



Die Neuordnung der Krankenversicherung

(von Ständerat Dr. Paul Hofmann)

Das geltende Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) geht in seinen wesentlichen Zügen auf das Jahr 1911 zurück und basiert auf dem im Jahre 1890 geschaffenen Artikel 34 bis BV. In dieser langen Zeit hat sich ein tiefgreifender Wandel in den Grundlagen für die Regelung des Kranken- und Unfallversicherungswesens vollzogen, sodass heute die Notwendigkeit einer Neuordnung unbestritten ist.

Uebereinstimmung herrscht zur Hauptsache auch in den wesentlichen Zielen der Revision:

Die Leistungen sind zu verbessern, so durch Einbezug der Prophylaxe, von Zahnerkrankungen, durch Aufhebung der zeitlichen Beschränkungen bei Spitalaufenthalt,

zu verbessern ist der soziale Ausgleich und kinderreiche Familien sind zu entlasten,

es sind zusätzliche Mittel zu beschaffen und gezielter als bis anhin einzusetzen.

Die Revisionsarbeiten waren bereits im Gange, als im März 1970 die sozialdemokratische Partei der Schweiz ihre Initiative für "eine soziale Krankenversicherung" einreichte. Dies, sowie die schlechte Aufnahme des Berichtes der Expertenkommission, das sogenannte "Flimser-Modell", führte dazu, dass sich der Bundesrat entschloss, die Revisionsarbeiten am Gesetz ein- und der sozialdemokratischen Initiative einen Gegenvorschlag auf Verfassungsebene gegenüber zu stellen.

Am 8. Dezember wird das Schweizer Volk über die sozialdemokratische Initiative und den Gegenvorschlag der Bundesversammlung zu befinden haben. Es können eine davon angenommen oder beide abgelehnt werden - auf diese drei Möglichkeiten sollen sich die folgenden Ausführungen im wesentlichen beschränken.

1. Die Initiative der sozialdemokratischen Partei der Schweiz:

Ihr konnte der Bundesrat und die grosse Mehrheit des Parlamentes nicht zustimmen, zur Hauptsache aus folgenden Gründen:

- Das Vollobligatorium der Krankenpflegeversicherung ist, wie der Bundesrat in seiner Botschaft ausführt, sozialpolitisch weder notwendig noch zeitgemäss. Bereits sind heute rd. 95 % unserer Bevölkerung freiwillig versichert - 92 % bei den Krankenkassen und 3 % bei den privaten Krankenversicherungen -; die Versicherungsdichte nimmt zu, sodass es sich nicht rechtfertigt, wegen den restlichen wenigen Prozenten, von denen ein Teil eine Versicherung nicht benötigt, ein anderer Teil auch bei einem Obligatorium nicht erfassbar wäre, an Stelle der Freiheit den staatlichen Zwang treten zu lassen. In der Beibehaltung des heutigen freiwilligen Versicherungssystems gegenüber dem staatlichen Betrittszwang sehen die Initianten einen Hauptunterschied zum Gegenvorschlag. Noch bestehende Lücken, z. B. das Problem der nichtversicherten Alten und der mit Vorbehalt Versicherten, können ohne Obligatorium und damit ohne den damit verbundenen administrativen Aufwand und ohne Aufhebung der Selbstverantwortung auf dem Gesetzgebungswege von den bestehenden Versicherungsträgern gelöst werden.
- Die Initiative sieht den Einbezug sämtlicher Zahnbehandlungskosten vor, worin praktisch der einzige Unterschied zum Gegenvorschlag im Leistungsausbau liegt. Dieser erfasst wohl Kontrolluntersuchungen sowie zahnchirurgische und ähnliche Zahnerkrankungen, nicht aber die konservierende

Zahnbehandlung und die Prothetik, die, sofern gewollt, in einer freiwilligen Zusatzversicherung abzudecken wären. Der Einbezug sämtlicher Zahnbehandlungskosten würde zweifellos die Zahnpflege, die prophylaktischen Anstrengungen hemmen, die Allgemeinheit aber mit Zahnbehandlungskosten belasten, die oft durch Nachlässigkeit selbst verschuldet sind. Heute würde auch die praktische Durchführung der Zahnbehandlung in Frage gestellt. Man schätzt die neuversicherten Zahnbehandlungskosten auf jährlich ca. 300 Mio Franken, während der Einbezug aller Zahnbehandlungskosten ein mehrfaches davon ausmachen würde - mit den entsprechenden Folgen für die Finanzierung der Krankenversicherung.

- Grösste Bedenken bestehen gegen die von der Initiative vorgeschlagene Finanzierung der Krankenpflegeversicherung ausschliesslich über öffentliche Beiträge und Lohnprozente. Die Initiative stellt die gewünschten Leistungen in den Vordergrund und sucht die dafür notwendige Finanzierung auf einfachstem Wege zu lösen, ohne zu fragen, ob diese sozial und wirtschaftlich tragbar sei und wie sie sich auf die weitere Entwicklung der Kosten auswirke. Gemäss Initiative würden gleich von Anfang an für die Krankenpflegeversicherung 4,8 % des Erwerbseinkommens und für die Krankengeldversicherung weitere 1,4 % benötigt, bei Arbeitnehmern je zur Hälfte zu Lasten des Arbeitgebers. Einer solchen Finanzierung ist vorzuwerfen, dass sie die Solidarität übertreibt, die Selbstverantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit und für die Beanspruchung ärztlicher Leistungen untergräbt, die sogenannte surconsommation médicale fördert, die Arbeitgeber neu zusätzlich stark belastet, in keiner Weise Kosten bremsend wirkt, sondern viel mehr der weiteren Kostenexplosion im Gesundheitswesen Tür und Tor öffnet.
- Schliesslich geht auch die von der Initiative vorgeschlagene weitgehend obligatorische Krankengeldversicherung

zu weit; mit der Entwicklung der Sozialversicherung überschneidet sie sich mit den Vorschriften über den Lohnersatz bei Krankheit und Unfall immer mehr.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Vollobligatorium, extremer Leistungsausbau, Finanzierung ausschliesslich über öffentliche Beiträge und Lohnprozente im Sinne von "Vereinfachung", "Vereinheitlichung" u.s.w. die Tendenz in sich hätte, das heutige freiheitliche Versicherungssystem durch eine eidgenössische Staatskasse abzulösen und immer mehr in die freie Arztwahl und die Behandlung einzugreifen

2. Der Gegenvorschlag der Bundesversammlung:

Dieser lehnt sich an die Vorschläge der sogenannten Allianz an, eine "Arbeitsgemeinschaft der Aerzte, Zahnärzte und Krankenkassen im Dienste der Neuordnung der Krankenversicherung", bewahrt aber in verschiedenen Punkten seine eigene Meinung.

Angesichts der sachlichen und politischen Bedeutung der Aerzte und Krankenkassen bei der Lösung des gestellten Problems muss es als sehr positiv gewertet werden, dass sich die erwähnten Partner trotz der oft gegensätzlichen Interessenlage weitgehend verständigen und damit wesentlich zur Neugestaltung des Gegenvorschlages beitragen konnten. Bundesrat Tschudy muss einmal geäußert haben, in unserer Referendumsdemokratie sei eine Neuordnung der Krankenversicherung weder gegen den Willen der Krankenkassen noch gegen den Willen der Aerzte denkbar.

Was bringt nun der Gegenvorschlag?

a) Ueber den Leistungsausbau habe ich mich bereits geäußert. Diesbezüglich besteht nur mit der Initiative bei den Zahnbehandlungskosten die dargelegte Differenz. Der vorgeschlagene Ausbau der Leistungen ist sozial notwendig und wirtschaftlich tragbar. Er bedeutet gegenüber dem heutigen Zustand

einen wesentlichen Fortschritt.

- b) Mit dem Bundesrat sieht der Gegenvorschlag sodann das Obligatorium für Krankengeld- und Unfallversicherung für Arbeitnehmer vor. Er unterscheidet sich von der Initiative dadurch, dass er für die Krankengeldversicherung von der Fixierung von Mindestleistungen in der Bundesverfassung absieht.
- c) Die grössten und umstrittensten Probleme stellt die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung. Sie soll nach dem Gegenvorschlag erfolgen durch Beiträge der Versicherten, Subventionen des Bundes und der Kantone, sowie durch einen allgemeinen Beitrag über Lohnprozente nach AHV.

- Der Gegenvorschlag lehnt ein Beitrittsobligatorium ab. Dagegen konnte sich die grosse Mehrheit des Parlamentes der Notwendigkeit nicht verschliessen, für die künftige Finanzierung der Krankenpflegeversicherung im vorgesehenen Ausbau neue Mittel zu beschaffen und den sozialen Ausgleich zu verbessern. Nach Prüfung aller Möglichkeiten gelangte man zur Ueberzeugung, dass es ohne einen Beitrag der Wirtschaft in Form AHV-artiger, erwerbsprozentualer Beiträge nicht weiter gehe. Die gegenteilige Auffassung vereinzelter Kreise musste als nicht realistisch und politisch nicht tragbar erkannt werden.

Jedoch sollen diese Lohnprozente nicht unbegrenzt und nicht allzu leicht erhöht werden können, weshalb sie gemäss dem Ergebnis im Differenzbereinigungsverfahren in der Bundesverfassung auf 3 % limitiert werden. Ansonst wäre die Gefahr gross, dass man allzu leicht vor der Kostenexplosion kapituliert und den Ausweg über die Erhöhung der ertragreichen und leicht zu erhebenden Lohn-

prozente geht. Auch ist es unerlässlich, dass die Lohnprozente für die Erwerbstätigen in einem vernünftigen, für die Wirtschaft tragbaren Gesamtverhältnis gehalten werden. Zu den heutigen 9 % für die AHV, die sicher noch steigen werden, stehen für die sogenannte zweite Säule mindestens weitere 10 % in Aussicht, wozu nun noch die Beiträge für die Krankenversicherung kommen würden.

Die vorgeschlagenen maximal 3 % werden die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung auf längere Zeit sicherstellen, auch dann, wenn die Arzt- und Spitalkosten weiterhin stärker ansteigen werden als die beitragspflichtigen Löhne. Die 3 % würden 1976 schätzungsweise 2,7 Mia ergeben, wovon rd. 1,3 Mia neu auf die Arbeitgeber entfallen; bei voller Ausschöpfung wären im Jahre 1976 damit 45 - 50 % des gesamten Aufwandes der Krankenversicherung gedeckt - gegenüber heute Null-Lohnprozente. Es darf erwartet werden, dass die 3 % vorläufig nicht voll beansprucht würden.

Der Ertrag der Lohnprozente ist gemäss Gegenvorschlag zweckbestimmt zu verwenden für die gesamte Bevölkerung zur Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung, der Hauspflege, für Mutterschaftsleistung und präventivmedizinische Massnahmen. Damit ist in der Verfassung einer weiteren Verzettelung dieser Erträge vorgebeugt.

- Sodann soll die Krankenpflegeversicherung finanziert werden durch "Beiträge der Versicherten", wobei diesen "eine angemessene Beteiligung an den Krankheitskosten zu überbinden ist". Hierin liegt ein wesentlicher Unterschied zur Initiative, die überhaupt keine Individualprämien mehr kennt. Mit dem angemessenen Beitrag der Versicherten soll über die Selbstbeteiligung oder Franchise die Selbstverantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit gehoben, das Kostenbewusstsein gestärkt und der allzu leichten Be-

anspruchung ärztlicher Leistungen vorgebeugt, die Zahl der Bagatellfälle herabgesetzt werden. Bei einer Jahresfranchise z. B. von Fr. 100.-- würde sich die Zahl der versicherten Fälle um ungefähr die Hälfte und die Kosten um rd. ein Drittel reduzieren.

- Schliesslich soll die Krankenversicherung weiterhin finanziert werden durch Beiträge "des Bundes und der Kantone", wobei diese dafür zu sorgen haben, "dass sich die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen zu tragbaren Bedingungen versichern können". An Stelle des heutigen unsozialen "Giesskannensystems", der Verteilung der Subventionen auf alle Versicherten pro Kopf, sollen neu die Subventionen von Bund und Kanton gezielt zur Verbilligung der Prämien der wirtschaftlich schwächeren Kreise, der Familien, für Kinder u.s.w. verwendet werden. Der Gesetzgeber wird die nähere Regelung zu treffen haben, z. B. so, dass die Prämien bis zu einem bestimmten Einkommen und für Familien mit Kindern verbilligt werden. Solange die gesetzliche Regelung nicht getroffen ist, sind alle Berechnungen über die Prämien nach alter und neuer Ordnung und sowie nach der Initiative nichts anderes als Mutmassungen. Immerhin darf angenommen werden, dass die künftigen Prämien für die wirtschaftlich schwächeren Kreise und die Familien mit Kindern kleiner als bis anhin sein werden - trotz grösseren Leistungen der Kassen.
- Nicht gefolgt ist das Parlament dem Vorschlag der Allianz und andern Modellen auf Erhebung von Sondersteuern "auf gesundheitsgefährdende Produkte", an dem heute gewisse Kreise hartnäckig festhalten. Die Ablehnung erfolgte keineswegs aus einer grundsätzlichen Verneinung einer stärkeren Belastung insbesondere vom Tabak und Alkohol, sondern vorab aus polititschen Ueberlegungen. Jede KUVG-Revision wäre mit einer Klausel auf Erhebung von Sondersteuern zusätzlich belastet, weshalb wohl deshalb auch die Initiative keine solche Bestimmung enthält. Dazu kommt,

dass die Belastung von Tabak und gebrannten Wassern bereits ganz für die AHV reserviert ist und hier weiterhin dringend benötigt wird. Es wäre auch eine völlige Illusion, Tabak und Alkohol zusätzlich so belasten zu können, dass damit auf die Lohnprozente verzichtet werden könnte.

- Ueber den Weg, auf welchem die so beschafften Mittel ihrer Zweckbestimmung zugeführt werden sollen, enthält die Verfassung keine Vorschrift. Das wird der Gesetzgeber zu regeln haben. Sicherlich soll die Abwicklung über das vorhandene, bewährte, freiheitliche Kassensystem erfolgen. Dagegen wäre dieses u. E. auf weitere Sicht gefährdet bei Einführung eines Vollobligatoriums mit einseitiger öffentlicher und lohnprozentualer Finanzierung. Die Kassen würden weitgehend zu Verteilstellen "fremder Gelder", wofür sich mit der Zeit leicht eine "einfachere und billigere" Lösung denken liesse.

Damit präsentiert sich die Finanzierung etwa so, dass bisher rd. 20 % über Subventionen von Bund und Kantonen und 80 % über Individualprämien beschafft wurden, nach dem Gegenvorschlag weiterhin rd. 20 % über Subventionen, ca. 40 % über Prämien und neu etwa gleich viel über Lohnprozente.

Zusammenfassend lässt sich der Gegenvorschlag wie folgt charakterisieren: Leistungsausbau, Betonung der Selbstverantwortung des Einzelnen, angemessene Solidarität, Kampf auf verschiedenen Ebenen gegen eine weitere ungebremste Kostenexplosion, gesunde Finanzierung und gezielter Einsatz der Mittel, Erhaltung des freiheitlichen Arztrechtes mit Tarifschutz und des bestehenden freiheitlichen Kassensystems.

Es bleibt, angesichts dieser wesentlichen Verbesserungen, unverstänlich, dass sich die Initianten nicht zu einem Rückzug der

Initiative bereit finden konnten. Dient eine Politik des "Alles oder Nichts" den Kranken, den Armen, einer gesunden Weiterentwicklung unseres Krankenversicherungswesens?

3. Die Variante "zweimal Nein":

Sie wird vertreten durch Leute und Organisationen, welche die Initiative zwar ablehnen, die aber auch am Gegenvorschlag kein Gefallen finden:

Einerseits Leute, die Lohnprozente grundsätzlich ablehnen, an deren Stelle nichts Neues oder aber Sondersteuern auf Alkohol und Tabak sehen möchten; ferner wohl auch Leute, die den heutigen Zustand befriedigend finden, einen Leistungsausbau und einen zusätzlichen sozialen Ausgleich u.s.w. nicht als notwendig betrachten; Schöpfer und Anhänger früherer "Modelle", die hoffen, mit diesen nach einer doppelten Verwerfung besser anzukommen;

andererseits Leute, die finden, die Begrenzung der Lohnprozente im Gegenvorschlag sei zu eng oder hätte anders getroffen werden müssen, Leute aber auch, die hoffen, nach einem zweimal Nein wäre der Weg für eine extremere Lösung als die Initiative offen.

Wahrhaftig eine gemischte Gesellschaft! Da kann man sich als Verfechter des Gegenvorschlages in der Mitte recht komfortabel fühlen, mit einem guten eidgenössischen Kompromiss, mit erheblichen Fortschritten gegenüber dem bisherigen Zustand, ohne extreme Lösungen.

"Zweimal Nein" bedeutet etwas rein Negatives. Es bliebe vorläufig alles beim Alten, man müsste von vorne beginnen, sei es mit einem neuen Verfassungsvorschlag oder durch Gesetzesrevision, ohne jede Richtlinie, ein Scherhenhaufen, dessen

Hintergründe sich jeder nach seinen Wünschen deuten könnte. Der weitergehenden Kostenexplosion im Gesundheitswesen müsste inzwischen wohl Rechnung getragen werden durch massive Erhöhung der bereits heute z. B. für Familien untragbaren Prämien, sowie durch erheblich grössere Subventionen von Bund und Kantonen über Steuererhöhungen u.s.w. Inwieweit welche Zeit auch nur teilweise Verbesserungen erreichbar wären, stünde völlig offen, sind doch Lösungen auf diesem komplexen Gebiet nur über eine breite Unterstützung erzielbar - wie sie heute hinter dem Gegenvorschlag in seltener Weise gegeben ist.

Gegenüber einem zweimal Nein präsentiert sich der Gegenvorschlag als ein echtes eidgenössisches Solidaritätswerk, an dessen Realisierung nach seiner Annahme durch das Volk sofort durch den Gesetzgeber geschritten werden kann.