deshalb ist es absolut in Ordnung, dass mit einer erhöhten Kostenbeteiligung versucht wird, die Selbstverantwortung jedes Einzelnen für seine Gesundheit zu fördern. Und schliesslich ist und bleibt die Gesundheit immer noch das "kostbarste Gut", das eine massvoll erhöhte Kostenbeteiligung durchaus rechtfertigt.

## **Finanzierung**

Die Finanzierung erfolgt wie bisher durch Individualprämien, neu durch eine erhöhte Kostenbeteiligung und – was für die Krankenkassen und ihre Versicherten von Bedeutung ist – durch eine leichte Verbesserung der Bundesbeiträge an die Krankenkassen für die Abgeltung der Sozialauflagen (z.B. Prämien­differenz Mann/Frau von nur 10 Prozent trotz Kostendifferenz von mehr als 50 Prozent, keine Kündigung bei erhöhten Risiken). Bisher hat der Bund den Krankenkassen jährlich rund 900 Mio Franken bezahlt. Mit Inkrafttreten des Gesetzes sollen die Bundessubventionen für das Jahr 1989 auf 1,062 Mio und für 1990 auf 1,120 Mio Franken erhöht werden. Dieser hohe Betrag deckt aber bloss etwa 13 Prozent der Pflegekosten von derzeit rund 7 Mia Franken. Später kann das Parlament die Beiträge alle drei Jahre neu festsetzen, wobei die Entwicklung der den Krankenkassen anfallenden Gesundheitskosten berücksichtigt werden muss. Zuerst war vorgesehen, die Höhe der Bundesbeiträge von der Finanzlage des Bundes abhängig zu machen. Diese Bindung ist dann aber fallengelassen worden, was von Krankenkassen und Versicherten sehr begrüsst wurde.

Nach den Schätzungen des Bundesamtes für Sozialversicherung wird der Leistungsaus­bau durch das neue Gesetz Mehrkosten von mindestens 5 Prozent – wahrschein­lich aber mehr – bewirken.

## **Verstärkte Solidarität**

Unsere freiheitliche, soziale Krankenversicherung beruht auf dem Prinzip der Solidarität. Diese Solidarität erfährt aufgrund des Sofortprogrammes insofern eine Verstärkung, als die Kantone verpflichtet werden, zusätzliche kantonale Beiträge für die Prämienverbilligung für wirtschaftlich schwächere Personen einzusetzen. Damit ist auch bei steigenden Prämien garantiert, dass die gesamte Bevölkerung krankenversichert bleibt. In Richtung vermehrte Solidarität unter den Versicherten zielt auch die Anhebung der Bundesbeiträge. Mehr Bundesbeiträge sorgen dafür, dass die Solidarität zwischen den Geschlechtern (Mann/Frau) und der Generationenvertrag (Alt/Jung) gesichert werden können.

## Zusammenfassung

Obwohl man vom Sofortprogramm mehr erwartet hätte, ist festzustellen, dass politisch nicht mehr drin lag. In diesem Programm gibt es immerhin positive Ansatzpunkte, die sich weiterentwickeln lassen.

Bei einer Annahme des Referendums würden sowohl das Mutterschaftstaggeld wie auch die dringend notwendige Revision des Krankenversicherungsgesetzes bachab geschickt. Sollen wir wieder von vorne anfangen müssen? Bis zur Verabschiedung des Sofortprogrammes hat es 23 Jahre seit der letzten Teilrevision gedauert. Ein nächster Kompromiss, der für die Versicherten möglicherweise schlechter ausfallen könnte, wäre kaum vor der Jahrtausendwende zu erwarten.

Der Stimmbürger wird in den nächsten Jahren zwar noch über zwei Krankenversicherungs-Initiativen abzustimmen haben: die Krankenkasseninitiative des Konkordates und die Initiative der Sozialdemokratischen Partei und der Gewerkschaften. Bei einem positiven Abstimmungsausgang dürften aber konkrete Resultate noch Jahre auf sich warten lassen. Denn die helvetischen Mühlen mahlen bekanntlich recht langsam. Darum lieber den Spatz in der Hand als keine Taube auf dem Dach!

Meine Damen und Herren, ich rufe Sie auf:

Sagen Sie am 6. Dezember Ja zum KMSG.

Das neue Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetz liegt auf der Linie unserer freiheitlichen, sozialen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung. Es bringt für unsere und die kommenden Generationen einen echten Fortschritt.