

AKTIONSKOMITEE FUER DEN AUSBAU UNSERER FREIHEITLICHEN
KRANKENVERSICHERUNG

REFERENTENFUHRER

Alle noch fehlenden Abschnitte werden etappenweise nachgeschickt, um eine möglichst grosse Aktualität zu gewährleisten.

1. HINWEISE ZUM GEBRAUCH DIESES REFERENTENFUEHRERS

An die Empfänger
dieses Referentenführers

Aufgabe dieses Referentenführers

Informations- und Dokumentationsmaterial für die Mitglieder und Mitarbeiter des Aktionskomitees für den Ausbau unserer freiheitlichen Krankenversicherung.

- Einführung, Inhaltsverzeichnis
- Referatsvorschläge
- Dokumentationsmaterial zum Nachschlagen
- Bestellkarten für Hilfsmittel
- Stichwortverzeichnis

Wie findet man die gewünschte Information

Zwei Möglichkeiten stehen offen:

- Inhaltsverzeichnis - entsprechende Abschnitte - Marginalien

oder

- Stichwortverzeichnis - Seitenzahlen in der aufgeführten Reihenfolge - Marginalien

Für besondere Fälle: Rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns:

Aktionskomitee für den Ausbau
unserer freiheitlichen Krankenversicherung

Postfach 1691
3001 Bern
Tel. 031 22 87 88

oder

Postfach 291
5401 Baden
Tel. 056 22 77 84
Telex 55 504

Dokumentation

Inhalt
Referatsvorschläge
Dokumentation
Hilfsmittel

Wie findet man die
gewünschte Infor-
mation?
via Inhaltsver-
zeichnis

via Stichwortver-
zeichnis

Unsere Adresse
für Auskünfte,
Bestellungen

Ergänzungen

Alle Empfänger dieses Referentenführers erhalten regelmässig Ergänzungen (Antworten auf gegnerische Aktionen, weiteres Dokumentationsmaterial usw.). Sollten Sie diese Sendungen nicht erhalten, melden Sie sich bitte beim Sekretariat.

Zwei Bitten

- Melden Sie uns bitte sofort alle neuen gegnerischen Argumente und ihre Aktionen (wenn möglich jeweils mit Unterlagen: Flugblätter, Inserate, Artikel usw.).
- Bestellen Sie die notwendigen Hilfsmittel rechtzeitig. Wir möchten Sie gerne gut und prompt bedienen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und viel Erfolg in Ihrer Referententätigkeit und publizistischen Arbeit.

AKTIONSKOMITEE FUER DEN
AUSBAU UNSERER FREIHEIT-
LICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Sekretariat

Ergänzungen

Meldungen über
gegnerische
Aktionen

Bestellung von
Hilfsmitteln

2. INHALTSVERZEICHNIS

1. Hinweise zum Gebrauch dieses Referentenführers
2. Inhaltsverzeichnis
3. Kurze Uebersicht / Zusammenfassung der Abstimmungsvorlage
4. Kurzreferat
Vorlagen: 1.- Der Gegenentwurf bringt einen echten Leistungsausbau
2.- Der Gegenentwurf bringt - im Unterschied zum Volksbegehren - eine solide Finanzierung
3.- Der Gegenentwurf verankert die bewährte Struktur unserer Krankenversicherung in der Verfassung, die auf der freien Wahl von Arzt und Kasse und dem Tarifschutz für die Versicherten besteht
5. Allg. Referat I
 - I. Abstimmungsthema - Vorgeschichte
 - II. Grundsätzliche Ueberlegungen
 - III. Gegenüberstellung SPI - Gegenvorschlag
6. Allg. Referat II
7. Allg. Referat III
8. Referatsergänzungen I
9. Referatsergänzungen II
10. Begriffe
11. Die Entwicklung der Kranken- und Unfallversicherung
 - 11.1. Krankenversicherung
 - 11.2. Unfallversicherung
 - 11.3. Erste KUVG-Revision 1964
12. Die geltenden Verfassungs- und Gesetzesbestimmungen
 - 12.1. Die geltenden Verfassungsbestimmungen
 - 12.2. Die geltenden Gesetzesbestimmungen
13. Das Flimser und weitere Modelle
 - 13.1. Revisionsbegehren auf breiter Front / Einsetzung einer Expertenkommission
 - 13.2. Der Bericht der Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung ("Flimser Modell")
 - 13.3. Eine Flut von Gegenmodellen

-
14. Die SPS-Krankenversicherungs-Initiative
 - 14.1. Allgemeine Uebersicht
 - 14.2. Text der SPS-Krankenversicherungs-Initiative
 - 14.3. Erläuterung und Beurteilung der SPS-Initiative
 15. Der Vorschlag der Bundesversammlung
 - 15.1. Allgemeine Uebersicht
 - 15.2. Der Text des Vorschlages der Bundesversammlung
 16. Vergleich SP-Initiative - Vorschlag der Bundesversammlung
 1. Aufbau/Struktur
 2. Leistungen
 3. Finanzierung
 4. Krankengeldversicherung
 5. Unfallversicherung
 6. Verschiedene Bestimmungen
 17. Die Kosten der beiden Vorschläge
 18. Gesamtaufwand für die Sozialversicherung
 - 18.1. Schätzungen des Bundesamtes für Sozialversicherung
 19. Argumente, Fragen, Antworten
 - 19.1. Die SP Initiative kommt das Volk teurer zu stehen als der Gegenvorschlag
 - 19.2. Der Gegenvorschlag ist sozialer als die Initiative
 - 19.3. Die Art der Lohnprozente: Unklar bei der Initiative, klar beim Gegenvorschlag
 - 19.4. Keine nennenswerten Unterschiede beim Ausbau der Leistungen
 - 19.5. Nicht der Gegenvorschlag, sondern die Initiative belastet den Einzelnen mehr
 - 19.6. Keine Solidarität für Bagatellfälle
 - 19.7. Auch SP-Exponenten warnen vor einer anonymen Krankenversicherung
 20. Referentenführer der SP-Initianten / Kommentar dazu
 21. Tabellen, Statistiken
 22. Die Argumente des Aktionskomitees 2 x Nein
 23. Ausländische Beispiele
 24. SP-Flugblätter, -Inserate usw. / Kommentar dazu
 25. Flugblätter, Inserate usw. des Aktionskomitees 2 x Nein
 26. Informationsarbeit des Aktionskomitees für den Ausbau unserer freiheitlichen Krankenversicherung
 27. Bestellzettel für Hilfsmittel
 28. Aktionskomitee für den Ausbau unserer freiheitlichen Krankenversicherung (Mitgliederliste)

-
29. Adressen der im Aktionskomitee vertretenen Organisationen und ihrer Informationsstellen
 30. Stichwortverzeichnis

3. KURZE UEBERSICHT ZUSAMMENFASSUNG DER ABSTIMMUNGSVORLAGE

Die heutige soziale Krankenversicherung ist eine bundesrechtlich freiwillige, durch Subventionen geförderte Individualversicherung mit Pflege- und Geldleistungen. Darüber hinaus kann man sich auch bei konzessionierten Versicherungs-Gesellschaften gegen Krankheit und Unfall versichern lassen. Die obligatorische Unfallversicherung (SUVA) schützt einen Teil der Arbeitnehmerschaft gegen die Folgen von Betriebs- und Nichtbetriebsunfällen.

Die Kranken- und Unfallversicherung ist der älteste Zweig der bundesrechtlich geordneten Sozialversicherung. Der Verfassungsartikel (Art. 34bis) stammt aus dem Jahre 1890 und gibt dem Bund eine umfassende Kompetenz, die Kranken- und Unfallversicherung einzurichten und sie allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch zu erklären. Das darauf fussende Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) hat bisher in seinem Grundkonzept keine Aenderung erfahren. 1964 - also erst fünfzig Jahre nach der Schaffung des KUVG - wurde eine Revision fällig, die zahlreiche Leistungsverbesserungen brachte.

Die aussergewöhnliche Steigerung der Krankenpflegekosten und die Entwicklung der übrigen Zweige der Sozialversicherung, insbesondere der AHV seit 1948, gaben in den letzten Jahren Anlass zu verschiedenen parlamentarischen Vorstössen, Eingaben von politischen Parteien und Verbänden, in denen grundlegende Aenderungen der Kranken- und Unfallversicherung verlangt wurden.

Schliesslich reichte am 31. März 1970 die sozialdemokratische Partei der Schweiz das Volksbegehren "für eine soziale Krankenversicherung" ein, mit dem Ziel, die verfassungsmässige Grundlage für eine obligatorische und lohnprozentual finanzierte allgemeine Krankenpflege- und Krankengeldversicherung sowie für eine alle Arbeitnehmer umfassende Unfallversicherung zu schaffen.

Heutige verfassungsrechtliche und gesetzliche Regelung

Erstes KUVG 1911
Erste Revision 1964

Revisionsbegehren

SP-Initiative

Das Eidgenössische Departement des Innern hatte schon im Jahre 1967 eine Expertenkommission für die Revision der Unfallversicherung und im Jahre 1969 eine Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung bestellt. Diese verlangt in ihrem Bericht über die Neuordnung der Krankenversicherung eine obligatorische Spitalversicherung, eine bundesrechtlich freiwillige Versicherung der allgemeinen Krankenpflege und eine obligatorische Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer. Der Bericht der Expertenkommission über die Unfallversicherung liegt seit kurzem vor. Seine wichtigste Forderung ist die Ausweitung des Unfallversicherungspflichtbereichs auf alle Arbeitnehmer.

Im Vernehmlassungsverfahren fand der Bericht über die Krankenversicherung eine derart geteilte Aufnahme, dass der Bundesrat dem Parlament vorschlug, dem Stimmbürger einen Gegenentwurf auf Verfassungsebene zu unterbreiten. Das Parlament folgte diesem Antrag, obschon theoretisch - zeitlich aber nicht mehr - auch ein Gegenentwurf auf Gesetzesebene möglich gewesen wäre. Damit hat das Volk die Möglichkeit, am 8. Dezember 1974 einen Grundsatzentscheid zu fällen: Praktische Verstaatlichung unserer Kranken- und Unfallversicherung, was bei einer Annahme der SP-Initiative auf die Dauer unvermeidlich wäre

oder

Ausbau des bisherigen bewährten Systems unserer freiheitlichen Kranken- und Unfallversicherung. Das ist das Ziel des Gegenvorschlages der Bundesversammlung.

Expertenkommission des Bundes

Expertenbericht

Grundsatzentscheid am 8. Dezember 1974 durch das Volk

KURZREFERAT

Am 8. Dezember haben wir über die Neuordnung der Krankenversicherung abzustimmen. Zwei Verfassungstexte liegen vor:

- das 'Volksbegehren für eine "soziale" Krankenversicherung' der sozialdemokratischen Partei und des Gewerkschaftsbundes und
- der Gegenentwurf der Bundesversammlung zu diesem Volksbegehren.

Detailfragen werden mit dieser Volksabstimmung nicht entschieden: sie sind Gegenstand der nachmaligen Gesetzgebung. Zum Entscheid stehen am 8. Dezember einzig und allein Grundsatzfragen. Der Gesetzgeber wird nachher die Neuordnung der Krankenversicherung an die Hand nehmen und die Einzelheiten der Versicherung bestimmen.

Käme der Grundsatzentscheid - wegen einer Verwerfung beider Vorlagen - am 8. Dezember nicht zustande, würde dies zwangsläufig dazu führen, dass die ganze, nun schon bald zehn Jahre dauernde Auseinandersetzung um die Neuordnung unserer Krankenversicherung wieder von vorne beginnen würde. Sie wäre damit auf viele Jahre hinaus blockiert. Der von allen als Notwendigkeit erkannte Leistungsausbau müsste unterbleiben. Die Kostenexplosion ginge unkontrolliert weiter. Die Folgen wären massive Prämien erhöhungen sowie zusätzliche Steuerabgaben, wie sie die Befürworter einer Verwerfung beider Vorlagen offen propagieren. Niemand könnte diese Konsequenzen mit gutem Gewissen verantworten.

Es gilt, am 8. Dezember eine klare Entscheidung zu treffen. Sie muss jetzt gefällt werden:

Soll die Neuordnung der Krankenversicherung nach den Grundsätzen des Gegenentwurfes der Bundesversammlung oder nach jenen der sozialdemokratisch-gewerkschaftlichen Initiative erfolgen?

Als Grundlage zur Beantwortung dieser Frage diene ein sachlicher Vergleich der beiden

Am 8. Dezember:
Grundsatzentscheid

Vorlagen:

1.- Der Gegenentwurf bringt einen echten Leistungsausbau

Zwar sieht auch das Volksbegehren wie der Gegenentwurf ausgebauten Leistungen bei ambulanter Behandlung und bei Spitalpflege sowie bei Mutterschaft vor. Dabei ist zu beachten, dass beide Vorlagen im Sektor Spitalpflege einzig und allein die Kosten in der allgemeinen Abteilung übernehmen.

Auch was die grundsätzliche Einbeziehung zahnärztlicher Behandlung in die Krankenversicherung betrifft, gibt es keinen Unterschied zwischen den beiden Vorlagen. Der Gegenentwurf schafft die Grundlage für den Einbezug der Zahnheilkunde in die Krankenversicherung. Im Unterschied zum Volksbegehren strebt der Gegenentwurf jedoch eine differenziertere, zweckmässigere und gesundheitspolitisch besser verantwortbare Lösung an:

- Das Volksbegehren sieht für die Zahnheilkunde wie für die allgemeine Krankenpflegeversicherung ein allgemeines Obligatorium mit staatlicher Zwangsversicherung vor.
- Im Gegenentwurf wird festgelegt, dass die Behandlung bestimmter Zahnerkrankungen von der allgemeinen Krankenversicherung als gesetzliche Pflichtleistung zu decken ist. Was über diesen zahnheilkundlichen Basisbereich hinausgeht, wird Gegenstand einer freiwilligen Zusatzversicherung sein. Auf diese Weise wird vermieden, dass, wie im Fall des Volksbegehrens, die Behandlung nicht nur der Zahnerkrankungen, sondern auch die Folgen der Zahnvernachlässigung von der Krankenkasse - also auch von all denen, die Sorge zu ihren Zähnen tragen - übernommen werden muss.
- Im übrigen dürfte der von den Initianten in ihrer Kosten- und Prämienberechnung vorgesehene Betrag den Aufwand nie decken. Er ist um rund eine halbe Milliarde Franken pro Jahr zu gering.

Ausbau der Leistungen

Zahnpflegeversicherung

- Der Gegenentwurf hingegen schützt jene, die Sorge tragen zu ihrer Gesundheit und ihren Zähnen. Er bewahrt sie vor der un gerechtfertigten Belastung durch Kosten, die von Sorglosen verursacht werden und daher von diesen auch finanziell selber zu ver antworten sind.

Der entscheidendste Unterschied der beiden Vorlagen beim Leistungsausbau ist jedoch

der Vorstoss des Gegenentwurfes auf das Gebiet der Prophylaxe, auf Grund der Einsicht, dass Vorbeugen nicht nur besser, sondern auch billiger ist als Heilen.

Das Volksbegehren enthält, demgegenüber, keine einzige Bestimmung, dass präventivmedizinische Massnahmen als Pflichtleistung der Krankenkassen zu gelten hätten. Es postuliert einzig am Schluss der Initiative den frommen Wunsch: Bund und Versicherungsträger sollen solche Massnahmen 'fördern'.

2.- Der Gegenentwurf bringt - im Unterschied zum Volksbegehren - eine solide Finanzierung

Beim Volksbegehren ist geplant, 20 % aller Ausgaben der Krankenversicherung durch öffentliche Subventionen, 5 % des Gesamtaufwandes durch 'individuelle Beteiligung' der Versicherten und volle 75 % der Gesamtkosten (von schätzungsweise 6 Milliarden Franken für 1976) durch individuelle Beiträge zu decken, die in Prozenten des Erwerbseinkommens erhoben würden. Dazu seien, so behaupten die Initianten, 'etwa 5 Lohnprozente' nötig.

Im Volksbegehren ist jedoch keine Rede davon, dass diese 'Lohnprozente' nach den Regeln der AHV/IV zu erheben sind. Es wird daher u.U. zu einer 'Plafonnierung' der Beiträge kommen, wie dies in allen Ländern rundherum der Fall ist, und von massgeblichen unserer Parlamentarier zumindest nicht ausgeschlossen wird. Es könnten dann z.B. erwerbsprozentuale Beiträge etwa bis auf Fr. 30'000.-- erhoben werden; das Resteinkommen jener, die mehr verdienen, bliebe von solchen Beiträgen verschont. Das würde bedeuten, dass die von den Initianten errechneten fünf Lohnprozente bei weitem nicht ausreichen. Nötig wären dann

Leistungsausbau
Prophylaxe

Finanzierung

Initiative will
Lohnprozente
ohne Grenzen

wohl sieben oder acht Lohnprozente, um die Wunder des Volksbegehrens zu erreichen.

Im Unterschied dazu setzt der Gegenentwurf eindeutige Schranken gegen jegliches Ueberwiegen anonymer Beiträge: er belässt die offen direkte Beitragsleistung als sensiblen Kostenfühler, damit die Kostenexplosion im Interesse aller unter Kontrolle gebracht werden kann. Er bestimmt bei den erwerbsprozentualen Beiträgen Zahlen als oberste Grenze: höchstens je 1 1/2 % für Arbeitgeber und Arbeitnehmer pro Jahr. Man weiss also, woran man ist: die lohnprozentuale Zusatzfinanzierung kann nicht - wie beim Volksbegehren - uferlos werden.

Dank dieser ausgewogenen Finanzierung kann die Kostenexplosion gedämpft werden und sind die nötigen Finanzmittel für den zeitgemäßen Leistungsausbau trotzdem gesichert.

3.- Der Gegenentwurf verankert die bewährte Struktur unserer Krankenversicherung in der Verfassung, die auf der freien Wahl von Arzt und Kasse und dem Tarifschutz für die Versicherten besteht

Das Volksbegehren fordert eine zentralistische, anonym verwaltete Zwangsversicherung, bei der wohl alle zahlen müssen, aber kein Versicherter mehr Einfluss auf die Kostenentwicklung nehmen könnte.

Alle ausländischen Krankenversicherungssysteme, die dem Volksbegehren als Vorbild dienen, bescheren den Versicherten reglementarische Bestimmungen in grosser Zahl, Eingriffe in die freie Wahl des Arztes, seiner Behandlungsmethode und der Kasse. Sie bringen überdies zu mehr Kosten zugleich noch leere Kassen, so dass in diesen Ländern das Pflegepersonal und sogar die Aerzte mit Demonstrationen gegen die bedenklichen Folgen dieser Systeme protestieren.

Im Unterschied zum Volksbegehren hält sich der Gegenentwurf auch hier an den Grundsatz: Vorbeugen ist besser und billiger als Heilen, vor allem wenn man bedenkt, dass eine 'Sanierung' bei derartigem System kaum mehr möglich ist.

Gegenentwurf bietet differenzierte, solide Finanzierung

Erhaltung der bewährten Struktur der Krankenversicherung

Das Volksbegehren operiert an der schweizerischen Wirklichkeit vorbei. Derzeit sind in unserem Lande 92 % der Bevölkerung in Krankenkassen und 3 % privat versichert. Nach der Revision des Kranken- und Unfall-Versicherungs-Gesetzes werden voraussichtlich weitere 3 % unseres Volkes hinzukommen: bisher unversicherte Betagte, denen die Altersgrenze den Beitritt zu einer Kasse erschwerte. Von den dann verbleibenden 2 Prozent ist der eine materiell so gut gestellt, dass er die Sozialversicherung gar nicht braucht und der andere würde auch einer obligatorischen Versicherung nur Umtriebe bringen. Unsere Sozialversicherung ist ein zu bedeutsames soziales Solidaritätswerk, als dass ausgerechnet nach diesem unsozialen, solidaritätsfeindlichen Zeitgenossen Geist und die Normen der Gesetzgebung ausgerichtet werden müssten. Das vom Volksbegehren als Hauptziel visierte Obligatorium - die staatliche Zwangsversicherung für alle - ist eine unnötige Züchtigung unseres Volkes, das nach Abschluss der Revision auf freiwilliger Basis zu 98 % versichert sein wird und damit einen unerhörten Beweis für den Willen zur Selbstverantwortung ablegt.

Ein Bundes-Vollobligatorium bei der Krankenversicherung würde die Kostenexplosion anheizen: Bei der AHV z.B. legt das Parlament die Leistungen (Ausgaben) und die notwendigen lohnprozentualen Beiträge fest. Bei der Krankenversicherung richten sich aber die Ausgaben nicht nach Parlamentsbeschlüssen, sondern danach, wie die Leute krank sind, also danach, ob sie beispielsweise wegen jedem Bobo zum Arzt rennen: gemäss dem Volksbegehren wäre einfach durch Erhöhung der Lohnprozente für das benötigte Geld zu sorgen, um alles zu zahlen, auch den Missbrauch der Krankenversicherungs-Solidarität durch die Sorglosen und durch leichtfertige Konsultationen.

Demgegenüber entlässt der Gegenentwurf den Bürger nicht aus seiner Verantwortung. Nur so wird es möglich werden, die Kostenexplosion unter Kontrolle zu bringen. Die limitierten Lohnprozente zwingen zur Selbstbesinnung.

Obligatorium
nicht nötig

Zudem ist der Gegenentwurf auch kurzfristig für die grosse Mehrheit unseres Volkes finanziell vorteilhafter als das Volksbegehren.

Auf Grund gleicher Schätzungen und Zahlen, wie sie die Initianten für ihre 'Kostenvergleiche' verwendet haben, ist auch ein Modell erarbeitet worden, das zeigt, dass bis zu einem steuerbaren Einkommen von Fr. 25'000.-- (d.h. rund 2/3 unseres Volkes) beim Gegenentwurf fühlbarere Entlastungen möglich sind als beim Volksbegehren. Entscheidungen über die finanziellen Details können erst bei der Gesetzgebung gefällt werden. So weit Statistiken und Zahlen Aussagekraft haben, braucht der Gegenentwurf den Vergleich mit dem Volksbegehren nicht zu scheuen.

Es steht fest:

- Der Gegenentwurf ist dem Volksbegehren in jeder Hinsicht vorzuziehen.
- Er ist sozialer und vorteilhafter als die Initiative und hält, was er verspricht.
- Er bringt im Unterschied zum Volksbegehren einen echten Leistungsausbau in Richtung Prophylaxe.
- Er bringt eine solide, ausgewogene Finanzierung ohne Lohnprozente ohne Grenzen
- Er sorgt für eine rationelle und kostensparende Führung der Versicherung
- Und er sichert verfassungsmässig die freie Wahl von Arzt und Kasse

Am 8. Dezember gibt es daher nur

ein Nein für das verschwommene Volksbegehren nach einer staatlichen Zwangsversicherung

und

ein überzeugtes Ja für den ausgewogenen Gegenentwurf der Bundesversammlung

Auch kurzfristig niedrigere Kosten als bei der Initiative

Disposition

- I. Abstimmungsthema - Vorgeschichte
- II. Grundsätzliche Ueberlegungen
- III. Gegenüberstellung SPI - Gegenvorschlag

I. Abstimmungsthema - Vorgeschichte

Am 8.12. stimmen wir über die Neufassung des Art. 34bis der Bundesverfassung ab. Ziel ist die zeitgemässe Ausgestaltung der Kranken- und Unfallversicherung. Der heutige Text gibt dem Bund folgende Kompetenzen:

- Einrichtung der Kranken- und Unfallversicherung unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen, ohne nähere Bestimmungen
- Möglichkeiten, die Versicherung obligatorisch zu erklären, wobei der Bund diese Kompetenz an die Kantone und einige von diesen wiederum an die Gemeinden delegiert haben.

Zusätzlich enthält auch der Familienschutz-Artikel der Bundesverfassung, Art. 34quinquies, im Absatz 4 einen Versicherungsauftrag, nämlich die Verpflichtung zur Einrichtung einer Mutterschaftsversicherung. Auch diese kann ebenfalls obligatorisch erklärt werden.

Gestützt auf die erste der beiden Verfassungsbestimmungen wurde im Jahre 1911 das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) erlassen, und damit wurden die beiden Versicherungen in folgender Form verwirklicht:

1. Für die Krankenversicherung wurde ein freiheitliches, dezentralisiertes System gewählt. Von Bundes wegen besteht kein Obligatorium, und der Versicherte ist in der Wahl des Versicherungsträgers frei. Der Bund gewährt den Krankenkassen Sub-

Neufassung des
Art. 34bis
Ziel
Heutiger Text

1911 KUVG

Krankenversicherung

ventionen, wodurch die Beiträge der Mitglieder entsprechend ermässigt werden, wenn sie die im Gesetz enthaltenen Minimalbedingungen erfüllen. Diese betreffen die Mitgliedschaft - jedermann muss aufgenommen werden -, die Mindestleistungen, die Finanzierung und das Verhältnis zu den Aerzten und andern Medizinalpersonen.

2. Die Unfallversicherung wurde für einen Teil der Arbeitnehmer obligatorisch erklärt und für diese die SUVA geschaffen. Bei der SUVA sind ca. 2/3 aller Arbeitnehmer versichert. Sie deckt Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle und wird durch löhnprozentuale Prämien finanziert, wobei der Arbeitgeber die Betriebsunfallprämie trägt. Unterstellt sind alle diejenigen Berufe, deren Ausübung eine erhöhte Unfallgefahr bringt.

Unfallversicherung

Eine spezielle Mutterschaftsversicherung wurde nicht geschaffen, aber in der Krankenversicherung ist Mutterschaft einer Krankheit gleichgestellt.

Mutterschaftsversicherung

Diese Ordnung hat sich grundsätzlich bewährt. Einzelne Mängel wurden in einer grösseren Revision im Jahre 1964 behoben. Vor allem wurden die Subventionen der öffentlichen Hand stark erhöht.

Diese Ordnung hat sich bewährt
Revision 1964

In den sechziger Jahren begannen die Kosten der Krankheitsbehandlung, insbesondere die Spitalkosten, rasant zu steigen, und zwar erheblich stärker als die Konsumentenpreise und die Löhne.

Die Kostensteigerung gab zahlreichen Revisionsbegehren Auftrieb. Dank der guten Wirtschaftslage konnte auch auf alte Forderungen zurückgegriffen werden. Im wesentlichen wurde zur Diskussion gestellt:

Revisionsbegehren

Forderungen

- Ausdehnung der Unfallversicherung auf alle Arbeitnehmer oder sogar die ganze Bevölkerung
- Obligatorische Krankengeldversicherung für alle Arbeitnehmer
- Allgemeines Obligatorium für die Krankenpflegeversicherung mit Ausbau der Leistungen durch Einbezug von Vorsorgemassnahmen, der Zahnbehandlung und Aufhebung der zeitlichen Begrenzung bei Spitalaufenthalt

- Aenderung der Finanzierung der Krankenpflegeversicherung durch Einführung einer Lohn- oder Genussmittelsteuer.

Die sozialdemokratische Partei griff zum Mittel der Verfassungsinitiative, um ihre Vorstellungen über die Neuregelung der Kranken- und Unfallversicherung direkt in der Verfassung zu verankern. Der Bundesrat, unterstützt von den bürgerlichen Parteien, stellte dazu einen Gegenvorschlag auf, der nach langwierigen Verhandlungen von der Bundesversammlung verabschiedet wurde. Nun hat das Volk am 8. Dezember zu entscheiden, welche Konzeption in der Verfassung verankert werden soll. Wir haben die Wahl zwischen zwei grundsätzlich verschiedenen Systemen der Krankenversicherung.

Zentrales Thema der Auseinandersetzung ist die Krankenpflegeversicherung, d.h. die Versicherung der Kosten der Krankheitsbehandlung einschliesslich Spitalkosten. Hier vor allem unterscheiden sich die beiden Vorlagen grundsätzlich voneinander.

Die übrigen Revisionspostulate bezüglich Unfallversicherung und Krankentaggeldversicherung sind nicht bestritten, lediglich hinsichtlich der Höhe der Leistungen, und darum in den beiden Vorschlägen enthalten. Besonders die Krankentaggeldversicherung entspricht einem Bedürfnis nach Schutz der Arbeitnehmer im Krankheitsfall durch Schliessung der Lücke zwischen der Lohnzahlung des Arbeitgebers und dem Einsatz der Invalidenversicherung (nach 360 Tagen). Voraussetzung ist allerdings, dass bei der Höhe der Leistungen Mass gehalten wird, damit nicht das Kranksein auf Kosten der Gesunden prämiert wird. Diese Gefahr besteht vor allem, wenn, wie es die SPI verlangt, die ganze Bevölkerung obligatorisch für ein Krankengeld versichert wird, d.h. auch die Hausfrauen und Kinder. Bei diesen besteht kein Bedürfnis, weil sie als Nichterwerbstätige keinen Verdienstausschlag haben. Die Gefahr eines Missbrauches wäre zu gross. Die Verhältnisse und Bedürfnisse sind bei den Hausfrauen zu verschieden, als dass eine obligatorische Einheitsversicherung zweckmässig wäre. Im Zusammenhang mit der Hauspflege, die nach dem Gegenvorschlag speziell gefördert werden soll, lassen sich viel bessere, individuelle Lösungen treffen mit weniger Missbrauch-

SP-Initiative

Krankenpflegeversicherung

Bei der Höhe der Leistungen Mass halten

möglichkeiten. Der Gegenvorschlag sieht das Obligatorium der Krankengeldversicherung für die Arbeitnehmer vor. Sinnvollerweise wird es aber auf diese beschränkt, wobei die Möglichkeit besteht, es gezielt auf weitere Bevölkerungsgruppen, z.B. Berufsgruppen von Selbständigerwerbenden, auszudehnen.

Auch die Ausdehnung des Obligatoriums der Unfallversicherung auf alle Arbeitnehmer ist kaum umstritten und darum in beiden Vorlagen enthalten.

II. Grundsätzliche Ueberlegungen

Bevor die beiden Vorschläge zur Krankenpflegeversicherung im einzelnen behandelt und beurteilt werden, müssen wir einige grundsätzliche Ueberlegungen anstellen zum zentralen Thema der Auseinandersetzung: Versicherung der Krankheitskosten.

1. Die heutige Kostenexplosion ist zum grossen Teil die Folge der neuen Behandlungsmöglichkeiten der Medizin sowie eines lange aufgestauten Nachholbedarfes an Bauten und Personal im Spitalbereich. Mit einem Grosseinsatz von Apparaten, chemischen Produkten und der sie anwendenden Menschen kann heute beinahe alles gemacht werden:

Nieren, Augen, Herzen ersetzt, dem Tod Geweihte monatelang am Leben erhalten. Für jede Art von Schmerzen, wirkliche und eingebildete, gibt es ein unerschöpfliches Arsenal von Testmethoden und Heilmitteln.

Es gibt beinahe keine Grenzen, solange finanzielle Mittel für den Einsatz der Medizinalpersonen, Apparate und Medikamente fliessen.

2. Krank ist, wer sich krank fühlt. Der Arzt kann oft nicht immer objektiv feststellen, was dem Patienten wirklich fehlt. Also kann er auch lange nicht immer eindeutig feststellen, was an Behandlung nötig ist. Die subjektiven Vorstellungen des Patienten bestimmen deshalb vielfach den Einsatz der medizinischen Mittel und das Ausmass der medizinischen Behandlung.

Obligatorium der Krankengeldversicherung für die Arbeitnehmer

Ausdehnung des Obligatoriums der Unfallversicherung auf alle Arbeitnehmer

Kostenexplosion Folge der neuen Behandlungsmöglichkeiten der Medizin

Krank ist, wer sich krank fühlt

3. Krankheit ist nicht nur Schicksal, sondern heute oft Folge mangelnden Einsatzes für die Gesundheit. Wille, Verhalten und Lebensführung können viel zur Erhaltung der Gesundheit und Vermeidung von Krankheit beitragen. Im Gegensatz zu früher stehen heute ja nicht mehr die Infektionskrankheiten, sondern die sog. Zivilisationskrankheiten im Vordergrund.

Krankheit ist nicht nur Schicksal oft Folge mangelnden Einsatzes für die Gesundheit

4. Wir müssen uns von der Vorstellung lösen, die Summen der Krankheiten und der Aufwand zu ihrer Behandlung seien naturgegebene Grössen, so dass wir nicht anderes zu tun hätten, als dafür sorgen, dass der Aufwand - möglichst schmerzlos - von anderen oder vom Staat bezahlt wird.

Zivilisationskrankheiten im Vordergrund

Alle Beteiligten müssen dafür sorgen, dass der Aufwand nicht mehr wie bisher steigt. Die 10% des Sozialproduktes, die wir heute für das Gesundheitswesen nahezu ausgeben, dürften die oberste Grenze bilden. Die Kurve darf nicht weiter wie bisher ansteigen, weil wir sonst zahlreiche andere auch besonders wichtige Bedürfnisse massiv einschränken und zurückstellen müssten: Bildung, Altersvorsorge, Energieversorgung, Verkehr etc. Darum heisst es dringend: Mass halten. Wie geschieht das? Durch Erhaltung und Stärkung des Kostenbewusstseins. Der Patient muss zu seiner Gesundheit Sorge tragen und sich bewusst bleiben, dass die Zeit des Arztes, die Medikamente, der Spitalaufenthalt viel kosten. Damit steigt auch seine Wertschätzung der medizinischen Leistung - was nichts kostet, ist nichts wert - was wiederum ihrer Wirksamkeit förderlich ist. Auch die Aerzte und Spitalträger müssen lernen, die Kostenseite vermehrt zu beachten, Prioritäten zu setzen und anstatt alles Mögliche, nur das Notwendige zu tun.

Alle müssen dafür sorgen, dass der Aufwand nicht mehr wie bisher steigt

Kostenbewusstsein zu seiner Gesundheit Sorge tragen bewusst bleiben

5. Die Versicherung hat allerdings die entgegengesetzte Wirkung. Sie führt einen Dritten ein, der zahlt und - nach der Auffassung vieler - beliebig geschröpft werden kann. Je mehr sie in der Anonymi-

tät verschwindet, je grösser der Abstand wird zwischen dem, der ihr die Mittel liefern muss und demjenigen, der sie braucht und über sie verfügt, desto geringer wird der Ansporn zur sparsamen Verwendung, desto lockerer werden die Bremsen. Wenn - vom Einzelnen aus gesehen - die Gesundheitsdienste gratis zur Verfügung stehen, warum soll er sich selber zur Erhaltung der Gesundheit anstrengen, auf Annehmlichkeiten verzichten? Wir brauchen die Versicherung als Schutz vor den hohen Kosten wirklicher, schwerer Krankheit, aber wir müssen sie so gestalten, dass diese unerwünschten, den Aufwand fördernden Auswirkungen möglichst eingedämmt werden. Das heisst: Vermeidung der Anonymität, insbesondere der Identifikation mit dem Staat. Aufrechterhaltung einer persönlichen Beziehung durch Freiwilligkeit des Beitrittes, persönliche Mitgliedschaft und persönliche Beitragsleistung. Keine Einheitsinstitution, sondern eine Mehrzahl von Versicherungsträgern, die miteinander in Konkurrenz stehen und für ihr finanzielles Gleichgewicht die Verantwortung tragen.

Vermeidung der Anonymität auch gegenüber den Aerzten. Diese müssen Partner der Kassen sein, die gemeinsame Wege suchen, um den medizinischen Aufwand in vernünftigen Grenzen zu halten und Missbräuchen entgegenzutreten. Solche Partnerschaft entwickelt sich nur in einer freiheitlichen Atmosphäre, nicht unter der Drohung mit staatlichen Zwangsmassnahmen. Aus solcher Partnerschaft heraus unterstützen die gesamtschweizerischen Dachverbände der Aerzte, Zahnärzte und Krankenkassen gemeinsam den Gegenvorschlag der Bundesversammlung.

6. Wenn es den Beteiligten nicht gelingt, die Kosten in den Griff zu bekommen, muss der Staat eingreifen. In einigen Sektoren, z.B. in den Spitälern, bestimmt bereits heute der Staat entscheidend, was investiert und was an Mitteln verfügbar gemacht wird. Dort kann, durch den Staat, viel eingespart werden durch bessere Koordination und Beschränkung auf das Wesentliche, ohne dass die Qualität der Dienste leidet.

Versicherung als Schutz vor den hohen Kosten wirklicher schwerer Krankheit

Kosten in den Griff bekommen

in den Spitälern

Anders in der ambulanten Behandlung. Dort kann der Staat nur durch Eingriffe in die Behandlungsfreiheit oder Verstaatlichung der Dienste kostenregulierend eingreifen, was - wie Beispiele im Ausland zeigen - immer auf Kosten der Qualität geschieht und meist doch nicht zum Ziele führt!

In der ambulanten Behandlung Eingriffe in die Behandlungsfreiheit

immer auf Kosten der Qualität

III. Gegenüberstellung SPI - Gegenvorschlag

Die Unterschiede sind oberflächlich gesehen scheinbar gering - sie bestehen "nur" bei der Finanzierung der Krankenpflege und Organisation. Diese sind aber entscheidend.

Unterschiede bei der Finanzierung der Krankenpflege und Organisation entscheidend

Die Finanzierung erfolgt nach SPI über Lohnprozente und Subventionen, also alles über den Staat. Die Kassen werden Bezüger und Verteiler von Staatsgeldern. Ihr Interesse besteht nur noch darin, möglichst viele Mitglieder zu haben (Prestige!), also möglichst grosszügig zu sein. Was ist die Folge? Der Staat muss eingreifen mit Vorschriften und Kontrollen. Die Kassenorgane werden Vollzüge der staatlichen Weisungen und damit praktisch Staatsbeamte. Der staatliche Eingriff muss auch die Aerzte erfassen, denn sie entscheiden ja schliesslich über das Ausmass des Aufwandes. Das geht nur mit Eingriffen in die Behandlungsfreiheit oder durch Ueberführung der Aerzte in ein direktes oder indirektes Beamtenverhältnis - beides auf Kosten der Qualität der Behandlung.

Finanzierung nach SPI über den Staat

Und der Patient? Er erwartet selbstverständlich vom Staat, dass er gesund behandelt wird, und er wird alle - ihm gratis zur Verfügung stehenden - Mittel ausschöpfen. Wenn die staatliche Lösung ihm nicht genügt, muss der Patient auf eigene Kosten und ausserhalb des von ihm mitfinanzierten offiziellen Apparates - privat Hilfe suchen. Die Sozialisierung führt dann zur Klassenmedizin, wie wir sie in allen Staaten mit staatlichen Gesundheitsdiensten in unterschiedlichem Ausmass finden. So führt letztlich jedes soziale Volksbegehren für eine Staatslösung zu einer unsozialen Einrichtung, die gerade die untersten Einkommen am stärksten benachteiligt.

Patient wird alle Mittel ausschöpfen

auf eigene Kosten und ausserhalb des von ihm mitfinanzierten offiziellen Apparates

Das "einheitliche Versicherungssystem", aufgebaut auf den ("selbstständigen") anerkannten Krankenkassen, wie es der SP vorschwebt, ist eine Illusion. Mit der 100%igen Finanzierung über den Staat schwindet die Selbstständigkeit der Kassen dahin, Keine Deklamation in der Verfassung kann sie am Leben erhalten. Die SPI erweckt falsche Vorstellungen. Sie führt zu einem voll zentralisierten, anonymen Einheitssystem, das Patienten und Aerzten mit staatlicher Macht entgegentritt und bei diesen jede Regung der Selbstständigkeit und Selbstverantwortung unterdrückt. Die Kosten werden rapid ansteigen, bis der Staat die Notbremse ziehen und selbst bestimmen muss, wer wo wie behandelt wird. - Zwar werden diese nachteiligen Folgen nicht sofort eintreten, aber längerfristig sind sie im System der SPI zwangsläufig begründet.

Anders der Gegenvorschlag: er trägt einerseits der Tatsache Rechnung, dass Familien mit mehreren Kindern und die unteren Einkommensklassen heute durch die individuellen Kassenbeiträge als Folge der Kostenexplosion stark belastet werden, und diese Belastung mit dem vorgesehenen Ausbau der Leistungen noch verstärkt würde. Deshalb werden sie entlastet durch die Vorschrift, dass die Subventionen der öffentlichen Hand gezielt zu ihren Gunsten zu verwenden sind; überdies werden die Heilanstaltsbehandlung, Prophylaxe, Mutterschaftsleistungen und Heimpflege gezielt verbilligt aus Mitteln, die durch Lohnprozente beschafft werden, d.h. durch erwerbsproportionale Beiträge. Entscheidend ist aber, dass diese zentrale Finanzierung gezielt dort erfolgt, wo der Aufwand vom Staat kontrolliert werden kann, ohne dass er sich in das ganze Versicherungssystem und den ganzen Bereich der medizinischen Behandlung einmischt. Durch Begrenzung der Lohnabzüge auf 3% wird im voraus das Mass bestimmt, in welchem der Aufwand in diesen Sektoren wachsen soll, nämlich parallel mit der Lohnentwicklung. Das wird auch als Richtlinie für das Wachstum in den anderen Sektoren, vor allem in der ambulanten Behandlung dienen. Dabei bleiben die Kassen und Aerzte aber frei. Sie sind aufgerufen,

Mit der 100%igen Finanzierung über den Staat schwindet die Selbstständigkeit der Kassen

Anders der Gegenvorschlag

zu Gunsten der kinderreichen Familien und der untersten Einkommenschichten
Subventionen der öffentlichen Hand gezielt zu ihren Gunsten
Heilanstaltsbehandlung Prophylaxe Mutterschaftsleistungen und Heimpflege gezielt verbilligt aus Mitteln die durch Lohnprozente beschafft werden
zentrale Finanzierung dort wo der Aufwand vom Staat kontrolliert werden kann
Begrenzung der Lohnabzüge auf 3%

selber den Weg zu suchen. Es scheint, dass sie diesen Ruf verstanden haben, stehen sie doch geschlossen hinter dem Gegenvorschlag und arbeiten sie eng zusammen bei der Lösung der vielen Detailprobleme, die er stellt. Das eröffnet gute Aussichten für das Gelingen der freiheitlichen Variante.

Ein Kostenvergleich der SPI mit dem Gegenvorschlag darf nicht nur auf der Basis der heutigen Verhältnisse vorgenommen werden, sondern entscheidend ist die künftige Entwicklung des Aufwandes in 5 oder 10 Jahren und gemessen an der Qualität der Leistung, die den Kosten gegenübersteht. Dann schneidet aller Voraussicht nach SPI viel schlechter ab, weil sie die bestehenden, auf dem Kostenbewusstsein der Versicherten, Aerzte und Versicherungsträger beruhenden Aufwandbremsen beseitigt und alles über den Staat leitet.

Weitere Vorteile des Gegenvorschlages sind: Förderung der Heimpflege und der Ausbildung des Pflegepersonals durch den Bund. Beides trägt dazu bei, die teuren Akutspitäler zu entlasten und sparsamere Methoden der Krankheitsbehandlung zu entwickeln.

Noch ein Wort zum Problem der Zahnkostenversicherung: Die SPI verlangt den vollen Einschluss aller Zahnbehandlungen in die Grundversicherung. Auch damit geht sie zu weit. Zahnschäden sind weitgehend vermeidbar durch konsequente Pflege und Disziplin. Soll derjenige, der seine Zähne vernachlässigt, wirklich für die Behandlung des Gebisses volle Versicherungsleistungen erhalten aus Geldern, die von denen genommen werden, die zu ihren Zähnen Sorge tragen? Gemäss Gegenvorschlag werden periodische Kontrollen, operative Eingriffe und eigentliche Krankheiten (Paradentose) durch die Grundversicherung übernommen, nicht aber die laufende Behandlung. Für diese gibt es heute schon freiwillige Versicherungsmöglichkeiten, wo der Versicherungsschutz vom Zustand der Zähne abhängig gemacht wird. Bei einem allgemeinen Obligatorium nach SPI mit voller Finanzierung über Lohnprozente wäre das nicht möglich.

das Mass bestimmen
Aufwand wächst mit
der Lohnentwicklung
Kassen und Aerzte
bleiben frei
eng zusammen
arbeiten

Kostenvergleich SPI
Gegenvorschlag

Weitere Vorteile des
Gegenvorschlages:
Förderung der Heimpflege,
Ausbildung
des Pflegepersonals

Problem Zahnkosten-
versicherung

Schlussfolgerung:

Mit der SPI gehen wir einem sozialpolitischen Abenteuer entgegen, das nach aller Voraussicht in einem finanziellen Debakel endet und nicht zu einer Verbesserung, sondern Verschlechterung des Gesundheitswesens führt.

Der Gegenvorschlag bringt durch Weiterentwicklung des Bisherigen notwendige Verbesserungen. Er verankert das freiheitliche, dezentrale System in der Verfassung, das allein Gewähr dafür bietet, dass das Funktionieren der Versicherung und das Masshalten beim Aufwand ein Anliegen aller bleibt und dadurch sichergestellt wird. Gleichzeitig sorgt er für eine weitgehende Entlastung der unteren Einkommenschichten, ohne das System ändern zu müssen.

Dem Gegenvorschlag ist deshalb zuzustimmen. Wer glaubt, auch ihn ablehnen zu müssen, muss sich bewusst sein, dass damit die Chance verpasst wird, in der Verfassung ein klares Konzept der Krankenversicherung zu verankern, eine freiheitliche Grundkonzeption mit notwendigen Anpassungen an die heutigen und künftigen Bedürfnisse, der Ausbau eines seit über sechzig Jahren grundsätzlich bewährten Systems.

Werden beide Vorschläge verworfen, beginnt am Tag nach der Abstimmung ein grosses Seilziehen um die Neuordnung auf Gesetzesebene oder mit neuen Initiativen. Die Wahrscheinlichkeit, dass dabei etwas noch Besseres herauskommt, ist gering. Inzwischen steigen die Kosten ungebremst, fehlen der notwendige Leistungsausbau und der Ausbau der Solidarität. All dies letztlich zum Nachteil der Kranken. Ein Entscheid ist darum dringend.

Stimmen Sie dem ausgewogenen Vorschlag der Bundesversammlung zu.

Schlussfolgerung

DIE KRANKENVERSICHERUNGSINITIATIVE DER SP UND
DER GEGENVORSCHLAG DER BUNDESVERSAMMLUNG

Die heutige Ausgestaltung der Krankenversicherung

Die soziale Krankenversicherung ist zur Zeit durch eine mehrstufige Ordnung charakterisiert, indem Bundesrecht, Recht der Kantone und Gemeinden und schliesslich privatrechtliche Bestimmungen und Vereinbarungen massgebend sind. Mit dem Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG), im wesentlichen ein Rahmen- und Subventionsgesetz, setzt sich der Bund zum Ziel, die Krankenversicherung durch Beiträge an sog. anerkannte Krankenkassen zu fördern. Das Bundesrecht umschreibt zur Hauptsache den Kreis der versicherungsfähigen Personen, garantiert das Recht auf Versicherung und Weiterversicherung (Freizügigkeit), bestimmt die von den Kassen zu erbringenden Mindestleistungen sowie die Massnahmen bezüglich ihrer finanziellen Sicherheit. Ferner sichert es ihnen Subventionen zu. Während die Kantone ermächtigt sind, die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungskreise obligatorisch zu erklären, öffentliche Kassen einzurichten oder diese Befugnisse ihren Gemeinden zu delegieren, wird das eigentliche Versicherungsverhältnis (Rechte und Pflichten der Kasse und des Versicherten) durch die Statuten oder allenfalls durch den Kollektivversicherungsvertrag geordnet. Zudem bestehen zahlreiche Vereinbarungen zwischen Kassen oder Kassenverbänden einerseits und Aerzten oder ihren Organisationen, Spitälern, medizinischen Hilfspersonen und Rückversicherungsverbänden andererseits, die Rückwirkungen auf den Versicherten haben.

Die geltende Verfassungsbestimmung und das Revisionsziel

Daraus geht hervor, dass der Bund im Bereich der Krankenversicherung nur teilweise in Erscheinung tritt. Der Gesetzgeber hat dies so bestimmt, obwohl die geltende Verfassungsbestimmung dem Bund umfassende gesetzgeberische

KUVG: ein Rahmen- und Subventionsgesetz

Revisionsziel

Befugnisse einräumt. Art. 34bis, der im Jahre 1890 in unsere Bundesverfassung aufgenommen wurde, hat folgenden Wortlaut:

" Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung einrichten unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen.

Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären."

Auf Grund dieser Kompetenzen könnte der Bundesgesetzgeber die Krankenversicherung auf Gesetzesstufe an sich jederzeit und uneingeschränkt revidieren. Juristisch gesehen bestünde kein Anlass für eine Verfassungsänderung. Politisch ist eine solche jedoch unumgänglich geworden: Der im Jahre 1970 eingereichten sozialdemokratischen Volksinitiative mit der Forderung nach einer zentralistischen, staatlichen Regelung der Kranken- und Unfallversicherung musste eine auf dem bisher erreichten aufbauende und unseren Verhältnissen entsprechende Alternative gegenübergestellt werden. Im Vordergrund der Abstimmung vom 8. Dezember 1974 steht daher nicht eine Revision der bestehenden Kompetenzordnung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden sondern ein Programm, ein Versicherungskonzept, das verbindliche Richtlinien für die gesetzliche Ausgestaltung der Krankenversicherung beinhaltet.

Der lange Marsch zum Gegenvorschlag

Dieser programatische Weg einer Revision musste gewählt werden, weil weite Kreise, insbesondere auch die Krankenkassen, dem im Frühjahr 1972 veröffentlichten Ergebnis einer eidgenössischen Expertenkommission, dem sogenannten "Flimser Modell", die Unterstützung auf breiter Front versagten. Jener Gegenvorschlag auf Gesetzesstufe sah eine obligatorische Spitalversicherung mit einer von Bundes wegen freiwilligen Restversicherung im wesentlichen nach heutigem Recht vor. Der Bundesrat sah sich auf Grund des grossen Widerstandes gegen das "Flimser Modell" gezwungen, die wichtigsten Fragen der äusserst umstrittenen Neugestaltung

SP-Initiative

Alternative

Abstimmung vom
8. Dezember 1974

Versicherungskonzept
Verbindliche Richtlinien

Bundesrat

der Kranken- und Unfallversicherung auf Verfassungsebene beantworten zu lassen. Sein Entwurf sah eine nach AHV-Prinzipien finanzierte, obligatorische Grossrisikoversicherung (Heilanstaltsbehandlung und ähnliche aufwendige ambulante Untersuchungen und Behandlungen) und ebenfalls eine von Bundes wegen freiwillige, im wesentlichen nach heutigem Recht finanzierte Restversicherung vor. Es handelte sich also um ein erweitertes, in der Anwendung viel vager umschriebenes "Flimser Modell".

Der Ständerat und nach ihm der Nationalrat haben jedoch einer gegenüber dem Entwurf des Bundesrates in wesentlichen Punkten abgeänderten Fassung von Artikel 34bis BV zugestimmt. Einmal wurde auf ein Beitrittsobligatorium der gesamten Bevölkerung zu einer speziellen Bundesversicherung verzichtet, womit optisch die seitens der Kassen befürchtete Spaltung der Versicherung vermieden werden kann. Des weitern wurde der vom Bundesrat vorgesehene, vage Grossrisikobegriff, der eine beliebige Auslegung und Ausweitung zugelassen hätte, durch die konkrete Umschreibung der Verwendungszwecke der Bundesmittel ersetzt und schliesslich wurden durch die verfassungsmässige Verankerung des Beitragsprimats mittels Begrenzung der Erwerbseinkommensbelastung die finanziellen Auswirkungen klargestellt. Das durch den Bundesrat erweiterte und geöffnete Flimser Modell wurde im Parlament somit wieder "geschlossen" und entgegen einer weitverbreiteten Auffassung in eine Form gefasst, die an Klarheit nichts zu wünschen übriglässt.

Initiative und Gegenvorschlag im Vergleich

Während in der Frage der Krankengeld- und Unfallversicherung (Obligatorium mindestens für Arbeitnehmer) und der Massnahme zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen (Förderungsauftrag an den Bund) Initiative und Gegenvorschlag der Bundesversammlung nahezu identisch sind, zeichnen sich die Bestimmungen über die Krankenpflegeversicherung durch entscheidende Unterschiede aus.

Ständerat und
Nationalrat

Parlament

Initiative und
Gegenvorschlag
im Vergleich

In der Initiative wird (Absatz 2) eine für die ganze Wohnbevölkerung obligatorische Krankenpflegeversicherung postuliert, die auch umfassende Leistungen bei Zahnbehandlung, Mutterschaft und nicht obligatorisch versicherten Unfällen zu gewähren hätte. Für schwer belastende sowie langdauernde Krankheiten oder nicht obligatorisch versicherte Unfälle müsste die Versicherung volle Deckung leisten (Verzicht auf Selbstbeteiligung) Finanziert würde sie (Absatz 5) durch Beitragsleistungen des Bundes, der Kantone und der Versicherten im wesentlichen nach den für die AHV geltenden Prinzipien.

Initiative

Der Gegenvorschlag hält demgegenüber (Absatz 2, lit. a) an einer von Bundes wegen freiwilligen Versicherung fest. Ein Obligatorium ist nicht nötig, da heute schon 95 Prozent der Bevölkerung pflegeversichert sind, und jedes Jahr werden es mehr. Die Pflegeversicherung soll jedoch durch die Erhebung eines allgemeinen Beitrages nach den Regeln der AHV von höchstens 3 Prozent für bestimmte Verwendungszwecke zugunsten der gesamten Bevölkerung entlastet werden. Mit dem Ertrag der lohnprozentualen Abgabe sollen die Heilanstaltsbehandlung verbilligt sowie (pauschalierte) Leistungen im Bereich der Hauspflege, der Präventivmedizin und im Fall von Mutterschaft finanziert werden. Dies nicht nur für Versicherte, sondern für die ganze Bevölkerung. Dadurch bliebe das heutige Finanzierungssystem und damit die wirtschaftliche Eigenständigkeit der Kassen erhalten, und die wichtige Beteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten könnte ohne sozial untragbare Wirkungen erhöht werden. Ferner ergibt sich aus der Einführung lohnprozentual erhobener Abgaben bei gleichzeitigem Verzicht auf ein Beitrittsobligatorium ein Leistungssystem, das weder die Schaffung neuer Versicherungseinrichtungen erfordert, noch - für Nichtversicherte - zu einem indirekten Zwang zum Beitritt in eine Kasse führt. Der gezielte Einsatz der Mittel übernimmt, was ein Einzelner nicht selber tragen kann. Bagatellen kann der Einzelne weitgehend selber zahlen. Ihre grosse Zahl würde die Verwaltung sehr belasten, den Einzelnen aber kaum. Hier ergeben sich ohne Not für irgendwen grosse Einsparungen.

Gegenvorschlag

Der Gegenvorschlag ist besser

Während sich die zur Staatsmedizin führende SP-Initiative lediglich mit den Auswirkungen, nicht aber auch mit den Ursachen der beängstigenden Kostenentwicklung im Gesundheitswesen befasst, macht die Limitierung und Zweckgebundenheit der lohnprozentualen Abgaben und namentlich der Einbezug der Hauspflege die Zielrichtung des Gegenvorschlags deutlich: Drosselung des Ausgabenwachstums im Spitalwesen durch Einschränkung der Bundesmittel bei gleichzeitiger Förderung kostengünstigerer Behandlungsmöglichkeiten ausserhalb des Spitals. Damit werden Instrumente bereitgestellt, mit denen wirksam Einfluss auch auf die Ursachen der überdurchschnittlichen Kostenentwicklung genommen werden kann. Ferner zeichnet sich der Gegenvorschlag nicht nur durch ökonomische (weniger Lohnprozente, wirtschaftliche Durchführung der Versicherung, gesamtschweizerische Spitalplanung) und verteilungspolitische Vorteile (ausreichende medizinische Versorgung z.B. im Berggebiet) aus, sondern auch aus sozialpolitischen Erwägungen ist er der Initiative überlegen, bilden doch die vorgesehenen Subventionen des Bundes und der Kantone zur gezielten Verbilligung der individuellen Versichertenbeiträge eine wirksamere Begünstigung des wirtschaftlich Schwächeren als eine höhere Zwangsabgabe auf seinem Erwerbseinkommen, je nach dem Muster der SP-Initiative.

Vor allem aber schafft der Gegenvorschlag durch Stützung der freiheitlichen, dezentralen Versicherungsordnung die Voraussetzung dafür, dass das Verantwortungs- und Kostenbewusstsein der Versicherten, Versicherungsträger und Aerzte erhalten und gefördert wird, währenddem die SPI es mit der zentralen Finanzierung untergräbt. Nur der Gegenvorschlag wird es ermöglichen, dass die Kranken- und Unfallversicherung ihre gesundheitspolitische Aufgabe beibehält und nicht zum staatlich gelenkten Finanzierungs- und Umverteilungsinstrument degradiert wird.

Darum: SP-Initiative: Nein
Gegenentwurf der Bundesversammlung: Ja

Gegenvorschlag

bekämpft Ursachen

Drosselung des
AusgabenwachstumsFörderung kosten-
günstigerer Behand-
lungsmöglichkeiten
ausserhalb des
SpitalsVerteilungspoliti-
sche VorteileAusreichende medi-
zinische Versorgung
z.B. im BerggebietGezielte Verbilli-
gung der individue-
len Versicherten-
beiträge
Begünstigung des
wirtschaftlich
Schwächeren

10. BEGRIFFE

Allianz

Arbeitsgemeinschaft der Aerzte, Zahnärzte und Krankenkassen im Dienste der Neuordnung der Krankenversicherung.

Ambulante Behandlung

Behandlung im Hause des Patienten, in der Arztpraxis oder auch im Spital, aber ohne Beanspruchung eines Spitalbettes.

Ambulatorium

Von einem Spital oder von einer Staatsstelle direkt organisierte medizinische Versorgungsstelle. Keine freie Wahl unter den Ambulatoriumsärzten durch den Patienten.

Aerzteorganisation

(s. Verbindung der Schweizer Aerzte)

Arztrecht

Regeln des KUVG, die die rechtliche Stellung des Arztes in der Krankenversicherung umschreiben: Voraussetzungen für die Zulassung zur Tätigkeit als Arzt im Rahmen der Krankenversicherung; Beziehungen des Arztes zur Krankenkasse und zum Patienten; Bestimmungen über die Arztwahl; Bestimmungen über die Behandlungsfreiheit; Gebot der Wirtschaftlichkeit; Honorarschuldnerschaft, Tarifschutz, Vertragszustand zwischen Aerzten und Kassen sowie vertragsloser Zustand.

Bagatellfälle

Krankheiten und Unfälle geringfügiger finanzieller Natur, die mit wenig Aufwand abschliessend behandelt werden können.

Behandlungsqualität

Messbares Gesamtergebnis ärztlicher und zahnärztlicher Massnahmen. Die vergleichsweise höchste Behandlungsqualität wird er-

Allianz

Behandlungsformen:
Ambulante Behandlung

Behandlung in
Krankenhaus
Spital

Aerzteorganisation

Arztrecht

Tarifschutz

Bagatellfälle

Behandlungsqualität

reicht, wenn die zeitliche Beanspruchung der Aerzte eine individuell eingehende und sorgfältige Behandlung gestattet und der Patient durch sein Verhalten den angestrebten Behandlungserfolg begünstigt.

Beiträge des Versicherten

(s. Individualbeiträge)

Beitragsobligatorium

Auch Finanzierungsobligatorium genannt. Teilfinanzierung der Krankenpflegeversicherung nach den Regeln der AHV durch jedermann für Heilanstaltsbehandlung, Hauspflege, Präventivmedizin, Mutterschaft, ohne Pflicht zum Beitritt zu einer Krankenkasse. Die Gesetzgebung umschreibt den Leistungsanspruch des Einzelnen. Solidaritätsbeitrag aller Erwerbstätigen zugunsten aller Kranken.
(s. auch Obligatorium)

Beitrittsobligatorium

Zwang zum Beitritt in eine Krankenkasse, oder Abschluss einer Krankenversicherung mit einer privaten Versicherungsgesellschaft
(s. auch Obligatorium)

Diagnose

Erkennen und systematisches Bezeichnen einer Krankheit. Der behandelnde Arzt teilt dem Versicherungsträger diejenigen Angaben mit, die er benötigt, um die Leistungen zu bemessen. Das Arztgeheimnis wird gewahrt.

Eigenleistung

Was jeder einzelne in Form von Individualprämien, Kostenbeteiligungen (derzeit durch Franchise und Selbstbehalt) und Lohnprozente an die Kosten seiner individuellen Krankenversicherung beiträgt.

Finanzierungsobligatorium

s. Beitragsobligatorium

FMH Foederatio Medicorum Helveticorum

s. "Verbindung der Schweizer Aerzte"

Beiträge des Versicherten

Beitragsobligatorium

Beitrittsobligatorium

Diagnose

Eigenleistung

Finanzierungsobligatorium

FMH

Franchise

Fixbetrag, bis zu dem der versicherte Patient im Rahmen der Krankenversicherung für die von ihm verursachten Kosten selbst aufkommt. Dient zur Heraushaltung der "Bagatellfälle" aus der Krankenversicherung und damit zur Eindämmung der Kostenexplosion.

Franchise

Freiheitliches Gesundheitswesen

Ausreichende medizinische Versorgung durch frei praktizierende Aerzte und durch Spitäler, wobei der Patient den Arzt bzw. das Spital frei wählen kann, mit der Möglichkeit, dass der Arzt die ihm notwendig erscheinende Behandlung ohne Rücksicht auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Patienten durchführen kann. Dies setzt voraus, dass sich jedermann zu tragbaren Bedingungen versichern kann, die Versicherungsträger finanziell selbständig sind, untereinander im freien Wettbewerb stehen und ihnen keine Leistungslimiten auferlegt werden.

Freiheitliches
GesundheitswesenGesundheitsrappen

Seinerzeitiger Vorschlag der "Allianz", auf gesundheitsgefährdenden Produkten eine Abgabe nach dem Verursacherprinzip zu erheben, z.B.

- 1 Gesundheitsrappen pro Zigarette, Zigarre, Brissage (geschätzter Ertrag: 317 Mio Fr.)
- 1 Gesundheitsrappen pro Gramm Alkohol eines Liters von einem alkoholischen Getränk (geschätzter Ertrag: 580 Mio Fr. jährlich)
- 2 Gesundheitsrappen pro 0,1 Gramm Bleizusatz im Liter Benzin (Ertrag annähernd 1 Milliarde Fr. pro Jahr)

Gesundheitsrappen

Gesundheitsschäden durch Alkohol

Der Alkohol ist häufig Krankheits- und Todesursache.

- in den schweizerischen medizinischen Kliniken weisen bis zu 30 % der hospitalisierten männlichen Patienten gleichzeitig Alkoholschäden auf.
- Rund ein Drittel der hospitalisierten Verkehrsverunfallten stand unter Alkoholeinfluss.
- Wegen Leberzirrhose infolge Alkoholismus starben 1933/38 im Jahr 229 Menschen,

Gesundheitsschäden
durch Alkohol

- 1966/70 743, d.h. mehr als dreimal soviel.
 - Professor Bättig, ETH, Zürich schätzte 1967, dass Alkoholismus als Haupt- und Nebenursache für den Tod von 4000 Menschen pro Jahr verantwortlich ist.

Gesundheitsschäden durch Nikotin bzw. Rauchwaren

Gesundheitsschäden durch Nikotin

Chronische Bronchitis, Lungenkrebs, Kreislaufstörungen, Gefässerkrankungen, Herzinfarkt

- Von 90 starken Rauchern, die zur Zeit 35 Jahre alt sind, sterben innert 10 Jahren 16 an Lungenkrebs oder Bronchitis. Von 90 Nichtrauchern im gleichen Alter stirbt an diesen Krankheiten im gleichen Zeitraum nur einer.
- Die Todesfälle wegen chronischer Bronchitis haben von 1959 bis 1969 von 167 auf 995 pro Jahr, d.h. auf mehr als das 6-fache zugenommen: jene an Lungenkrebs von 180 im Jahre 1931 auf 1565 im Jahre 1970, d.h. mehr als das 8-fache.
- Ein starker Raucher erleidet mit doppelt so grosser Wahrscheinlichkeit wie ein Nichtraucher einen Herzinfarkt.
- Rauchen ist auch für andere Herzleiden und ganz allgemein für Gefässerkrankungen massgebliche Ursache.
- Wir beklagen jährlich 1700 Verkehrstote: ein Mehrfaches dieser Zahl Menschen stirbt jährlich wegen Rauchens als Haupt- oder Nebenursache. Viele dieser Opfer mussten zuvor oft lange Zeit aufwendig medizinisch betreut werden.

Gesundheitsschäden durch Treibstoffe

Gesundheitsschäden durch Treibstoffe

Vor allem durch gesundheitsgefährdende Immissionen des Automobilverkehrs. Bei der Verbrennung von Benzin und Dieselöl entstehen: das giftige Kohlenmonoxyd; im weiteren Russ, der gleichfalls als Ursache für chronische Bronchitis anzusehen ist, sowie krebserzeugende Substanzen und Blei, das - ausser der Schadenwirkung auf die Pflanzen - im Organismus des Menschen gesundheitliche Störungen verursacht.

Grossrisiko

Grossrisiko

Versuch einer Abgrenzung von Behandlungskosten, die von der Mehrzahl der Bevölkerung

individuell nicht getragen werden können. Definitionsversuche nach Diagnose, Kosten, Behandlungsart und Behandlungsdauer sind problematisch. Für die Krankenversicherung - da nicht allgemein abgrenzbar - höchst fragwürdiger Begriff.

Hauspflege

Im Sinne des Gegenvorschlages der eidgenössischen Räte zur SP-Initiative aufwandsparende Pflegeform für nicht unbedingt spitalbedürftige Kranke, erbracht durch ausgebildetes Pflegepersonal im Hause des Patienten unter ärztlicher Leitung. Die Hauspflege muss gefördert werden. Bringt bei der herrschenden Spitalkostensituation (einschliesslich Personalknappheit) eine Entlastung der Spitäler. Die Versicherungsträger hätten an die daraus entstehenden Kosten beizutragen.

Hauspflege

Heilungskosten-Versicherung

(s. Krankenpflegeversicherung)

Heilungskosten-Versicherung

Honorarprüfung

Die Aerzte- und Zahnärztesgesellschaften haben in allen Kantonen Honorar-Prüfungskommissionen zum Schutze des Patienten vor Ueberforderungen eingesetzt (z.T. von Juristen präsiert). Daneben können die Sanitätsbehörden und die Gerichte angerufen werden. Im Rahmen der Krankenversicherung übernehmen paritätische Vertrauenskommissionen diese Aufgabe in erster Instanz.

Honorarprüfung

Individualbeiträge (risikogerecht)

Allgemein: Beiträge der Versicherten nach Massgabe des Versicherungsrisikos, das sie darstellen.

Individualbeiträge des Versicherten

In der Sozialversicherung: Nach Massgabe der wirtschaftlichen Situation des Versicherten sind diese durch Solidaritätsbeiträge sozial zu gestalten. Sie sind Voraussetzung für die Existenz einer Vielzahl von Versicherungsträgern, unter denen der Versicherte frei wählen kann.

Kostenexplosion

Ueberproportionale Zunahme der Kosten im Gesundheitssektor im Vergleich zum Anstieg der Erwerbseinkommen. Ursachen: veränderte Bevölkerungsstruktur, verlängerte Lebensdauer, Zunahme der Zivilisationskrankheiten, neue Heilmittel und Behandlungsverfahren, intensivere Behandlung durch pro Patient stark vermehrtes Pflegepersonal, Spezialisierung der Medizin, übersetzte Erwartungen, übersteigerte Fortschrittsgläubigkeit und Ansprüche bei Versicherten, Patienten, Ärzten und Politikern usw. Folgen: Uebermässige Beanspruchung, Mangel an Ärzten und Spitalbetten, Mehraufwand für Medikamente, aktive und passive "surconsommation médicale". Unbestritten ist die Notwendigkeit besserer Kostentransparenz sowie eines ausgeprägteren Kostenbewusstseins bei Ärzten, Krankenkassen, Patienten, Pharmaindustrie, Spitälern, Staat und Versicherten.

Kostenexplosion

Krankengeldversicherung

Versicherung des Erwerbsausfalls für Krankheit

Krankengeldversicherung

Krankenkassen (anerkannte)

Diejenigen Krankenkassen, die sich den Bedingungen des KUVG unterstellt haben und daher Anspruch auf Bundesbeiträge erheben können.

Krankenkassen

Krankenpflegeversicherung (= Heilungskostenversicherung)

Versicherung, welche für die Kosten bei ambulanter und stationärer Behandlung aufkommt, d.h. bei Behandlung in der Arztpraxis, im Hause des Patienten, bei Hauspflege, bei Aufenthalt in einem Spital, Sanatorium usw.

Krankenpflegeversicherung

KKK (Konferenz konzessionierter Krankenversicherer)

Vereinigung der Versicherungsgesellschaften, die Krankenversicherungsverträge anbieten.

KKK Krankenversicherer Konferenz

KSK (Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen)

Dachorganisation der Krankenkassen mit Sitz in Solothurn zur Wahrung der Interessen der

Konkordat

Versicherten, der Krankenkassenverbände und Krankenkassen bei Behörden, Versicherungsanstalten, Heilanstalten und Medizinalpersonen. Daneben Dienstleistungen: Betrieb eines gemeinschaftlichen Datenverarbeitungszentrums für Krankenkassen, Rechtsdienst für Versicherte und Krankenkassen usw. Erlass verbindlicher Richtlinien für die Werbung der Krankenkassen. Dem Konkordat sind derzeit direkt oder indirekt 5,8 Mio. Versicherte angeschlossen. Präsident: Felix v. Schroeder (Solothurn).

Lastenausgleich

(s. Solidarität)

Leistungen

Aufwendungen, die von den Krankenkassen für ihre Mitglieder im Krankheitsfalle erbracht werden. Die Pflichtleistungen werden vom KUVG für alle Krankenkassen umschrieben. Weitergehende Leistungen beruhen auf den Statuten der einzelnen Kassen.

Morbidität

Erkrankungshäufigkeit. Diese ist u.a. von Alter, Geschlecht und Wohnregion abhängig.

Mutterschaftsversicherung

In der normalen Krankenversicherung enthalten, eine besondere Versicherung erübrigt sich daher. Art. 34 quinquies Absatz 4 kann daher aufgehoben werden.

Die Mutterschaftsversicherung umfasst: Geld- und Pflegeleistungen für Voruntersuchungen, die Entbindung, Stillgelder, die Nachkontrollen.

Obligatorium

Gesetzliche Verpflichtung für bestimmte Bevölkerungsgruppen oder die gesamte Bevölkerung, sich gegen bestimmte Risiken zu versichern: Zwangsversicherung.

Präventivmedizin

(s. Vorsorgemassnahmen)

Lastenausgleich

Leistungen

Morbidität

Mutterschafts-
versicherung

Obligatorium

Präventivmedizin

Privatversicherung

Durch konzessionierte Versicherungsgesellschaften nach den Regeln des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) getätigte Versicherung. Die private Krankenversicherung untersteht nicht dem KUVG und beansprucht keine Beiträge der öffentlichen Hand.

Privatversicherung

Prophylaxe

(s. Vorsorgemassnahmen und Zahnärztliche Prophylaxe)

Prophylaxe

Restaurative Zahnheilpflege

Behandlung der Zahnkaries, Wiederaufbau des Gebisses durch Eingliederung von fixen oder beweglichen Ersatzstücken.

Restaurative
ZahnheilpflegeSchweizerische Zahnärztesgesellschaft

Standesorganisation der Zahnärzteschaft.
Präsident: Dr. med. dent. Claude Schreyer,
23, av. César-Roux, Lausanne
Sekretariat: Hirschengraben 11, Bern
2'600 Mitglieder

Schweizerische
Zahnärztesge-
sellschaftSelbstbehalt

Beteiligung der Versicherten an den individuellen Behandlungskosten in der Form einer "Franchise" (s. daselbst) oder einer prozentualen Beteiligung.

Selbstbehalt

Solidarität

Bis jetzt war der Risikoausgleich der Versicherten im Bereich der Individualbeiträge nur zwischen Jung und Alt, Gesunden und Kranken sowie Frauen und Männern einigermaßen gesichert. Neu wird ein zusätzlicher Solidaritätsbeitrag verlangt auch im Verhältnis zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Dieser neue Solidaritätsausgleich soll durch Lohnprozente ermöglicht werden (siehe dort).

Solidarität

SSO

s. "Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft, Société Suisse d'Odonto-Stomatologie."

SSO

Stationäre Behandlung

Spitalinterne Behandlungsform zwecks medizinischer Abklärung und Versorgung bzw. zur dauernden pflegerischen Betreuung. Kostspieligste Form der Krankenversorgung, daher für nicht unbedingt spitalbedürftige Kranke insgesamt unwirtschaftlich.

Stationäre Behandlung

Subventionen

Leistungen der öffentlichen Hand (Bund, Kantone, Gemeinden), die in der Krankenpflegeversicherung zur Entlastung der Versicherten eingesetzt werden. Sollen in Zukunft vor allem den sozial Schwächeren zukommen.

Subventionen

Tarifschutz

Verpflichtung des Arztes, für die Behandlung eines versicherten Patienten nach dem anzuwendenden Tarif Rechnung zu stellen.

Tarifschutz

Verbindung der Schweizer Aerzte

Standesorganisation der Schweiz. Aerzteschaft. Präsident Dr. Jean Bergier/Le Mont s/Lausanne
Generalsekretariat: Sonnenbergstr. 9, Bern 11'104 Mitglieder (31.12.1974)

Verbindung der Schweizer Aerzte

Vorsorgemassnahmen

Im Rahmen der Gesundheitsvorsorge (Präventivmedizin) getroffene vorbeugende Massnahmen zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit. Primäre Vorsorgemassnahmen umfassen Kollektivmassnahmen (z.B. Schutzimpfungen, Kochsalziodierung usw.) zur Erhaltung der Volksgesundheit sowie soziale Massnahmen zu diesem Zweck; auf die Erhaltung der individuellen Gesundheit gerichtete Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten werden als sekundäre Vorsorgemassnahmen bezeichnet. In der Zahnheilkunde Massnahmen zur Verhütung von Gebisserkrankungen und Früherfassung kleiner Gebisschäden (präventive Zahnheilkunde).

Vorsorgemassnahmen

Zahnärztliche Prophylaxe

Einfache, jedermann zugängliche, billige Massnahmen der Ernährung, der Mundhygiene

Zahnärztliche Prophylaxe

und der Fluoridierung und weitere Vorbeugungsmöglichkeiten, die ausserordentlich erfolgreich sind. Ueber die Prophylaxe lassen sich die zahnärztlichen Probleme weit besser und billiger lösen als über eine Versicherung. Unerlässliche Voraussetzung dabei ist aber die Selbstverantwortung und die Mitarbeit der Eltern und später der Patienten selbst.

Zahnpflegeversicherung (Versicherung der Zahnpflegekosten)

Derzeit: freiwillige Versicherung mit Individualprämien, freier Rechnungsstellung des Zaharztes und Rückvergütung nach Versicherungsbedingungen.

Inskünftig: Pflichtleistungen der Krankenpflegeversicherung für Jahresuntersuchung und rein medizinische Leistungen mit dazugehörigen Medikamenten und Röntgenbildern. Freiwillige, gesetzlich geregelte Zusatzversicherung für die übrigen Behandlungsarten.

Zusatzversicherung

Besondere Versicherungsarten, die es dem Einzelnen gestatten, die ordentliche Krankenpflegeversicherung über die Pflichtleistung hinaus seinen individuellen Wünschen anzupassen (Privatpatientenversicherung, Zusatzversicherung für Privatbehandlung im Spital usw.)

Zahnpflegeversicherung

Zusatzversicherung

11. DIE ENTWICKLUNG DER KRANKEN- UND UNFALLVERSICHERUNG

11.1. Krankenversicherung

Die Zahl der Versicherten bei den Krankenkassen und Krankenversicherungen ist im Laufe der Jahre dauernd gestiegen. Waren im Jahre 1915 nur 14 Prozent der Bevölkerung versichert, so betrug der Anteil 1945 bereits 48 Prozent, 1970 89 und heute 92 Prozent. Hinzu kommen die privat bei konzessionierten Versicherungs-Gesellschaften Versicherten von insgesamt 3 Prozent der Bevölkerung. Total sind heute also rund 95 Prozent der Bevölkerung versichert.

Welche Bevölkerungskreise sind nicht versichert? Verschiedene Indizien weisen darauf hin, dass vor allem ältere Leute nicht für Krankenpflege versichert sind. Von den Möglichkeiten, die Versicherung obligatorisch zu erklären, haben die Kantone und Gemeinden einen sehr unterschiedlichen Gebrauch gemacht. Nach einer groben Schätzung der Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung dürften die vielfältigen kantonalen und kommunalen Obligatorien für Minderbemittelte, für ausländische Arbeitnehmer, für Schüler und Jugendliche usw. ein gutes Viertel der Pflegeversicherten umfassen.

Was die Entwicklung der Leistungen der Krankenkassen anbelangt, so waren 1915 die Krankengeldleistungen gut doppelt so hoch wie die Krankenpflegeleistungen. Damals war die Deckung des Verdienstaufalles bei Krankheit das hauptsächliche Anliegen. Zahlreiche Krankenkassen, die heute zur Hauptsache Krankenpflegeleistungen erbringen, waren beim Inkrafttreten des KUVG lediglich Taggeldkassen. 1925 übertrafen die Pflegeleistungen erstmals die Taggeldzahlungen. Bis 1945 erhöhte sich der Aufwand in beiden Leistungsgruppen langsam, aber stetig, wobei die Steigerung vor allem durch die Zunahme der Versichertenbestände bedingt war. Ab 1945 hingegen stiegen die Krankenpflegeko-

Steigender Versicherungsgrad

Total 95 Prozent der Bevölkerung

Nichtversicherte

Heutiges Obligatorium

Leistungen:
Krankengeld

Krankenpflege

sten steil an, und zwar eindeutig stärker, als es dem Zuwachs der Versicherten entsprochen hätte. Namentlich in den letzten Jahren war ein beunruhigender Verlauf der Krankenpflegekosten, eine wahre Kostenexplosion zu verzeichnen. Verglichen mit 1960 (= 100) ist der Index der Krankenpflegekosten je Versicherten bis 1970 auf 291 angestiegen; betrachtet man die einzelnen Komponenten, so beträgt der entsprechende Indexstand 1970 für ärztliche Behandlung 239, für Arzneimittel 290 und für die Spitalkosten sogar 492, während im gleichen Zeitraum der Index der Konsumentenpreise von 100 auf 139, jener der Arbeiterlöhne von 100 auf 202 angestiegen ist. Von den Gesamtausgaben der Krankenkassen im Jahre 1970 von annähernd 2 Milliarden Franken entfielen rund 70 Prozent auf die Krankenpflegeversicherung und rund 15 Prozent auf die Krankengeldversicherung; rund 9% betragen die Verwaltungskosten.

Die Kostenexplosion hat verschiedene, sich ergänzende Ursachen: Der demographische Strukturwandel, die Fortschritte der Medizin, die Zunahme der Zivilisationskrankheiten und die Gewöhnung und damit Nutzung der modernen medizinischen Infrastruktur. Der demographische und soziologische Strukturwandel ist eindrücklich:

Die bäuerliche Bevölkerung ist auf weniger als 10% der Gesamtbevölkerung zurückgegangen: von 1888 - 40% und 1910 - 30%. 1910 waren noch mehr als ein Viertel der Bevölkerung Selbständigerwerbende, heute noch 15%. Allein von 1941 bis heute hat sich die Zahl berufstätiger Ehefrauen im Alter von 20-24 Jahren mehr als verdoppelt. Unter Berücksichtigung der Teuerung haben sich seit 1939 die Löhne r e a l verdoppelt, die Gehälter der Angestellten real um beinahe 100% erhöht. Der Altersaufbau der Schweizer Wohnbevölkerung hat sich zugunsten der älteren Jahrgänge verschoben: der Anteil der 65jährigen und älteren Leuten hat sich fast verdoppelt (von 6 auf 10%); ganz allgemein ist seit 1910 die Zahl der alten Leute um das Anderthalbfache gestiegen, während die neun jüngsten Jahrgänge nur um 7% zunahmen, der Bestand der 15-19jährigen um 1/5 und jener der 20-64jährigen um fast 3/5. Die wahr-

Vom steilen
Kostenanstieg

Kostenexplosion

Ursache der
Kostenexplosion

demographischer
und soziologi-
scher Struktur-
wandel

Zusammensetzung
der Bevölkerung

Altersaufbau

scheinliche Lebensdauer (Alter, das von der Hälfte der Neugeborenen erreicht wird) verlängerte sich von (1910) 58 Jahren (Männer) bzw. 62 Jahren (Frauen) auf 73 bzw. 78 Jahre. Die mittlere Lebenserwartung von Neugeborenen stieg im gleichen Zeitraum von 49,25 auf 68,72 Jahre (Knaben), bzw. 52,15 auf 74,13 Jahre (Mädchen).

Lebensdauer

Im Zuge dieser Entwicklung nahmen Möglichkeit und Bereitschaft, Kranke zuhause zu pflegen, ab. Die Ursachen: Kleinfamilie, Kleinwohnungen, Fremdarbeiter, Berufstätigkeit zahlreicher Hausfrauen. Die Folge: Die Hauspflegemöglichkeit ist derzeit eindeutig zu wenig entwickelt.

Eingeschränkte Hauspflegemöglichkeiten

Die enormen Fortschritte der Medizin haben zu einem starken Rückgang der Infektionskrankheiten geführt. Dafür haben die Zivilisationskrankheiten überdurchschnittlich zugenommen. 1911 entfielen von allen Todesfällen 20% auf Infektionskrankheiten, heute noch etwas mehr als 6%, waren damals noch von 100 Gestorbenen deren 14 Opfer der Tuberkulose gewesen, so trifft dies heute noch auf einen zu. Deutlich zugenommen haben die Herz- und Kreislaufleiden, die Krebserkrankungen und die eigentlichen Alterskrankheiten, sowie die "zivilisatorisch bedingten" Gesundheitsstörungen und -schädigungen.

Zunahme der Zivilisationskrankheiten

Die Aerztedichte hat sich in den letzten vierzig Jahren nur unwesentlich verändert: Während 1934 ein praktizierender Arzt auf 1253 Einwohner kam, waren es 1973 1082 Einwohner pro Arzt in freier Praxis. Hingegen hat die Verteilung der Aerzte den Trend der Bevölkerung zur Stadt (1973: 45,1% der Gesamtbevölkerung in den Städten) stärker mitgemacht (70% der frei praktizierenden Aerzte sind in den Städten tätig), vor allem gilt dies für die FMH-Spezialisten, von denen 85% "Stadtärzte" sind. (Diese ungleichmässige Niederlassung der Aerzte schafft jedoch keine unüberwindlichen Probleme: "Im Gegensatz etwa zu Schweden sind die Distanzen in der Schweiz gering; auch abgelegene Gebiete sind verkehrsmässig und hinsichtlich der Kommunikationsmittel gut erschlossen" - P. Gygi/P. Tschopp: "Sozialmedizinische Sicherung").

Arztdichte

Jedoch massgeblich zugenommen hat die Relation Arzt-Patienten in den Spitälern, allein von 1960 bis 1970 von 1:7 auf 1:3-4, sowie

die Relation Pflegepersonal-Patienten von 1:2 auf 1:1 und die Relation Spezialangestellte-Patienten von 1:3 auf 1:1. Allein in einem Jahrzehnt ist der Bedarf an Aerzten und Pflegepersonal pro Patient also auf das Doppelte gestiegen - alles dies Ausdruck des enormen naturwissenschaftlichen und technischen Fortschrittes der Medizin in den letzten Jahrzehnten.

Regierungsrat Dr. Bruno Hunziker, Präsident der Eidgenössischen Sanitätsdirektorenkonferenz: "Die stets grösser werdenden Möglichkeiten des Arztes bei der Diagnose und Therapie führen zu einer immer stärkeren Technisierung und Spezialisierung des ärztlichen Berufes. Das bedingt kostspielige Investitionen und Apparaturen und verursacht entsprechend hohe Betriebs- und Behandlungskosten. Nehmen wir als Beispiel eine Hämodialyse: sie kostet ca. Fr. 220.--, d.h. in der Woche Fr. 440.-- bis Fr. 660.-- oder im Jahr gegen Fr. 30'000.-- (Notabene: von den Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungen heute bereits übernommen!)

Der hohe Stand der Technik und der Medizin versetzt den Arzt heute in die Lage, aber auch in die Versuchung, Dinge zu tun, die er früher nicht konnte und die in vielen Fällen auch nicht unbedingt notwendig sind. Er wird dabei, das sei offen zugegeben, von der heutigen Anspruchsmentalität unserer Bevölkerung dazu auch ermuntert. Der Patient will, dass die laufend differenzierter und vielgestaltiger werdenden Erkenntnisse und Möglichkeiten auch für ihn ausgeschöpft werden. Das ist angesichts der sensationell aufgemachten Aufklärung durch die Massenmedien nicht verwunderlich."

Die Folge: Die (weiter oben bereits dargestellte) Kostenexplosion.

Finanziert wird die Krankenversicherung von jeher vor allem durch Beiträge und Kostenbeteiligungen der Versicherten und durch Subventionen der öffentlichen Hand. Die von den Versicherungsgesellschaften abgeschlossenen Verträge hingegen werden nicht subventioniert. Im Jahre 1970 entfielen von den Gesamteinnahmen der Krankenkassen von etwas über 2 Milliarden Franken rund 67 Prozent

Regierungsrat
Dr. B. Hunziker

Heutige Finanzierung

auf die Beiträge und 6% auf die Kostenbeteiligungen der Versicherten, 23 Prozent auf öffentliche Subventionen, 1,5% auf ausgewiesene Beiträge der Arbeitgeber und der Rest vor allem auf Zinserträge. Die Finanzierung erfolgt nach dem Umlageverfahren. Die Ausgaben einer bestimmten Finanzierungsperiode sind durch die Einnahmen zu decken. Dabei fällt ins Gewicht, dass die Beiträge der Versicherten in der Regel individuelle Fixbeiträge sind, die meist nach Eintrittsalter und Geschlecht, aber nicht nach dem Erwerbseinkommen oder dem Familienstand abgestuft sind; lohnprozentuale Beiträge finden sich praktisch nur in der Krankengeldversicherung. Die Bundessubventionen sind seit 1964 in der Krankenpflegeversicherung Beiträge pro Kopf mit unterschiedlichen Ansätzen für Männer, Frauen und Kinder und in der Krankengeldversicherung fixe Kopfbeiträge. Ein eigentlicher Sozialausgleich fehlt. Die Kostensteigerungen führten in den letzten Jahren zu beträchtlichen Erhöhungen der Versichertenbeiträge. Mit Wirkung ab 1. Januar 1971 wurden zudem als Sofortmassnahme die Ansätze für die Kostenbeteiligung der Versicherten heraufgesetzt. Mit der Erhöhung der durchschnittlichen Pflegekosten sind auch die Leistungen der öffentlichen Hand beträchtlich gestiegen; so hat der Beitrag des Bundes seit 1966 im Durchschnitt jährlich um nahezu 17 Prozent zugenommen.

Die Krankenversicherung wird durch rechtlich und finanziell selbständige Krankenkassen und konzessionierte Versicherungsgesellschaften durchgeführt.

Die Zahl der Krankenkassen betrug beim Inkrafttreten des KUVG 453, stieg dann stetig an und bewegte sich in den Jahren 1929 bis 1956 um 1150. Seither ist die Zahl der Kassen beträchtlich zurückgegangen, und vor allem in den letzten Jahren ist eine ausgesprochene Konzentrationsbewegung eingetreten. Heute bestehen noch rund 750 anerkannte Krankenkassen. Ihr Versichertenbestand schwankt von Kasse zu Kasse zwischen 15 und über einer Million Mitglieder. Die zwölf grossen Kassen mit über 100'000 Versicherten umfassen zusammen rund zwei Drittel des gesamten Versichertenbestandes.

Aufteilung der
Kosten und
Beiträge

Versicherungs-
träger

Zahl der
Krankenkassen

Nicht nach dem KUVG, sondern nach dem VVG (Versicherungsvertragsgesetz) richtet sich die Krankenversicherung, welche die privaten konzessionierten Versicherungsgesellschaften führen. Bei diesen Gesellschaften sind heute rund 400'000 Personen für Taggeld und 200'000 für Heilungskosten versichert.

Private Krankenversicherer, d.h. konzessionierte Versicherungsgesellschaften
Zahl der privat Versicherten

11.2. Unfallversicherung

Seit der Einführung der obligatorischen Unfallversicherung hat sich die Gesamtzahl der unselbständig Erwerbenden nahezu verdoppelt - nämlich von 1'431'866 im Jahre 1920 auf 2'705'273 im Jahre 1970. Im gleichen Zeitraum hat sich die Zahl der SUVA-Versicherten fast verdreifacht von 604'395 auf 1'731'194 oder von 42 auf 64 Prozent aller unselbständig Erwerbenden.

Zahl der Unselbständigerwerbenden

Zahl der SUVA-Versicherten

Die Versicherungsleistungen der SUVA für die Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle stiegen von 41,4 Million Franken im Jahre 1919 auf 891 Million Franken im Jahre 1971 an. Die Leistungen für Nichtbetriebsunfälle von 19,5 auf 47 Prozent. Während die Prämien für die Versicherung der Betriebsunfälle dank erfolgreicher Unfallverhütungsmassnahmen im Durchschnitt erheblich herabgesetzt werden konnten, mussten die Prämien für die Versicherung der Nichtbetriebsunfälle infolge der zunehmenden Verkehrs- und Sportrisiken erhöht werden.

Entwicklung der Prämien

Heute sind beinahe zwei Drittel aller Arbeitnehmer von der SUVA für Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle versichert. Ausserdem sind die familienfremden landwirtschaftlichen Arbeitnehmer gemäss Landwirtschaftsgesetz obligatorisch bei privaten Versicherungsgesellschaften und teilweise bei Krankenkassen gegen Betriebsunfälle versichert. Schliesslich schreiben die Kantone Tessin und Genf für praktisch alle übrigen Arbeitnehmer eine Unfallversicherung bei privaten Versicherungsgesellschaften vor, die sowohl die Betriebs- als auch die Nichtbetriebsunfälle zu umfassen hat. Schätzungsweise dürften heute etwa über 90 Prozent aller Arbeitnehmer auf Grund eines Obligatoriums, gestützt auf arbeitsvertragliche Vereinbarungen oder auf freiwilliger Basis gegen Unfall versichert sein.,

Total der Versicherten

11.3. Erste KUVG-Revision 1964

Während gut fünfzig Jahren hatte das KUVG von 1911 genügt und sich im Grossen Ganzen bewährt. 1964 wurde es erstmals revidiert. Dabei ging es im wesentlichen um folgende Verbesserungen:

- Ausbau der gesetzlichen Mindestleistungen
- Erleichterung der Aufnahme in die Krankenkassen
- Verbesserung der Freizügigkeit
- Neuordnung der Kostenbeteiligung
- teilweise Neugestaltung des Arzt- und Tarifrechtes
- Erhöhung und Neugestaltung der Bundesbeiträge (automatische Anpassung an die Steigerung der Pflegekosten).

Voll zum Ausdruck kamen der tiefgreifende Sozialwandel und die finanziellen Konsequenzen des medizinisch-technischen Fortschrittes jedoch erst nach dieser Revision. Kaum war die Revision in Kraft, führte die drängende Kostenexplosion zu neuen Revisionsbegehren.

Revision 1964

Erste Teilrevision 1964

Revisionspunkte

12. DIE GELTENDEN VERFASSUNGS- UND GESETZESBESTIMMUNGEN

12.1. Die geltenden Verfassungsbestimmungen

Die heutige Verfassungsgrundlage für die Kranken- und Unfallversicherung bildet der Art. 34bis, für die Mutterschaftsversicherung der Artikel 34quinquies Absatz 4 BV, diese Bestimmungen lauten:

Art. 34bis

¹Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung einrichten, unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen.

²Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären.

Art. 34quinquies Abs. 4

⁴Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Mutterschaftsversicherung einrichten. Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären, und es dürfen auch Personen, die nicht in den Genuss der Versicherungsleistungen kommen können, zu Beiträgen verpflichtet werden. Die finanziellen Leistungen des Bundes können von angemessenen Leistungen der Kantone abhängig gemacht werden.

Artikel 34quinquies Absatz 4 bildet die Verfassungsgrundlage für die bundesrechtliche Einrichtung der Mutterschaftsversicherung. Diese Bestimmung wurde wie der ganze Familienschutz-Artikel im Anschluss an das Volksbegehren "Für die Familie" am 25. November 1945 von Volk und Ständen mit grossem Mehr angenommen.

12.2. Die geltenden Gesetzesbestimmungen

Ein erster Gesetzesentwurf betreffend der Kranken- und Unfallversicherung wurde 1900 in der Volksabstimmung mit 341'714 gegen

Die geltenden Verfassungsbestimmungen

148'035 Stimmen verworfen. Er sah im wesentlichen eine obligatorische Kranken- und Unfallversicherung für alle unselbständigerwerbenden Personen vor, deren Jahreseinkommen einen bestimmten Grenzbetrag nicht überstieg. Die Prämien sollten beim Arbeitgeber erhoben und von ihm zur Hälfte am Lohn des Versicherten abgezogen werden.

Bereits 1906 legte der Bundesrat dem Parlament einen neuen Gesetzesentwurf vor, der für die Unfallversicherung weitgehend dem vorhergehenden entsprach, für die Krankenversicherung dagegen die Förderung des Krankenkassenwesens durch Bundesbeiträge vorsah. Gegen das neue Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) wurde zwar wiederum das Referendum ergriffen; nach einem heftigen Abstimmungskampf wurde es aber im Jahre 1912 mit knappem Mehr angenommen.

Das Konzept entsprach der heute noch geltenden Ordnung; Auf dem Gebiet der Krankenversicherung verzichtet der Bund auf ein eigenes Versicherungsobligatorium, ermächtigt dagegen die Kantone bzw. die Gemeinden, die Versicherung als obligatorisch zu erklären. Die Krankenkassen werden unter bestimmten Voraussetzungen anerkannt und vom Bund subventioniert; sie haben bestimmte Pflichtleistungen (Krankenpflege und/oder Krankengeld) während einer gewissen Mindestdauer zu erbringen. Die Finanzierung beruht auf Mitgliederbeiträgen und fixen Bundessubventionen. Den Kantonen ist es untersagt, Arbeitgeberbeiträge als obligatorisch zu erklären.

Während rund 50 Jahren blieb diese als vorläufig gedachte gesetzliche Ordnung - abgesehen von verschiedenen Bundesbeschlüssen über die Erhöhung der Subventionsansätze - unverändert. Vorstösse für eine Neuordnung blieben erfolglos. Auch die Vorschläge der 1921, 1947 und 1952 eingesetzten Expertenkommissionen blieben ohne Folgen. Erst 1964 wurde nach langwierigen parlamentarischen Verhandlungen eine Teilrevision des KUVG beschlossen. Sie trat am 1. Januar 1965 in Kraft. Die Struktur der Krankenversicherung war unverändert. Diese blieb weiterhin eine bundesrechtlich freiwillige, vor allem durch Beiträge der Versicherten und Subventionen des Bundes finanzierte Individualversicherung

KUVG vom
13. Juni 1911

Die geltenden
Gesetzesbestimmungen für die
Krankenversicherung

Erste (Teil-)
Revision 1964,
gültig seit
1.1.1965

Die obligatorische Unfallversicherung bildete im Referendumskampf um das KUVG vom Jahre 1912 das Hauptangriffsziel. Die Gegnerschaft richtete sich einerseits gegen die Schaffung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) als Monopolanstalt, andererseits gegen die Nichterfassung des Kleingewerbes und der Landwirtschaft. Nach dem positiven Ausgang der Volksabstimmung schuf ein Ergänzungsgesetz von 1915 die Grundlage für einen reibungslosen Uebergang von der privaten Unfall- und Haftpflichtversicherung zur obligatorischen Unfallversicherung; ferner erhielt der Bundesrat die Ermächtigung, das Versicherungsobligatorium auf weitere Unternehmungsarten mit erhöhten Betriebsgefahren sowie auf Regiearbeiten öffentlicher Verwaltungen auszudehnen.

Wegen des Ersten Weltkrieges konnte die SUVA den Versicherungsbetrieb erst am 1. April 1918 aufnehmen. Versichert sind bei der SUVA die Arbeitnehmer der öffentlichen und privaten Verkehrs- und Transportunternehmen, der industriellen Betriebe, des gesamten Baugewerbes sowie einer Reihe von Gewerbebezweigen mit erhöhten Betriebsgefahren. Die Versicherung deckt sowohl die Betriebsunfälle, einschliesslich der vom Bundesrat bezeichneten Berufskrankheiten, als auch die Nichtbetriebsunfälle. Eng mit der Versicherung der Betriebsunfälle verbunden ist von jeher die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten. Auch im Unfallversicherungsteil des KUVG wurden keine grundlegenden Änderungen vorgenommen. Bedeutsam ist lediglich die in einem besonderen Bundesgesetz von 1962 geregelte Ausrichtung von Teuerungszulagen an die Rentner der SUVA.

Die geltenden Gesetzesbestimmungen für die Unfallversicherung

SUVA

Revision 1962
(Teuerungszulagen für SUVA-Rentner)

13. DAS "FLIMSER" UND WEITERE MODELLE

13.1. Revisionsbegehren auf breiter Front/ Einsetzung einer Expertenkommission

Die Kosten stiegen in der zweiten Hälfte der Sechzigerjahre derart, dass - kaum war die KUVG-Revision von 1964 unter Dach - zahlreiche neue Revisionsbegehren erfolgten.

Der Christlich-nationale Gewerkschaftsbund (CNG) forderte in einer Eingabe vom 18. November 1966 ein nach Einkommensverhältnissen beschränktes Bundesobligatorium der Krankenpflegeversicherung und ein Bundesobligatorium der Krankengeldversicherung und die obligatorische Einführung der Familienversicherung. Der Schweiz. Invalidenverband forderte am 7. April 1967 eine obligatorische Erwerbsausfallversicherung nach AHV-Beispiel mit je 1,5% Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitrag. Die Kommission für Altersfragen regte am 16. Dezember 1966 die Schaffung einer besonderen Krankenversicherung für Rentner an. Am 4. Oktober 1968 reichte der Kanton Waadt eine Standesinitiative ein, mit der die Bundesbehörden aufgefordert werden, die Vorarbeiten für die Einführung einer "assurance maladie généralisée sur le plan fédéral" so bald als möglich an die Hand zu nehmen. Und schliesslich wurden auch in insgesamt 19 parlamentarischen Vorstössen eine Neuordnung der Krankenversicherung verlangt, die Schaffung einer obligatorischen Versicherung, die Einführung einer Mutterschaftsversicherung und einer Familienversicherung, die insbesondere Finanzierung der Spitalkosten, die Neugestaltung der Bundesbeiträge, die Einführung obligatorischer Arbeitgeberbeiträge, die Mitwirkung der privaten Versicherungsgesellschaften an der Durchführung der obligatorischen Krankenversicherung, die Aufhebung der Liste der kassenzulässigen pharmazeutischen Spezialitäten usw. und auf dem Gebiet der Unfallversicherung die Ausdehnung des Versicherungsobligatoriums auf Handel und Gewerbe, der Ausbau der Versicherungsleistungen, die Gleichstellung der Pflegekinder mit den Waisen sowie eine Verstärkung der Massnahmen zur Verhütung von Unfäl-

Zahlreiche
Revisionsbegehren
von:

CNG

Invalidenverband

Eidg. Kommission
für Altersfragen

Kanton Waadt

Parlamentarische
Vorstösse

len und Berufskrankheiten.

Veranlasst durch eine Interpellation von Nationalrat Trottmann mit dem Ziel einer umfassenden Revision des KUVG, führte der Bundesrat eine Umfrage durch bei den Kantonsregierungen, Wirtschaftsverbänden, politischen Parteien, der an der Durchführung der Krankenversicherung Mitwirkenden u.a.m.

Umfrage

In den Antworten auf diese Umfrage wurde die Revisionsbedürftigkeit der Krankenversicherung überwiegend bejaht und daraufhin bestellte das Eidgenössische Departement des Innern im Februar 1969 eine 50köpfige Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung mit dem Auftrag, die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung zu analysieren und alle Fragen, die sich im Hinblick auf eine Neugestaltung der Krankenversicherung stellen, zu prüfen. Der Bericht wurde am 18. April 1972 abgeliefert.

Einsetzung je einer Expertenkommission für die Krankenversicherung und die Unfallversicherung

Die Revision der obligatorischen Unfallversicherung wurde mit der Einsetzung der entsprechenden Expertenkommission im Januar 1967 durch das Departement des Innern eingeleitet. Auch deren Bericht liegt inzwischen vor.

13.2. Der Bericht der Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung

Die Expertenkommission hatte ein Konzept für die Neuordnung der Krankenversicherung entwickelt, das in der Folge als "Flimser Modell" bezeichnet wurde. (Kompromissformel, die an einer Sitzung in Flims gefunden wurde).

Bericht vom 18. April 1972
Flimser Modell

Die Expertenkommission schlug vor, die künftige Krankenversicherung in ihren Grundlinien auf eidgenössischer Ebene zu ordnen und die Neuordnung dem Stand und den stets wachsenden Kosten des Gesundheitswesens sowie der wirtschaftlichen Lage und den sozialen Bedürfnissen unserer Bevölkerung anzupassen. Das Versicherungsprinzip sollte mehr als bisher mit dem Solidaritätsprinzip gekoppelt werden, aber unter Wahrung des Grundsatzes der freiheitlichen, gegliederten Krankenversicherung. Ueberdies sind die

Versicherungsbestrebungen mit einer aktiven Einflussnahme auf die Kostenentwicklung zu verbinden. (S. 58/59) Im Spitalbereich ist der Kostenanstieg am stärksten. Ueberdies besteht die Tendenz der Kantone, ihre Leistungen an die Spitäler (Deckung der Betriebsdefizite) zu verringern und damit die Krankenversicherung zusätzlich zu belasten. Schliesslich kann der Staat allein im Spitalsektor ohne Verschlechterung der Qualität der Behandlung kostenregulierend eingreifen.

Gestützt auf diesen Grundsatz beantragte die Kommission, als finanziell selbsttragenden Teil der Krankenpflegeversicherung eine allgemeine obligatorische Spitalversicherung zu schaffen. Diese hätte zwei Komponenten zu umfassen: die Versicherung der Spitalbehandlung soll den in der Schweiz wohnhaften oder erwerbstätigen Personen bei Krankheit, Mutterschaft und gegebenenfalls bei Unfall zeitlich unbeschränkten Schutz bieten. In die Spitalversicherung seien ebenfalls stunden- oder tageweise Heilanstaltsbehandlungen einzubeziehen, sofern sie nach Methode und Dauer einer stationären Behandlung gleichkommen. Den Versicherten sollen bei Heilanstaltsaufenthalt in der allgemeinen Abteilung - mit Ausnahme eines Kostenanteils in der Höhe der ersten fünf Tagespauschalen und eines bescheidenen täglichen Anteils an den Verpflegungskosten - keine Kosten erwachsen. Den Patienten der Halbprivat- oder Privatabteilung würde die Pauschale der allgemeinen Abteilung desselben oder eines vergleichbaren Spitals vergütet. Die Tagespauschalen seien für jede Heilanstaltskategorie einheitlich zu bemessen und dürften nicht mehr als 70 Prozent des gesamten Betriebsaufwandes betragen. Diese Spitalversicherung sei im Interesse eines besseren Sozialausgleiches nicht durch feste Beiträge, sondern durch einen Zuschlag zum AHV/IV/EO-Beitrag in der Höhe von 1,8 bis 2 Lohnprozenten zu finanzieren. Von den Altersrentnern der AHV wäre ein Beitrag von 2 Prozent ihrer Rente zu erheben. Zur Förderung einer sachgerechten Spitalplanung sollen Spitalsubventionen gewährt werden.

Im Gegensatz zur obligatorischen Spitalversicherung soll die Versicherung der ambulanten Krankenpflege von Bundes wegen wie bisher

Obligatorische
Spitalversicherung

Finanzierung

Freiwillige übrige
Krankenpflegeversicherung

den Charakter einer freiwilligen Individualversicherung behalten. Neu sei eine Zahnbehandlungskostenversicherung mit gesetzlichen Mindestleistungen, einzuführen.

Zu finanzieren sei die bundesrechtlich freiwillige Krankenpflegeversicherung wie bisher im allgemeinen durch individuelle Fixbeiträge und Kostenbeteiligungen der Versicherten durch Subventionen von Bund und Kantonen. Die Subventionen sollen jedoch - im Gegensatz zu bisher nicht allgemein, sondern gezielt zugunsten der Frauen, Kinder und der wirtschaftlich schwachen Versicherten ausgerichtet werden und dadurch deren Beitragslast tragbar gestalten. Als Korrelat zu einer sozialeren Lastenverteilung strebt die Kommission eine gewisse Kostenbremsung an. So soll die Beteiligung des Versicherten an den Kosten der ambulanten Behandlung erweitert und damit einer allzu grossen Konsumfreudigkeit entgegengewirkt werden.

Finanzierung

Als weitere Neuerung schlug die Kommission eine obligatorische Krankengeldversicherung für alle Arbeitnehmer und allenfalls für bestimmte Gruppen vor. Zu finanzieren wäre diese Versicherung je hälftig durch Beiträge der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer.

Obligatorische Krankengeldversicherung
Finanzierung

Die Grundlagen des Arztrechts (freie Arztwahl, Behandlungsfreiheit, primär vertragliche Tariffestsetzung) sollen unverändert bleiben.

Die Durchführung der Krankenpflegeversicherung solle weiterhin den Krankenkassen obliegen; die obligatorische Spital- und Krankengeldversicherung sollte den Krankenkassen und der Privatversicherung übertragen werden. Schliesslich solle die Koordination mit andern Sozialversicherungszweigen verbessert werden. Der Gesamtaufwand der sozialen Krankenversicherung (Spitalversicherung, allgemeine Krankenpflegeversicherung, Krankengeldversicherung) nach den Vorschlägen der Expertenkommission wurde auf 5,24 Milliarden Franken geschätzt; davon 3,24 Milliarden zu Lasten der Versicherten, 1,15 Milliarden zu Lasten der Arbeitgeber und 0,85 Milliarden zu Lasten der öffentlichen Hand gehen.

Gesamtaufwand

Zusammengefasst: Ziel des Flimser-Modells war:

1. Verstärkung der Solidarität und Gewährung eines minimalen Schutzes bei Spitalbehandlung für die ganze Bevölkerung durch eine obligatorische Spital-Versicherung finanziert durch Lohnprozente. Sie hätte ab 6. Spitaltag die Kosten für die Spitalbehandlung ohne zeitliche Beschränkung übernommen.
2. Entlastung der kantonalen Spitalbudgets durch Uebernahme wesentlich grösserer Teile der Spitalkosten durch die Grossrisiko-Versicherung.
3. Deckung der übrigen "Risiken" (ambulante Behandlung, Spitalaufenthalt bis zum 5. Tag) durch die wie bisher freiwillige Krankenpflegeversicherung der Krankenkassen.
4. Finanzierung durch Lohnprozente, die fast durchwegs der Spitalkosten-Versicherung des Bundes (und auf diesem Wege den Kantonen) zugute gekommen wären; die Krankenkassen hätten für den für ihren Bereich vorgesehenen Leistungsausbau die Prämien erhöhen müssen.

13.3. Eine Flut von Gegenmodellen

Die Vernehmlassung über das Flimser-Modell für die Neuordnung der Krankenversicherung löste heftige Kontroversen aus. Der Vorschlag fand wenig Sympathien. Gegenmodelle wurden produziert. So hat eine Gruppe von Berner Aerzten und Krankenkassen (Aktionsgemeinschaft für eine wirklich soziale Krankenversicherung) ein als "Modell 72" bezeichnetes Projekt vorgelegt, ferner hat eine Solothurner Gruppe KUVG unter dem Titel "Staatsmedizin Ja oder Nein?" einen neuen Weg für eine soziale Krankenversicherung aufgezeigt und die Grütli-Krankenversicherung ein eigenes Revisions-Modell entwickelt.

Dem Flimser-Modell wurden u.a. vorgeworfen, die Einheitlichkeit der Versicherung - bisher durch die Krankenkassen gewährleistet - würde aufgebrochen, was auf die Dauer eine geringere Versicherungsdichte brächte. Der Trend zur aufwendigeren Spitalmedizin würde

Zusammenfassung des Flimser Modells

Ziele

Zahlreiche Gegenmodelle:

Modell 72,
Solothurner Gruppe
("Staatsmedizin
Ja oder Nein")

Grütli-Modell

Kritik am
Flimsermodell

verstärkt, die vorsorgliche Sicherung der ambulanten Behandlung verschlechtert: Der Glaube wäre aufgekommen, man "habe" an der obligatorischen Bundes-Grossrisiko-Versicherung "genug" und hätte die Vorsorge für Arzt und Arznei zuhause (ambulante Behandlung) unterlassen.

Allen drei Gegenmodellen gemeinsam war die Ablehnung eines Bundesobligatoriums und einer auch nur teilweisen lohnprozentualen Finanzierung der Krankenversicherung. Der Sozialausgleich soll durch vermehrte Heranziehung und gezielten Einsatz öffentlicher Mittel herbeigeführt werden, die nach dem "Modell 72" und dem "Modell Grütli" teilweise durch Sondersteuern (Steuer auf gesundheitsschädigenden Waren, Lohnvolumenabgabe) zu beschaffen wären; die Versicherten wären nach dem "Modell 72" und dem Solothurner Modell nach ihrem steuerbaren Einkommen in Klassen einzuteilen und würden entsprechend abgestufte Prämienbeiträge erhalten. Nach dem "Modell 72" sollen zudem bestimmte, für Familien besonders belastende Risiken (Frauen, Kinder) auf die ganze Risikogemeinschaft umgelegt werden. Hinsichtlich der Leistungen übernahmen das "Modell 72" und das "Modell Grütli" weitgehend die Vorschläge der Expertenkommission, wogegen sich das Solothurner Modell im wesentlichen auf die Schaffung einer Spitaltaggeldversicherung beschränkte.

Ein grundlegend anderes Revisionskonzept hatte das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen ausgearbeitet. Danach soll die Krankenpflegeversicherung allgemein als obligatorisch erklärt und zur Hälfte durch Lohnprozente, zu 20 Prozent durch Fixbeiträge der Versicherten nach gleichen Ansätzen für Männer und Frauen, zu 10 Prozent durch Kostenbeteiligungen und für den Rest durch Beiträge der öffentlichen Hand finanziert werden. Für die Ausgestaltung der Leistungen und der Krankengeldversicherung übernimmt dieses Modell im wesentlichen die Vorschläge der Expertenkommission. Das Konkordat hat zusammen mit der Fédération des Sociétés de secours mutuels de la Suisse romande und der Federazione ticinese delle Casse-malati am 15. September 1972 eine Petition an die Bundesbehörden gerichtet und

Vorschlag des
Konkordates der
Schweizerischen
Krankenkassen

Petition der Kassen

darin um die Verwirklichung folgender Postulate ersucht:

- Solidarischer Versicherungsschutz für alle
- Weiterer Ausbau der Leistungen
- Solidarische Finanzierung durch alle
- Schluss mit der Diskriminierung der Frauen
- Praktizierter Familienschutz
- Gesichertes Einkommen bei Krankheit
- Freie Wahl von Arzt und Krankenkasse

Die Petition trug nach Angabe der Petenten 599 134 Unterschriften.

Angesichts der verworrenen Situation entschloss sich der Bundesrat nach zahlreichen Gesprächen mit allen interessierten und betroffenen Kreisen der Initiative der SPS nicht, wie ursprünglich vorgesehen, einen Gegenvorschlag auf Gesetzesebene, sondern auf Verfassungsebene gegenüberzustellen.

Damit wird dem Volk Gelegenheit zu einer Entscheidung gegeben. Der Bundesrat begründet diesen Weg in seiner Botschaft vom 19. März 1973 S. 17 wie folgt:

"Da jedoch das Volksbegehren (die SP-Initiative Rf) ein bestimmtes Reformkonzept in der Verfassung verankern will, scheint es uns notwendig, die von uns als sachgerecht betrachtete Lösung ebenfalls auf Verfassungsebene vorzulegen, damit Parlament, Volk und Stände im gleichen Verfahren zu beiden Vorschlägen Stellung nehmen können".

Verworrene
Situation

Grundsatzent-
scheid durch
das Volk am
8. Dezember 1974

14. DIE SPS-KRANKENVERSICHERUNGSINITIATIVE

14.1. Allgemeine Uebersicht

Während der Arbeit der Sachverständigen für die Neuordnung der Krankenversicherung reichte die Sozialdemokratische Partei der Schweiz am 31. März 1970 mit 88'424 gültigen Unterschriften die "Initiative für eine soziale Krankenversicherung" ein.

Ihre Ziele:

Aufhebung der bisher grundsätzlichen Freiwilligkeit der Versicherung. In Zukunft sollen die Krankenpflegeversicherung einschliesslich der Zahnbehandlung für alle obligatorisch sein. Einführung einer obligatorischen Erwerb ersatzversicherung, mindestens bei schwerbelastenden sowie langdauernden und analogen Krankheiten, sowie obligatorische Unfallversicherung für alle Arbeitnehmer.

Ausser Beiträgen des Bundes und der Kantone wird die Finanzierung der Versicherung durch Lohnprozente gefordert, die je zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu tragen wären.

In einem Flugblatt, mit dem für Unterschriften geworben wurde, wird klar gefordert:

"Die Krankenpflegeversicherung unter Einschluss der Zahnbehandlung wird für jedermann obligatorisch erklärt (ärztliche Behandlung in der Strechstunde, zu Hause, Spitalaufenthalt, Operationen, Arzneien usw.).

Verfassungsmässig festgelegt wird, dass bei langdauernden sowie finanziell schwer belastenden Krankheiten, bei Spitalaufenthalt (selbstverständlich inklusive den notwendigen Operationen) und bei Mutterschaft die vollen Kosten durch die Versicherung zu decken sind. In diesen Fällen sind also weder Selbstbehalt noch Franchise zulässig.

SPS-Initiative
vom 31. März 1970

Ziele

Obligatorium

Finanzierung durch
Lohnprozente

Forderungen der
Initianten

Der Gesetzgeber hat den massgeblichen Aerzte- und Spitaltarif aufzustellen, da es bei der sozialen Krankenversicherung nicht darum gehen kann, dass sie die Aufwendungen in einem luxuriösen Privatspital ganz übernimmt. Hier hätte der Versicherte für die Kostendifferenzen selbst aufzukommen.

Nicht voll versichert sind die leichteren Krankheiten und natürlich die Bagatellfälle. Hierbei hat die Gesetzgebung die näheren Bestimmungen aufzustellen.

Die Krankengeldversicherung (Erwerbersatz im Krankheitsfall) wird für die grossen Risiken - wichtig vor allem bei langdauernden Krankheiten und bei Mutterschaft - ebenfalls obligatorisch erklärt. Die Krankengelder müssen mindestens 80 Prozent des vorherbezogenen Einkommens betragen, wobei die Gesetzgebung die Höchstgrenze des versicherbaren Einkommens festlegt. Für Nichterwerbstätige gelten die Ansätze der Taggelder der Invalidenversicherung.

Die Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung wird umgestaltet. Die Prämien sollen in einem Prozentsatz des Lohnes erhoben werden. Damit ist zugleich die ganze Familie versichert. Diese Bestimmungen bringen eine spürbare Entlastung der kleinen Einkommen und der kinderreichen Familien.

Wie das in unseren Nachbarstaaten schon längst üblich ist, werden die Arbeitgeber verpflichtet, mindestens die Hälfte der Krankenversicherungsprämien ihrer Arbeitnehmer zu tragen.

Die Krankenkassen werden als Träger der Versicherung anerkannt.

Ausserdem ist vorgesehen, dass jeder Arbeitnehmer obligatorisch gegen Unfall zu versichern ist. Heute ist das in Betrieben, die der Schweizerischen Unfalversicherung (SUVA) unterstellt sind, der Fall. Zudem sollen alle Massnahmen zugunsten der Verhütung von Krankheiten und Unfällen gefördert und die Krankenversicherung mit den übrigen Zweigen der Sozialversicherung koordiniert werden".

Kurz:

Die sozialdemokratische Verfassungsinitiative strebt Aenderungen an, die auf den ersten Blick nichts Unwälzendes bedeuten. Effektiv würde aber durch die Aenderung des Finanzierungssystems - Lohnprozente anstelle von Individualprämien - die Grundlage der Krankenpflegeversicherung umgestaltet: zentrale Finanzierung führt zwangsläufig zu zentralistischer Verwaltung und zentraler staatlicher Steuerung des ganzen Gesundheitswesens. Wie dieses danach aussehen würde, kann anhand der Initiative nur vermutet werden: alle heiklen Detailfragen werden der Gesetzgebung zugewiesen. Wann ein derartiges Vollzugsgesetz im Parlament zustandekommen könnte, ist höchst ungewiss: die AHV stand 25 Jahre in der Verfassung, bevor auf den 1. Januar 1948 ein Gesetz geschaffen werden konnte!

Folge wäre:
Grundlegende
Umgestaltung
unseres
Gesundheitswesens

14.2. Text der SPS-Krankenversicherungsinitiative

Der Text der Initiative lautet:

Text

"Artikel 34bis und Artikel 34quinquies Absatz 4 der Bundesverfassung sind durch folgende Bestimmungen zu ersetzen:

Art. 34bis (neu)

- 1) Der Bund richtet auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Mutterschaftsversicherung sowie die Unfallversicherung ein. Er berücksichtigt die bestehenden Krankenkassen.
- 2) Die Krankenpflegeversicherung einschliesslich Zahnbehandlung ist obligatorisch. Für schwerbelastende sowie langdauernde Krankheiten oder ihnen gleichzustellende nicht im Sinne von Absatz 4 versicherte Unfälle bei Spitalaufenthalt und für Mutterschaft deckt sie im Rahmen der von der Gesetzgebung zu umschreibenden Grundsätze die gesamten Kosten.
- 3) Die Erwerb ersatzversicherung ist mindestens für die in Absatz 2 erwähnten Fälle obligatorisch. Sie ist so zu ord-

Kranken- und
Mutterschaftsver-
sicherung
Bestehende
Krankenkassen

Krankenpflegever-
sicherung
Zahnbehandlung
obligatorisch

Erwerb ersatzver-
sicherung

nen, dass das Krankengeld wenigstens 80% des vorher bezogenen Einkommens, für Nichterwerbstätige mindestens den Taggeldern der Invalidenversicherung entspricht. Die Grenze der versicherbaren Höchsteinkommen wird durch das Gesetz festgelegt.

- 4) Die Unfallversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund kann das Obligatorium auf weitere Kreise der Bevölkerung ausdehnen.
- 5) Die Finanzierung der Versicherung gemäss Absatz 2 und 3 erfolgt durch Beiträge des Bundes, der Kantone und der Versicherten. Die Prämien sind für Erwerbstätige und ihre Familien in einem Prozentsatz des Erwerbseinkommens festzulegen. Für Arbeitnehmer übernimmt der Arbeitgeber mindestens die Hälfte der Prämien.
- 6) Der Bund und die Versicherungsträger fördern alle Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen.
- 7) Der Bund führt die Koordination mit den übrigen Zweigen der Sozialversicherung herbei.
- 8) Alles übrige regelt die Gesetzgebung"

Massgebend ist der deutsche Text der Initiative. Das Volksbegehren enthält eine Rückzugsklausel.

Unfallversicherung
obligatorisch
Obligatorium

Finanzierung

Rückzugsklausel

14.3. Erläuterung und Beurteilung der SPS-Initiative

Der Initiativtext enthält keine Forderung, die nicht schon auf Grund der geltenden Artikel 34bis und 34quinqüies Absatz 4 der Bundesverfassung auf dem Gesetzgebungswege verwirklicht werden könnte. Diese beiden Bestimmungen räumen dem Bund eine umfassende Gesetzgebungskompetenz auf dem Gebiete der Kranken-, Unfall- und Mutterschaftsversicherung ein. Die Initianten wollen den Bund auf ein bestimmtes Konzept für die zu schaffende gesetzliche Ordnung verpflichten.

Initiative war
rechtlich nicht
nötig

Diesem Vorschlag muss daher das bisherige Konzept in ausgebauter Form entgegengestellt werden. An Stelle der allgemeinen Kompetenznorm soll also das Konzept, die Form der Ausgestaltung der Krankenversicherung in der Verfassung verankert werden.

Inhaltlich lehnt sich Absatz 1 des Initiativtextes an die geltenden Artikel 34bis Absatz 1 und 34quiquies Absatz 4, Satz 1 an und gibt dem Bund die Befugnis, auf dem Wege der Gesetzgebung und unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen die Kranken- und Mutterschaftsversicherung sowie die Unfallversicherung einzurichten. Die Absätze 2-5 enthalten die Normen für die Ausgestaltung der einzelnen Versicherungszweige.

Die einzelnen Forderungen der SP-Initiative sind wie folgt zu beurteilen: Die Krankenpflegeversicherung soll nach dem Volksbegehren obligatorisch sein und auch die Zahnbehandlung (?), die Mutterschaft und die nicht obligatorisch versicherten Unfälle einschliessen. Bei schwerbelastenden sowie langdauernden Krankheiten und ihnen gleichzustellenden Unfällen, bei Spitalbehandlung und für Mutterschaft sind im Rahmen gesetzlicher Grundsätze die gesamten Kosten zu decken. Die Versicherung ist durch Beiträge des Bundes, der Kantone, der Versicherten und deren Arbeitgeber in Prozenten des Erwerbseinkommens zu finanzieren.

Die Krankenpflegeversicherung ist heute von Bundes wegen freiwillig. Die Kantone sind jedoch ermächtigt, die Versicherung allgemein oder für bestimmte Bevölkerungsgruppen als obligatorisch zu erklären. 1970 waren 89 Prozent der Wohnbevölkerung für Krankenpflege versichert, heute über 92 Prozent. Der Anteil der obligatorisch Versicherten betrug nach einer Schätzung der Expertenkommission rund ein Viertel.

Ein Vollobligatorium auf Bundesebene geht aber über das sozialpolitisch Erforderliche hinaus und hat schwerwiegende Nachteile. Es würde nichts Wesentliches zur Verbesserung des Schutzes der Bevölkerung beitragen. Erhaltung und Wiedererlangung der Gesundheit verlangt im Zeitalter der Zivilisationskrankheiten die aktive Mitwirkung des Ver-

Neu:
Konzept anstatt
allgemeine Kom-
petenz in die
Verfassung

Aufbau der
Initiative

Beurteilung der
einzelnen For-
derungen der
SPS-Initiative

Krankenpflege-
versicherung

Vollobligatorium

sicherten. Auch über den - sparsamen - Einsatz der Mittel muss er verantwortlich mitentscheiden. Zwangsmitgliedschaft bei einer Versicherung schmälert die Selbstverantwortung des Einzelnen und führt schliesslich zu einer unerwünschten Konsumentenhaltung und Steigerung des "Medizinalkonsums". Die günstige wirtschaftliche Entwicklung der letzten Jahrzehnte und der Ausbau der übrigen Sozialversicherungszweige haben sodann einen grossen Teil unseres Volkes in die Lage versetzt, für die Behandlungskosten von Krankheiten geringer Schwere und Dauer, sei es direkt, sei es über eine individuelle Versicherung, aufzukommen. Es würde daher weit über den Rahmen einer zeitgemässen Sozialpolitik hinausgehen, wenn auch für Risiken, die praktisch jeder selbst tragen kann, eine obligatorische Vollversicherung vorgesehen würde. Die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen würde damit aufgehoben, wofür weder wirtschaftlich noch versicherungstechnisch eine Notwendigkeit besteht. Im Gegenteil. Gerade bei kleinen Krankheitsrisiken spielt die Einstellung des Einzelnen eine wichtige Rolle. Eine alle Risiken umfassende obligatorische Krankenpflegeversicherung hätte darum auch erheblich höhere Versicherungskosten zur Folge. Für die Einstellung des Volkes gegenüber der Versicherung und den Medizinaldiensten überhaupt ist entscheidend, dass der Abschluss der Versicherung nicht ein Muss ist, sondern ein Akt freien, verantwortlichen Entscheidens bleibt. Das allgemeine Obligatorium ist ein weiterer Schritt zur Entmündigung und Entfremdung des Bürgers.

Die Initianten waren sich offenbar dieser Problematik bewusst. Sie haben daher eine Kostenbeteiligung des Versicherten bei geringfügigen Fällen vorgesehen. Das würde jedoch am Prinzip des Vollobligatoriums nichts ändern. Um wirksam zu sein, müsste die Beteiligung des Versicherten zudem verhältnismässig hoch angesetzt werden.

Bundesrat und Parlamentsmehrheit halten daher eine Krankenpflegeversicherung, die sämtliche Risiken und Leistungen einschliesst für nicht nötig und nicht zeitgemäss.

Die Krankenpflegeleistungen sollen nach dem Volksbegehren bei Krankheit, Mutterschaft und subsidiär bei Unfall gewährt werden. Dies entspricht weitgehend dem heutigen Rechtszustand.

Leistungen

Neu soll die Zahnbehandlung in die Versicherung einbezogen werden. Wegen ihrer grossen gesundheitlichen Bedeutung und ihrer finanziellen Belastung für den Einzelnen sollen zwar auch Zahnbehandlungen versicherbar sein. Indessen bestehen hier ausgesprochene Besonderheiten, die es nicht erlauben, sie versicherungsmässig mit der allgemeinen Krankenpflege in einen Topf zu werfen. Der Umfang der Behandlungsbedürftigkeit hängt entscheidend von der richtigen Zahnpflege und der allgemeinen Prophylaxe, vielfach aber auch von ästhetischen Wünschen des Patienten ab. Daher sollen lediglich zahnchirurgische und verwandte Leistungen sowie prophylaktische Zahnuntersuchungen zu den Pflichtleistungen der Krankenpflegeversicherung zählen. Im übrigen ist aber eine besondere freiwillige Versicherungsabteilung zu schaffen, bei der unter bestimmten Voraussetzungen und in bestimmtem Umfang die konservierende Zahnbehandlung und die Prothetik versichert werden können. Eine solche Differenzierung ist im Rahmen eines Vollobligatoriums der Zahnpflegeversicherung nicht möglich.

Zahnbehandlung

Ein Obligatorium würde bei der Zahnbehandlung letztlich bedeuten, dass die Sorgfältigen für diejenigen zahlen müssten, die durch Vernachlässigung ihrer Zähne den Schaden vergrössert haben. Die Gesamtheit der Versicherten hätte somit für zum Teil vermeidbare Kosten aufzukommen. Eine solche Regelung ist weder gesundheits- noch sozialpolitisch erstrebenswert.

Nach dem Initiativtext soll die Finanzierung durch Beiträge der öffentlichen Hand und lohnprozentuale Beiträge der Versicherten erfolgen, die bei Arbeitnehmern mindestens zur Hälfte zu Lasten des Arbeitgebers gingen. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat - ausgehend vom AHV-Beitragssystem - eine summarische Schätzung der erforderlichen lohnprozentualen Beiträge vorgenommen. Es kam zum Schluss, dass allein für die Krankenpflegeversicherung nach SPS-Initia-

Finanzierung

tive 4,8 Prozent vom Erwerbseinkommen - also je 2,4 Prozent zu Lasten des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers - nötig wären. Würde man anstelle des AHV-Beitragsystems gleich vorgehen wie in allen andern Ländern - obere Beitragsbegrenzung - was sehr wahrscheinlich wäre, so ergäben sich bald einmal Beiträge von über 6 Lohnprozent, also über 3 Prozent je Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Langfristig betrachtet müssten die Beiträge - wie die Erfahrung im Ausland zeigt - bei sinkender Qualität auf jeden Fall ständig erhöht werden, weil die Selbstkontrolle der Beteiligten fehlt, der Ausnützungsgrad steigt und die Effizienz sinkt.

Für das Gebiet der kleineren Krankheitsrisiken mit ihren mannigfachen subjektiven Einflüssen hat die Selbstverantwortung den Vorrang. Zwar sollen auch hier Versicherungsmöglichkeiten bestehen. Der Versicherte soll aber im Prinzip risikogerechte Prämien entrichten. Nur für die Teile der Bevölkerung, denen dies nicht möglich oder nicht zumutbar ist, soll die Prämie durch öffentliche Mittel ermässigt werden. Die Solidarität geht heute schon weit. Mehr - wie die Initiative fordert - ist aus mannigfachen Gründen nicht tragbar. Dazu kommt, dass der Belastung der Arbeitgeber aus Gründen der Konkurrenzfähigkeit der Wirtschaft gewisse Grenzen gesetzt sind. Man muss die bestehenden und künftigen Aufwendungen der Arbeitgeber für andere Sozialversicherungszweige (AHV/IV/EO; 2. Säule; SUVA) mit in Betracht ziehen und berücksichtigen, dass für die Finanzierung eines Teils der Krankenpflegeversicherung andere Möglichkeiten offenstehen. Die Initiative sprengt daher den Rahmen der möglichen Belastungen. (Siehe auch Abschnitt 18: Gesamtaufwand für die Sozialversicherung).

Hinzu kommen organisatorische Mängel. Krankenkassen, denen zumindest in der Krankenpflegeversicherung in der Regel nicht Betriebsgemeinschaften, sondern Einzelversicherte angehören, sind nicht in der Lage, lohnprozentuale Beiträge zu erheben. Das von den Initianten vorgeschlagene Finanzierungssystem würde somit organisatorische Umstellungen nötig machen: Die Beiträge der Versicherten würden über den Apparat der AHV/IV erhoben und - zusammen mit den Beiträgen der öffentlichen Hand- den Kran-

Organisatorische
Mängel

kenkassen zur Erbringung ihrer Leistungen zugeführt. Technisch ist dies möglich. In dessen würden damit die Krankenkassen in ihrer Selbständigkeit ganz erheblich eingeschränkt. Die einzelne Kasse wäre nur noch im kleinen Bereich der freiwilligen Versicherung (Spitalzusatzversicherung und dgl.) für ihren Finanzhaushalt selbst verantwortlich. Besonders für Krankheiten geringerer Schwere ist es wichtig, den direkten Zusammenhang zwischen Beitrag und Leistung aufrechtzuerhalten. Damit kann die Kasse den Versicherten zeigen, dass die Prämie sich nach dem "Medizinalkonsum" richtet und die Zurückhaltung ihrer Mitglieder bei der Inanspruchnahme von Leistungen durch entsprechende niedrigere Prämien honorieren. Diesem Gesichtspunkt trägt die Initiative praktisch keine Rechnung. Die Trennung der Beitragserhebung von der Leistungsgewährung würde eine differenzierte Prämienpolitik der Krankenkassen verunmöglichen. Das Interesse der Versicherten an einer Konsumbeschränkung würde geschwächt und gesamtgesellschaftlich gesehen ein Anreiz zur Kostenbeschränkung beseitigt. Die Krankenkassen würden zu Verteilstellen von Bundesgeldern degradiert, die sich gegenseitig dadurch konkurrenzieren, dass sie möglichst grosszügig sind. Das könnte der Bund nicht zulassen, so dass er regulierend eingreifen müsste. Am Ende der Entwicklung stünde die völlige Zentralisation nicht nur der Versicherung, sondern auch der für den Aufwand verantwortlichen Dienste (Ärzte und Spitäler).

Die Krankengeldversicherung (Erwerbssersatzversicherung) soll nach dem Volksbegehren mindestens für schwerbelastende und langdauernde Krankheiten und Unfälle, bei Spitalaufenthalt und Mutterschaft obligatorisch sein. Das Krankengeld hätte bei Erwerbstätigen mindestens 80 Prozent des ausfallenden, einen bestimmten Höchstbetrag nicht überschreitenden Erwerbseinkommens zu betragen und bei Nichterwerbstätigen mindestens dem IV-Taggeld zu entsprechen. Die Finanzierung wäre gleich zu ordnen wie in der Krankenpflegeversicherung, würde also auf Beiträgen der öffentlichen Hand und Prämien der Versicherten beruhen, wobei letztere für Erwerbstätige und ihre Familien in Prozenten des Erwerbseinkommens zu erheben und bei Arbeitnehmern mindestens zur Hälfte vom Arbeitgeber aufzubringen wären.

Erhebliche Einschränkung der Selbständigkeit der Krankenkassen

Obligatorische Krankengeldversicherung (Erwerbssersatzversicherung)

Finanzierung nötig für Arbeitnehmer

Der Erwerbsausfall bei langdauernder Krankheit stellt ohne Zweifel ein schweres Risiko dar. Eine obligatorische Krankengeldversicherung mit Leistungen, die etwa denjenigen der SUVA entsprechen, ist mindestens für Arbeitnehmer gerechtfertigt. Nach Schätzungen der Expertenkommission liesse sie sich mit Beiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber von je 0,7 Prozent des Lohnes finanzieren.

Unnötig ist die Gleichstellung der Selbständigerwerbenden mit den Arbeitnehmern und die verfassungsmässige Festlegung eines Taggeldanspruchs für Nichterwerbstätige. Bei den Selbständigerwerbenden ist das Bedürfnis zur Deckung des Erwerbsausfalles je nach Erwerbsgruppe verschieden, und bei den Nichterwerbstätigen erhalten grosse Gruppen (z.B. die Betagten und Invaliden) auch während der Krankheit Leistungen anderer Sozialversicherungszweige wie beispielsweise der AHV/IV.

Nach dem Volksbegehren soll die Unfallversicherung für alle Arbeitnehmer obligatorisch sein und allenfalls auf weitere Bevölkerungskreise ausgedehnt werden.

Dass die obligatorische Unfallversicherung sich nicht nur auf Arbeitnehmer in den der SUVA unterstellten Betrieben und in der Landwirtschaft erstrecken soll, wird aus allen Lagern, nicht nur seitens der SP gefordert.

Unbestritten ist schliesslich auch die Forderung, dass die Anstrengungen vermehrt als bisher darauf auszurichten sind, Krankheiten vorzubeugen und Unfälle zu verhüten.

Die Lösung, die die SPS-Volksinitiative für die soziale Krankenversicherung anstrebt, ist abzulehnen. Vor allem gilt dies für die vorgeschlagene obligatorische Krankenversicherung aller für alles und jedes und ihre überwiegend lohnprozentuale Finanzierung. Ein Bundesobligatorium, das sich auf die ganze Bevölkerung und auch auf kleine Krankheitsrisiken erstreckt, entspricht bei der heutigen wirtschaftlichen Lage unseres Volkes keinem sozialpolitischen Bedürfnis. Ein solches Obligatorium schmälert vielmehr die Selbstverantwortung des Einzelnen und för-

Unnötig für zahlreiche andere Gruppen

Obligatorische Unfallversicherung für alle Arbeitnehmer unbestritten

Prophylaxe

Zusammenfassung

dert den "Medizinalkonsum". Besonders problematisch wäre ein Vollobligatorium der Zahnpflegeversicherung. Mit der stark überwiegend lohnprozentualen Finanzierung aller Risiken würde das Solidaritätsprinzip überspannt. Der Zusammenhang zwischen Prämie und Leistung wäre gänzlich durchbrochen; die Krankenkassen verlören weitgehend ihre Selbständigkeit und damit die Möglichkeit, die Prämien den jeweiligen Aufwendungen ihrer Risikogemeinschaft anzupassen. In der Krankengeldversicherung würde das vorgeschlagene Obligatorium für Selbständigerwerbende und Nichterwerbstätige den unterschiedlichen wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen zu wenig Rechnung tragen.

Die SPS-Initiative nimmt die Kostenexplosion als scheinbar unausweichliche "Naturkatastrophe" hin, kapituliert vor ihr und sucht einzig nach mehr Geld und nach einer strukturellen Umgestaltung unseres Gesundheitswesens. Die Kostenexplosion, vor allem im Spitalsektor, darf aber nicht als "gottgewollt" und unabänderlich einfach auf neue Rechnung vorgetragen werden!

"Selbst wenn wir noch so grosse finanzielle Mittel zur Verfügung hätten, würden sie uns nie erlauben, alle Möglichkeiten der modernen Medizin überall und jederzeit voll anzuwenden. ... Die Kosten, die beispielsweise zur Lebensverlängerung durch Organtransplantation für einige wenige Patienten notwendig sind, würden es ermöglichen, zur Rettung vieler potentiell gefährdeter Menschenleben auf breitester Grundlage präventivmedizinische Massnahmen einzusetzen. Wie auf deren Gebieten, so geht es auch in der Medizin und im besonderen in der Spitalmedizin nicht mehr ohne klare Prioritäten". (Dr. jur. B. Hunziker, Regierungsrat, "Die Kehrseite des med. Fortschritts")

Bundesrat und Parlament beantragen daher mit grosser Mehrheit Ablehnung der SPS-Krankenversicherungsinitiative. Sie haben den nachfolgend dargestellten Gegenvorschlag ausgearbeitet und empfehlen diesen zur Annahme.

Ablehnung der SPS-Initiative durch Bundesrat und Parlament
Ja zum Gegenvorschlag

15. DER VORSCHLAG DER BUNDESVERSAMMLUNG

15.1. Allgemeine Uebersicht

Die Ablehnung des Flimser Modells der Expertenkommission für die Revision des KUVG bewog den Bundesrat, eine eigene, ähnliche Lösung auf Verfassungsstufe auszuarbeiten. Der Vorschlag des Bundesrates sah eine obligatorische Grossrisiko-Versicherung vor, finanziert durch Lohnprozente. Der Text des bundesrätlichen Vorschlages lautete:

"1. Der Bund richtet auf dem Wege der Gesetzgebung eine soziale Kranken- und Unfallversicherung ein. Dabei berücksichtigt er die bestehenden Krankenkassen und wahrt grundsätzlich die freie Wahl der Medizinalperson und deren Behandlungsfreiheit.

2. Die Krankenversicherung gewährt Leistungen der Gesundheitsvorsorge sowie Pflege- und Geldleistungen bei Krankheiten, mit Einschluss von Zahnerkrankungen, bei Mutterschaft und, falls hiefür anderweitig keine Versicherung besteht, bei Unfall. Sie ist folgendermassen auszugestalten:

- a) Die Versicherung für Heilanstaltsbehandlungen und ähnliche aufwendige Untersuchungen und Behandlungen ist für die ganze Bevölkerung obligatorisch. Sie wird durch Beiträge der Versicherten finanziert. Für Arbeitnehmer übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge.
- b) Die Versicherung für andere Untersuchungen und Behandlungen ist von Bundes wegen freiwillig. Sie wird durch Beiträge der Versicherten, des Bundes und der Kantone finanziert. Bund und Kantone haben insbesondere dafür zu sorgen, dass sich die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen zu tragbaren Bedingungen versichern können. Die Kantone können die Versicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.

c) Die Versicherung für Krankengeld ist für Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund oder die Kantone können das Obligatorium auf weitere Bevölkerungsgruppen ausdehnen. Die Versicherung wird durch Beiträge der Versicherten finanziert. Für Arbeitnehmer übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge.

3. Die Unfallversicherung ist für Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund oder die Kantone können das Obligatorium auf weitere Bevölkerungsgruppen ausdehnen. Die Versicherung der Betriebsunfälle geht zu Lasten des Arbeitgebers.

4. Der Bund sorgt für eine wirtschaftliche Durchführung der Versicherung und fördert eine gesamtschweizerische Spitalplanung. Er unterstützt die Bestrebungen der Kantone, eine ausreichende medizinische Versorgung zu gewährleisten, und fördert Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen."

Mit seinem Entwurf begegnete der Bundesrat aber den gleichen Einwänden und der gleichen Ablehnung wie das Flimser-Modell.

Vor allem die direkt betroffenen Aerzte und Kassen lehnten das Flimser Modell und den Vorschlag des Bundesrates ab.

Die Situation war verfahren. Schliesslich setzten sich Aerzte- und Kassenvertreter mit Politikern zusammen, um einen gangbaren Weg zu suchen. Gestützt auf die folgenden Ueberlegungen und Grundsätze wurde er bald einmal gefunden:

Uebereinstimmung bestand im wesentlichen über folgende Fragen:

- Leistungsausbau der Krankenversicherung in Richtung Prophylaxe
- Aufhebung der zeitlichen Beschränkung bei Spitalaufenthalt
- Einbezug von Zahnerkrankungen
- für kinderreiche Familien und untere Einkommensbezüger gezielte Entlastung durch Bundesbeiträge
- bei Inkraftsetzung des neuen Gesetzes für alle noch nicht versicherten Betagten Beitrittsmöglichkeit zu einer Krankenkasse

Auch der Vorschlag des Bundesrates stösst auf Ablehnung

Gemeinsame Suche nach einer Lösung

Uebereinstimmung über Leistungsausbau

- teilweise Verlagerung der Finanzierung von Individualprämien auf lohnprozentual, zentral erhobene Beiträge der Erwerbstätigen (und hälftige Teilung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer) für die ganze Bevölkerung (Beitragsobligatorium)
- Verzicht auf ein Beitrittsobligatorium von Bundes wegen

Uebereinstimmung herrschte bald auch über den einzuschlagenden Weg:

Weg

- Erhaltung der seit Jahrzehnten bewährten und organisch gewachsenen Struktur unseres freien Krankenkassen- und Arztsystems
- Kostenentwicklung in Griff bekommen. Ein guter Teil der Mehrkosten ist die unausweichliche Folge des medizinischen und technischen Fortschrittes, ein weiterer Teil die Folge der Ueberwälzung bisher kantonal getragenen Spitalbetriebsaufwandes auf die Krankenversicherung. Ein Teil der Kostenkurve im Spitalsektor (Personal!) wird künftig nach Erreichen des Aufholbedarfes abflachen. Es müssen Mittel und Wege gefunden werden, um die Zuwachsrate der Krankenpflegekosten, die derzeit sogar erheblich grösser ist als die Zunahme des Bruttosozialproduktes, soweit möglich und verantwortbar höchstens auf deren Höhe zu halten.
- Gezielter, zweckmässiger Einsatz der Mittel. Nicht alles, was als medizinischer Fortschritt plakatiert wird, ist auch gesundheitspolitisch erwünscht oder nötig. Wegen Mangel an Aerzten, Personal und Einrichtungen ist auch nicht alles, was gesundheitspolitisch oder medizinisch wünschenswert und nötig wäre, möglich. Eine kardinale Voraussetzung, um die Kostenexplosion unter Kontrolle zu bringen, ist ferner das Einvernehmen zwischen Aerzten und Krankenkassen. Dies wurde durch allgemeine Einsicht erreicht. Gemeinsam erarbeiteten so Vertreter aus Aerzte- und Krankenkassenkreisen sowie aus der Politik Vorschläge zur Neuordnung der Krankenversicherung. Sie sind im wesentlichen im Vorschlag der Bundesversammlung enthalten.

15.2. Der Text des Vorschlages der Bundesversammlung

Am 22. März 1974 beschlossen die eidgenössischen Räte folgenden Gegenentwurf der Bundesversammlung zur SPS-Krankenversicherungsinitiative:

"Artikel 34bis der Bundesverfassung wird wie folgt neu gefasst:

1. Der Bund ordnet auf dem Wege der Gesetzgebung die soziale Kranken- und Unfallversicherung. Dabei berücksichtigt er die bestehenden Versicherungsträger und wahrt grundsätzlich die freie Wahl der Medizinalpersonen und deren Behandlungsfreiheit sowie den Tarifschutz für die Versicherten.

2. Die Krankenversicherung kommt auf für Leistungen der Gesundheitsvorsorge sowie für Pflege- und Geldleistungen

- bei Krankheiten, mit Einschluss von Zahnerkrankungen,
- bei Mutterschaft sowie
- bei Unfall, falls hiefür anderweitig keine Versicherung besteht.

3. Die Krankenpflegeversicherung wird durch Beiträge der Versicherten, des Bundes und der Kantone finanziert und hat den Versicherten eine angemessene Beteiligung an den Krankheitskosten zu überbinden. Es wird überdies ein allgemeiner Beitrag nach den Regeln der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erhoben, der zugunsten der gesamten Bevölkerung für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung und der Hauspflege sowie für Mutterschaftsleistungen und präventivmedizinische Massnahmen zu verwenden ist; er darf bei Erwerbstätigen 3 Prozent des Erwerbseinkommens nicht übersteigen und wird bei Arbeitnehmern zur Hälfte vom Arbeitgeber übernommen. Bund und Kantone haben dafür zu sorgen, dass sich die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen zu tragbaren Bedingungen versichern können. Die Versicherung kann vom Bund oder von den Kantonen allgemein oder für bestimmte Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklärt werden.

Text des Vorschlages der Bundesversammlung vom 22. März 1974

Soziale Kranken- und Unfallversicherung
Versicherungsträger:
freie Wahl der Medizinalpersonen
Tarifschutz

Leistungen

Krankenpflegeversicherung
Finanzierung

Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung, Hauspflege, Mutterschaft, Präventivmedizin durch Beiträge bis zu 3 Lohnprozenten

4. Die Krankengeldversicherung ist für Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund oder die Kantone können das Obligatorium auf weitere Bevölkerungsgruppen ausdehnen. Die Versicherung wird durch die Beiträge der Versicherten finanziert. Für Arbeitnehmer übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge.

Krankengeldversicherung obligatorisch

Finanzierung

5. Die Unfallversicherung ist für Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund oder die Kantone können das Obligatorium auf weitere Bevölkerungsgruppen ausdehnen. Die Versicherung der Betriebsunfälle geht zu Lasten des Arbeitgebers.

Unfallversicherung obligatorisch

6. Der Bund sorgt für eine wirtschaftliche Durchführung der Versicherung, fördert eine gesamtschweizerische Spitalplanung und ist befugt, Vorschriften über die berufliche Ausbildung des Pflegepersonals sowie des medizinischen Hilfspersonals aufzustellen. Er unterstützt die Bestrebungen, insbesondere der Kantone, eine ausreichende medizinische Versorgung für die ganze Bevölkerung unter Einschluss der Hauspflege zu gewährleisten, und fördert Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen.

gesamtschweizerische Spitalplanung

Förderung der Hauspflege
Massnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen

Artikel 34quinquies Absatz 4 der Bundesverfassung wird aufgehoben."

16. VERGLEICH SP-INITIATIVE - VORSCHLAG DER BUNDESVERSAMMLUNG

SP-Initiative

Gegenvorschlag der Bundesversammlung

1. Aufbau/Struktur

Neuordnung / Struktur der
Krankenversicherung

Ein Abrücken von der bestehenden Ordnung der Kranken- und Unfallversicherung ist möglich, denn die Bestimmung in Absatz 1 lautet "Der Bund richtetdie Versicherung ein. Er berücksichtigt die bestehenden Krankenkassen".

Die bisherige Ordnung ist die Basis für den Weiterausbau der Kranken- und Unfallversicherung. In Absatz 1 wird bestimmt: "Der Bund ordnet die soziale Kranken- und Unfallversicherung, dabei berücksichtigt er die bestehenden Versicherungsträger und wahrt grundsätzlich die freie Wahl der Medizinalpersonen und deren Behandlungsfreiheit sowie den Tarifschutz für die Versicherten". Ein Abgehen von der bisherigen Ordnung wäre also gemäss Gegenentwurf verfassungswidrig.

Obligatorium/Freiwilligkeit

"Die Krankenpflegeversicherung einschliesslich Zahnbehandlung ist obligatorisch" (Absatz 2 der Initiative). Die Krankenpflegeversicherung ist also vollständig obligatorisch.

Es ist kein Obligatorium für die Krankenpflegeversicherung vorgesehen. In Absatz 3 wird aber bestimmt: "Bund und Kantone haben dafür zu sorgen, dass sich die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen zu tragbaren Bedingungen versichern können. Die Versicherung kann vom Bund oder von den Kantonen allgemein oder für bestimmte

Aufbau/Struktur
Neuordnung/Struktur
der Krankenver-
sicherung

Obligatorium/Frei-
willigkeit

Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklärt werden." Die Möglichkeit der Obligatorischerklärung bestand bereits im bisherigen Verfassungsartikel. Grundsätzlich wird aber an der Freiwilligkeit festgehalten. Sie wird ergänzt durch die klare Bestimmung, dass der Bund und die Kantone dafür zu sorgen haben, dass sich jedermann zu tragbaren Bedingungen genügend versichern kann. (Absatz 3)

Freie Wahl des Arztes

Keine Bestimmung. Die ungehinderte Kostenexplosion, für deren Dämpfung die Initiative nichts vorsieht, wird den Staat zu massivsten Eingriffen in die Arztwahl, die Behandlungsfreiheit und die Tarife zwingen. Nur so wird, wie ausländische Erfahrungen zeigen, überhaupt noch eine bescheidene Möglichkeit gegeben, auf die Kosten zu drücken.

Der Bund....."wahrt grundsätzlich die freie Wahl der Medizinalpersonen (Aerzte usw.) und deren Behandlungsfreiheit....". Mit dieser in Absatz 1 enthaltenen Bestimmung wird verfassungsmässig dem Patienten die freie Wahl des Arztes seines persönlichen Vertrauten gewährleistet.

Freie Wahl des Arztes

2. Leistungen

Allgemeine, ambulante und Spitalbehandlung

Praktisch gleiche Leistungen wie beim Vorschlag der Bundesversammlung (Absatz 2).

Praktisch gleiche Leistungen wie bei der Initiative (Absatz 2).

Leistungen

Allgemeine, ambulante und Spitalbehandlung

Hauspflege

Ueberhaupt nichts vorgesehen.

Verbilligung der Hauspflege für alle Bevölkerungskreise und Unterstützung der Kan-

Hauspflege

tone durch den Bund bei der Förderung der Hauspflege. Der Hauspflege kommt grosse Bedeutung zu. Einerseits werden so bei zahlreichen leichteren Pflegefällen früher als bisher teure Spitalbetten frei. Andererseits wirkt sich die häusliche Umgebung auf die Genesung des Patienten vorteilhaft aus.

Zahnheilkunde

Die Zahnbehandlung ist vollumfänglich eingeschlossen. Bezahlt werden also nicht nur Zahnerkrankungen, auf deren Entstehen der Patient keinen Einfluss nehmen konnte, sondern auch jede Zahnbehandlung, die notwendig wird, weil der Patient seinen Zähnen nicht die nötige Pflege hat angedeihen lassen. In einem solchen System zahlen also die Verantwortungsbewussten, die nur geringe Auslagen für die Zahnpflege haben, da sie ihren Zähnen Sorge tragen, für die Sorglosen, die für ihre Zähne nichts vorkehren und damit hohe Zahnbehandlungskosten verursachen.

Prophylaxe

"Der Bund und die Versicherungsträger fördern alle Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen". Absatz 6 der Initiative wünscht also vorbeugende Massnahmen. Mehr wird in der Initiative nicht verlangt.

In die Pflichtleistungen werden einbezogen vorbeugende Massnahmen und die Behandlung von Zahnerkrankungen, deren Entstehen der Patient nicht beeinflussen konnte. Ferner sollen nach Meinung der Expertenkommission die Krankenkassen verpflichtet werden, eine zusätzliche freiwillige Versicherung für die übrige Zahnbehandlung einzurichten. Damit zahlt sich für den Verantwortungsbewussten seine Sorgfalt aus, während der Sorglose für die Vernachlässigung seiner Zähne entsprechend höhere Beträge zu entrichten hat.

Vorbeugende Massnahmen gehören zu den Pflichtleistungen der Krankenpflegeversicherung und werden für die gesamte Bevölkerung verbilligt. (Absatz 3). Ferner "fördert (der Bund) Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen" (Absatz 6).

Zahnheilkunde

Prophylaxe

3. Finanzierung

Beitragszahler

Die Finanzierung erfolgt durch Beiträge des Bundes, der Kantone und der Versicherten.

Die Finanzierung erfolgt durch Beiträge der Versicherten, des Bundes und der Kantone.

Beiträge der Versicherten

Die Versicherten zahlen Prämien in Form einer lohnprozentualen Abgabe. Die bisherigen Individualprämien für die Versicherung in der allgemeinen Abteilung und die ambulante Behandlung (Pflichtversicherung) entfallen. Der Arbeitgeber hat die Hälfte der Prämien seiner Arbeitnehmer zu übernehmen. Notwendig werden mindestens 5 Lohnprozente sein. Es können aber auch wesentlich mehr sein, besonders dann, wenn die lohnprozentualen Beiträge nicht nach AHV-Regeln erhoben werden, was die Initiative zulässt. Ueber die Kostenbeteiligung des Einzelnen (Selbstbehalt) ist nichts bestimmt.

Die Beiträge der Versicherten setzen sich aus drei Teilen zusammen: Prämien wie bisher, eine individuelle Kostenbeteiligung im Krankheitsfall wie bisher und einem lohnprozentualen Beitrag, der nach den Regeln der AHV/IV von allen Erwerbstätigen erhoben wird, begrenzt aber auf höchstens 3% des Erwerbseinkommens. Die lohnprozentualen Beiträge müssen verfassungsgemäss zugunsten der gesamten Bevölkerung gezielt eingesetzt werden für Spital- und Hauspflege, Prophylaxe und Mutterschaft. Die individuelle Kostenbeteiligung wird für schwächere Bevölkerungskreise durch Subventionen angemessen reduziert. Auch die Prämien werden für einkommensschwache Bevölkerungskreise gezielt verbilligt. Diese Bestimmungen sind alle in Absatz 3 klar festgehalten.

Subventionen

Die bisherige Subventionspraxis wird beibehalten. In der Initiative ist kein Abrücken vom bisherigen Giesskannen-Subventions-

In Absatz 3 wird deutlich bestimmt, dass vom bisherigen Giesskannen-Subventions-System abzurücken ist und dass die ein-

Finanzierung
Beitragszahler

Beiträge der
Versicherten

Subventionen

System bestimmt.

kommensschwachen Bevölkerungskreise gezielt unterstützt werden. Mit dieser Finanzierung will man erreichen, dass jeder-
mann sich die Krankenversicherung leisten kann.

Wirtschaftliche Durchführung der Versicherung

Keine Bestimmungen über die wirtschaftliche Durchführung der Versicherung, was bedeutet, dass die Kostenexplosion ungehindert weitergehen kann. Die Initianten resignieren also vor dieser Entwicklung.

"Der Bund sorgt für eine wirtschaftliche Durchführung der Versicherung, fördert eine gesamtschweizerische Spitalplanung..." wird in Absatz 6 bestimmt. Dem Bund ist damit eindeutig der Auftrag übergeben, alles vorzukehren, damit die Kostenexplosion gedämpft werden kann und die Krankenversicherung damit auch langfristig finanziell gesichert werden kann.

Wirtschaftliche Durchführung der Versicherung

4. Krankengeldversicherung

Die Krankengeldversicherung (Lohnfortzahlung im Krankheitsfalle) wird für jedermann obligatorisch erklärt, also nicht nur für die Erwerbstätigen. Die Nichterwerbstätigen sollen mindestens die Taggelder der Invalidenversicherung erhalten. Das würde bedeuten, dass z.B. auch Kindern eine Erwerbsausfallentschädigung im Krankheitsfalle zu zahlen wäre. Eine solche Bestimmung sprengt eindeutig den Rahmen einer solchen Versicherung. Es ist nicht einzusehen, warum Bevölkerungskreise, die keinen Erwerb hatten, im Krankheitsfalle plötzlich einen Ersatzerwerb erhalten sollen. Die Finanzierung der Krankengeldversicherung erfolgt gleichzeitig mit der Finan-

Die Krankengeldversicherung wird für Arbeitnehmer obligatorisch. Bund und Kantone können das Obligatorium auf weitere Bevölkerungskreise ausdehnen. Die Versicherung wird durch Beiträge der Versicherten finanziert, wobei die Arbeitgeber die Hälfte der Prämien der Arbeitnehmer zu entrichten haben.

Krankengeldversicherung

zierung der Krankenpflegeversicherung, d.h. also über die lohnprozentualen Beiträge, wie sie in Absatz 5 umschrieben sind.

5. Unfallversicherung

Die Unfallversicherung wird wie beim Vorschlag der Bundesversammlung für Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund kann das Obligatorium auf weitere Kreise der Bevölkerung ausdehnen.

Die Unfallversicherung wird wie bei der Initiative obligatorisch für Arbeitnehmer. Der Bund oder die Kantone können das Obligatorium auf weitere Bevölkerungsgruppen ausdehnen. Die Arbeitgeber haben die Prämien für die Betriebsunfälle zu bezahlen.

Unfallversicherung

6. Verschiedene Bestimmungen

Der Bund führt die Koordination mit den übrigen Zweigen der Sozialversicherung herbei. Eine solche Bestimmung gibt es in verschiedenen anderen Sozialversicherungsgesetzen bereits. Beim Vorschlag der Bundesversammlung ist diese Aufgabe subsumiert im Begriff wirtschaftliche Durchführung der Versicherung. Weitere Bestimmungen enthält die Initiative nicht.

Dem Bund wird zudem die Pflicht auferlegt, Vorschriften über die berufliche Ausbildung des Pflegepersonals und des medizinischen Hilfspersonals aufzustellen. Der Bund hat Bestrebungen der Kantone für eine ausreichende medizinische Versorgung der ganzen Bevölkerung zu unterstützen. Das bedeutet insbesondere die Unterstützung der Bemühungen der Kantone, auch abgelegenen Gebieten eine ausreichende medizinische Versorgung zu gewährleisten. Im übrigen kann nun der Artikel quinquies Absatz 4 der Bundesverfassung aufgehoben werden, da die Mutterschaftsversicherung im Rahmen der Krankenpflegeversicherung voll eingeschlossen ist (siehe Absatz 2).

Verschiedene Bestimmungen

18. GESAMTAUFWAND FUER DIE SOZIALVERSICHERUNG

18.1. Schätzungen des Bundesamtes für Sozialversicherung

Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) hat kürzlich die folgende Schätzung über den Gesamtaufwand für die Sozialversicherung publiziert. Dabei zeigt sich, dass die stärkste Zunahme in den nächsten Jahren immer noch bei der Krankenversicherung zu verzeichnen ist. Mit allen Mitteln ist dafür zu sorgen, dass wir die Kosten in den nächsten Jahren in Griff bekommen, und die noch steil ansteigende Kurve flacher wird.

Gesamtaufwand für die Sozialversicherung in Prozent aller der AHV-Beitragspflicht unterliegenden Erwerbseinkommen

(Beiträge der Versicherten, der Arbeitgeber, von Bund und Kantonen, sowie Zinsen der angelegten Kapitalien)

Versicherungszweig	1970	1985
AHV/IV/EL (1.Säule)	8,6	12,7
Berufliche AHV (2.Säule)	10,6	11,4
Krankenversicherung	4,0	11,0
Unfallversicherung	1,6	2,4
Uebrige Zweige 1)	1,0	1,5
<u>Zusammen</u>	25,8	39,0

1) Erwerb ersatzordnung, Militärversicherung, Arbeitslosenversicherung, Familienzulagen.

Annahme für die Schätzung

1. Lohnsummen: 1975: 88,4 Mia. Fr.
sowie 1985: 168,0 Mia.
Fr., d.h. Zunahme um
6% pro Jahr ab 1975,
2. AHV/IV: Rentenanpassung ge-
mäss verzögerter
Dynamik,
3. Berufliche AHV: Obligatorium ab 1976,
4. Krankenversicherung: Ausbau ab 1977, Kosten-
zunahme 10% pro Jahr,
5. Unfallversicherung: Erweiterung ab 1977.

18.2. Ergebnisse der Respektivstudie des
Institutes für Versicherungswirtschaft
der Hochschule St. Gallen

Das Institut für Versicherungswirtschaft an der Hochschule St. Gallen hat 1973 eine Studie über die künftigen Gesamtaufwendungen für die schweizerische öffentliche und private Sozialversicherung erarbeitet.

Dabei wurden folgende politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, für die künftige Ausgestaltung der sozialen Sicherheit der Schweiz angenommen.

1. Bis zum Jahr 2000 tritt keine grundlegende Veränderung der innenpolitischen Struktur der Schweiz ein.
2. Die Organisation und rechtliche Ausgestaltung der AHV, der IV, der SUVA und der Familienzulagen bleiben gegenüber dem heutigen Zustand unverändert.
3. Ein Obligatorium der beruflichen Vorsorge tritt 1975 in Kraft.
4. Die Neuorganisation der Krankenversicherung wird ebenfalls 1975 wirksam.
5. Ab 1975 sind sämtliche Arbeitnehmer durch die SUVA oder analog zur SUVA einem Unfallversicherungsobligatorium unterstellt.
6. Ein für alle Arbeitnehmer gültiges Ar-

beitslosenversicherungsobligatorium tritt 1990 in Kraft.

Die Ausgaben der verschiedenen Sozialversicherungsinstitutionen wurden in ihre einzelnen Komponenten zerlegt, die wirtschaftlichen, demographischen und risikobedingten Faktoren mit Einfluss auf die künftige Entwicklung untersucht und als variable Grössen in das Computermodell eingebaut. Schliesslich wurde aus den Ausgangswerten - als Ausgangsjahr ist 1975 gewählt worden - und den Einflussfaktoren die künftige Entwicklung der einzelnen Ausgabenposten berechnet.

Mittels des Computers lässt sich eine grosse Zahl von verschiedenen alternativen Entwicklungsperspektiven der Belastung durch die Sozialversicherung errechnen. Bei den nachstehend dargestellten vier Varianten wurden die folgenden Einflussfaktoren verändert:

- die Preisentwicklung,
- die Nominallohnentwicklung,
- die Zunahme des realen Bruttosozialproduktes,
- die Kosten für die ambulante Krankenbehandlung,
- die Spitalbehandlungskosten
- die Entwicklung der Wohnbevölkerung der Schweiz und deren Altersstruktur.

Variante 1 ist gekennzeichnet durch eine relativ geringe jährliche Inflationsrate bei kleinem realem Wirtschaftswachstum. Die Geldentwertung beträgt 3,5%, der Zuwachs der Nominallöhne 6,0% pro Jahr.

Variante 2 ist ausser der Bevölkerungsentwicklung identisch mit Variante 1. Die Bevölkerungsprognose stützt sich auf die Berechnungen des Bundesamtes für Sozialversicherung zur 8. Revision der AHV.

In Variante 3 wird eine Stagflation angenommen. Die Zuwachsraten der Preise und Löhne betragen je 6 Prozent pro Jahr. Auch hier, ebenso wie in der Variante 4, wurde die Bevölkerungsperspektive von Kneschaurek verwendet.

Variante 4 ist gekennzeichnet von einer abnehmenden Inflation, die sich von 7 auf 5 und schliesslich auf 4 Prozent pro Jahr zurückbildet. Parallel dazu verläuft die

Rückbildung der Zuwachsraten der Nominallöhne, die von 10 Prozent auf 8 und schliesslich auf 4 Prozent zurückgehen.

Tabellarisch können die 4 Varianten (V 1 bis V 4 genannt) wie folgt dargestellt werden:

Einflussfaktoren	V 1	V 2	V 3	V 4
Jährliche Zuwachsraten (in % des Vorjahres) der:				
Preise 1)	3,5	3,5	6,0	7/5/44)
Nominallöhne	6,0	6,0	6,0	10/8/65)
des realen Brutto- sozialproduktes 2)	2,5	2,5	0,0	3/2
ambulante Kranken- behandlungskosten 3)	15/6	15/6	15/6	19/6
Spitalbehandlungs- kosten 3)	20/6	20/6	20/6	24/6
Wohnbevölkerung der Schweiz nach der Prognose von	Kne- schau- rek 6)	BSV7)	Kneschaurek6)	

¹Preisindex des Bruttosozialproduktes. Dieser ist nicht identisch mit dem Index der Konsumentenpreise, sondern liegt tendenziell etwas höher.

²Sie ist identisch mit der Differenz aus den jährlichen Zuwachsraten der Nominallöhne und der Preise des Bruttosozialproduktes.

³Zuwachsrate der Kosten/der Lohnentwicklung
1975 - 1985 Zuwachsraten höher als Lohnentwicklung
1986 - 1990 Uebergang
1991 - 2000 Zuwachsrate identisch mit Lohnentwicklung

4	1975 - 1980	7%	5	1975 - 1980	10%
	1981 - 1990	5%		1981 - 1990	8%
	1991 - 2000	4%		1991 - 2000	6%

⁶Vgl. Arbeitsgruppe Perspektivstudie von Prof. Dr. Kneschaurek: Entwicklungsperspektiven der Schweizerischen Volkswirtschaft bis zum Jahre 2000, Teil 1: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, 2. überarbeitete Auflage, St. Gallen, Mai 1973, S. 65.

⁷Als Grundlage diente die Studie des Bundesamtes für Sozialversicherung über die künftige Entwicklung der Stammbevölkerung. Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung betreffend die 8. Revision der Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 11. Oktober 1971, in: Bundesblatt Nr. 45, Bern, 12. November 1971, S. 1152.

Gesamtbelastung der Arbeitgeber, der Versicherten und der öffentlichen Hand (in Prozenten des der AHV-Beitragspflicht unterliegenden Erwerbseinkommens)

Jahr	V 1	V 2	V 3	V 4
1975	31,1	31,5	31,1	31,1
1976	32,4	32,9	32,6	32,4
1977	33,3	33,7	33,7	33,1
1978	34,2	34,6	34,7	33,9
1979	35,2	35,8	35,9	34,8
1980	36,4	37,0	37,3	35,8
1981	37,7	38,4	38,7	37,3
1982	39,0	39,9	40,1	38,7
1983	40,0	41,0	41,3	40,4
1984	41,0	41,8	42,3	42,4
1985	41,8	42,9	43,3	44,9
1990	43,2	44,2	44,9	50,3
2000	43,7	44,5	45,7	51,4

Ueber die Gesamtbelastung in Prozenten des Bruttosozialproduktes gibt die nachfolgende Aufstellung Bescheid:

Jahr	V 1	V 2	V 3	V 4
1975	13,8	13,8	13,8	13,8
1985	20,1	20,0	21,0	20,8
2000	22,53	22,4	23,5	25,05

Auch die Resultate dieser Studie, deren Publikation hat aufhorchen lassen, zeigen:

Die Zahlen sprechen für sich. Es muss alles daran gesetzt werden, die Kostenexplosion zu bremsen.

Anteil Sozialversicherung steigt. Andere wichtige öffentliche Aufgaben kommen dazu: Umweltschutz, Bildungswesen etc.

Einengung der für freien Verbrauch der Erwerbstätigverbleibenden Quote: Inflation

Die Ausgaben sind auf das Notwendige zu begrenzen. Nur so wird es möglich werden, auch in Zukunft noch die finanziellen Mittel dafür aufbringen zu können.

19. ARGUMENTE - FRAGEN - ANTWORTEN

19.1. Die SP-Initiative kommt das Volk teurer zu stehen als der Gegenvorschlag

Nicht der Gegenvorschlag, sondern die von der SP-Initiative geduldete ungebremste Kostenexplosion kommt das Volk teuer zu stehen!

Die Initiative kapituliert vor der Kostenexplosion fatalistisch. Der Gegenvorschlag will die Kostenexplosion unter Kontrolle bringen und wirksam dämpfen. Er sieht dafür folgende Massnahmen vor:

- Wachhalten des individuellen Kostenbewusstseins. Dies kann nur erzielt werden, wenn die Krankenversicherung nicht ausschliesslich durch anonyme Mittelbeschaffung (Steuern, Lohnprozente) finanziert wird, wie dies die Initiative vorsieht.
- Beibehaltung des bewährten gegliederten, also nicht eines anonymen, zentralistischen Krankenversicherungssystems, mit freier Wahl der Kasse, die finanziell selbständig ist und für Beschaffung und Verwendung der Mittel verantwortlich, also Transparenz der Gesundheitskosten. Man weiss, woher das Geld kommt und wohin es fliesst!

Die Initiative führt zu einer zentralistischen Bundeslösung: das Geld wird anonym administriert, verteilt, umgeleitet und weitergegeben. Man weiss, wieviel erhoben wird an Erwerbsprozenten, aber schwerlich, was damit angefangen wird.

- Gezielter Einsatz der öffentlichen Subventionen, für den sozialen Lastenausgleich, zur Verbilligung der Prämien der Familien und Leuten mit kleinem Einkommen.

Bisher wurden die öffentlichen Subventionen nach dem "Giesskannensystem" ausgeschüttet: jeder Versicherte, auch der wohlhabendste, bekam gleichviel an öffentlichen Zuschüssen an seine Prämie.

SP-Initiative teurer als der Gegenvorschlag

Notwendig sind:
Wirksame Massnahmen gegen die Kostenexplosion

Kostenbewusstsein erhalten

Beibehaltung des bewährten Systems

Gezielter Einsatz

- Gezielter Einsatz der erwerbsprozentualen Beiträge insbesondere für Heilanstaltsbehandlung, wo der Bund kostenregulierend tätig sein und den Aufwand beeinflussen kann.

Nach der Initiative wäre der Bund auch für den ambulanten Sektor Finanzquelle, in dem er den Aufwand nicht beeinflussen kann, es sei denn durch Eingriffe in die Behandlungsfreiheit. Folge: die ambulante Behandlung zehrt so viele Mittel auf, dass für die Spitäler nicht mehr genug bleibt, wie in England.

19.2. Der Gegenvorschlag ist sozialer als die Initiative

Gegenvorschlag sozialer als SPI

Der Gegenvorschlag ist ein echt soziales Solidaritätswerk, würdig unseren Traditionen.

Der Gegenvorschlag ist eine soziale Versicherung mit Rechten und Pflichten, die auf der Solidarität des ganzen Volkes gegenüber jedem beruht. Im Gegensatz zur Initiative, die dies durch Beitrittszwang erzielen möchte, erreicht der Gegenvorschlag dies ohne Zwang und Bürokratie wie folgt:

- durch einen allgemeinen, für alle verbindlichen lohnprozentualen Solidaritätsbeitrag. Der Zweck des Beitrages ist im Verfassungsentwurf in Absatz 3 klar umschrieben: "..... ein Beitrag, der zugunsten der ganzen Bevölkerung für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung und der Hauspflege sowie für Mutterschaftsleistungen und präventivmedizinische Massnahmen zu verwenden ist...."
- Gezielter Einsatz der Mittel. Auch diese Pflicht auferlegt der Verfassungsartikel dem Gesetzgeber. In Absatz 3 heisst es "Bund und Kantone haben dafür zu sorgen, dass sich die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen zu tragbaren Bedingungen versichern können". Die SP Initiative enthält keine derart klaren Bestimmungen für den Sozialausgleich. Sie entpuppt sich bei näherem Betrachten als bloss mässig sozialer Vorschlag, führt sie doch zur

Lohnprozentualer Solidaritätsbeitrag

Gezielter Einsatz der Mittel für die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen

Staatsmedizin von schlechter Qualität, bei der diejenigen am schlechtesten wegkommen, die sich keine private Sonderbehandlung leisten können.

19.3. Die Art der Lohnprozente: Unklar bei der Initiative, klar beim Gegenvorschlag

Unklare Art der Lohnprozente bei der SPI

Ständerat Dr. P. Hofmann, Präsident der vorbereitenden Kommission des Ständerates für die Krankenversicherungsvorlage, wies am Krankenkassentag vom 18. Mai 1974 in Baden darauf hin, dass der Text der Initiative keineswegs zwingend vorschreibe, die Erwerbsprozente nach den Regeln der AHV/IV zu erheben.

SPI-Lohnprozente nicht nach AHV-Regeln

Es liesse sich denken, dass man zur Vermeidung einer Ueberforderung der Solidarität in diesem Falle wie in den Nachbarländern verfahren und ab einem bestimmten Einkommen die Prozenzhöhe sukzessive herabsetzen würde. Man käme dann nicht mehr mit den von der "Gewerkschaftskorrespondenz" (Pressedienst des SGB) präsentierten Milchmädchenrechnung von 5,2 % aus; es könnten dann leicht sieben, acht oder noch mehr Lohnprozente werden für alle Beitragszahler, auch die Leute mit kleinem Einkommen.

keine Ueberforderung der Solidarität

Im Gegenvorschlag hingegen ist klar festgehalten, dass der auf maximal drei Prozent begrenzte Beitrag nach den AHV Regeln - also vom vollen Erwerbseinkommen - zu erheben ist.

19.4. Keine nennenswerten Unterschiede beim Ausbau der Leistungen

Keine Unterschiede bei Leistungsausbau

Selbst Nationalrat Dr. Richard Müller, Präsident der SP-Fraktion der Bundesversammlung, musste vor den Delegierten des Krankenkassenkonkordates am 18.5.1974 zugeben, der Unterschied zwischen SPI und Gegenvorschlag bestehe nicht hinsichtlich des Leistungsaubaus: SPI und Gegenvorschlag brächten im wesentlichen dasselbe.

Unbestrittener Leistungsausbau...

Der Unterschied besteht darin, dass dies beim Gegenvorschlag ohne Beitrittspflicht, also ohne Zwang und Bürokratie erreicht wird.

... aber ohne Zwang und Bürokratie

Dieser Leistungsausbau erheischt ab 1976 enorme Mittel: heute - etwa 3 Milliarden, 1976 ca. 6 Milliarden Franken! Darum müssen die Kosten klar unter Kontrolle gehalten werden. Fatalismus à la SP-Initiative in dieser Frage ist fehl am Platze.

Wenn der Gegenvorschlag nicht angenommen wird, müssen die Prämien ungefähr verdoppelt werden, wenn der unbestritten nötige Leistungsausbau erfolgen soll. Die öffentliche Hand ist nicht in der Lage, mehr zu tragen.

19.5. Nicht der Gegenvorschlag, sondern die Initiative belastet den Einzelnen mehr

Höhere Belastung des Einzelnen durch die Initiative als durch den Gegenvorschlag

Wie bereits dargelegt (siehe Ziffer 19.3), bietet die Initiative keine Gewähr, dass die Erwerbsprozente, wie die SP behauptet, "bloss" 5,2 % - im Gegensatz zum Gegenvorschlag, der höchstens 3 % vorsieht - betragen werden.

Mehr Lohnprozente bei SPI als beim Gegenvorschlag

Die Initianten versprechen sozialen Schutz für Familien mit Kindern und Leute mit kleinem Einkommen. Ihr Initiativtext enthält aber keine Sicherung dafür, dass das, was über die Erwerbsprozente hinaus an Geldern nötig ist, für die Versicherten in erträglichem Rahmen bleiben wird! Im Unterschied zur SPI schreibt der Gegenvorschlag jedoch ausdrücklich vor, dass die individuelle Kostenbeteiligung der sozialen Lage des Versicherten angepasst werden muss.

Soziale Prämien beim Gegenvorschlag

19.6. Keine Solidarität für Bagatellfälle

Keine Solidarität für Bagatellfälle

Was die Initiative brächte ist nicht Solidarität mit den Kranken, sondern Strapazierung der Solidarität wegen Bagatellen, Solidarität am falschen Ort:

Strapazierung der Solidarität

- Die SP-Lösung lädt geradezu ein, wegen jeder Bagatelle den Arzt aufzusuchen. Das

führt zu einer Konsumenten-Mentalität der Versicherten gegenüber dem Solidaritätswerk "Krankenversicherung".

- Die SP-Lösung versteckt, dass jedermann jahraus, jahrein auch an die unnötigen Versicherungskosten zahlen muss (für Bagatellen, Uebernahme von unnötigen, da vom Einzelnen leicht tragbaren Leistungen).
- Die SP-Initiative verhindert, dass der Einzelne merkt, wie sehr ihn selber dieses alles belastet. Die Initiative wirkt aus diesem Grunde kostentreibend.
- Das bedeutet letztlich Bestrafung des gegenüber seiner Gesundheit verantwortungsbewussten Einzelnen.

Kostentreibende Initiative

Bestrafung des Verantwortungsbe-
wussten

Demgegenüber der Gegenvorschlag:

Gegenvorschlag

- Er erhält das Kostenbewusstsein durch den Verhältnissen des Einzelnen angepasste Kostenbeteiligung.
- Er bringt echte und tragbare Solidarität durch begrenzte Lohnprozente, gezielte Massnahmen zugunsten von Leuten mit kleinem Einkommen.
- Verantwortungslose müssen gerechterweise für ihre Sorglosigkeit zahlen, Verantwortungsbewusste werden nicht für die Sorglosen belastet.

Erhält Kostenbe-
wusstsein

echte Solidarität

Keine Belastung
der Verantwortungs-
bewussten
Kostenkontrolle

19.7. Auch SP-Exponenten warnen vor einer anonymen Krankenversicherung

In dem Bericht des VPOD "Der VPOD zur Revision der schweizerischen Krankenversicherung" warnt u.a. der sozialdemokratische Arzt Prof. Dr. René Tissot, Genf, nachdrücklich vor den Folgen einer anonymisierten Krankenversicherung. Im Gegensatz zur SPI wird für eine gegliederte und auch auf Individual-Beiträgen fussende Krankenversicherung plädiert.

Keine anonyme Kran-
kenversicherung

Auch SP-Exponenten warnen!

Es heisst dort wörtlich:

"... auch psychologische Argumente sprechen eindringlich zugunsten eines auf Beitrags-

zahlung fussenden Finanzierungssystems. Die Steuern waren und bleiben Grundlage der "Fürsorge". Keinesfalls darf aber die KV (Krankenversicherung) ein verallgemeinertes Fürsorgesystem sein; sie darf auch nicht den Anschein erwecken, als wäre sie ein solches. Für jede Institution dieser Art liegt die Gefahr nahe, dass sie bürokratisch wird; ausserdem wäre eine Finanzierung ausschliesslich durch öffentliche Mittel ein Danaergeschenk.-

Ausschliesslich
Öffentliche Mittel
- ein Danaerge-
schenk

Ein auf Beitragszahlung fussendes System der Krankenversicherung garantiert ein unabhängiges Budget und den Bürgern eine überblickbare Durchführung und Verwaltung. Es muss nämlich als Vorteil gewertet werden, dass der Versicherte weiss, was mit seinem Geld geschieht; dass er sich auf Grund seiner Beiträge ein Bild der Kosten der KV machen kann und dass er auch erfährt, in welchem Masse sich ein Arbeitgeber und der Staat an der Finanzierung der Versicherung beteiligen. Das auf Beitragszahlung fussende System ist auch weniger unpersönlich als dasjenige der Finanzierung durch öffentliche Mittel; es trägt überdies zur Erhaltung des Verantwortungsbewusstseins der Versicherten bei. (S. 9) -

Verantwortungs-
bewusstsein des
Einzelnen erhalten

Eine wirklich verallgemeinerte KV könnte ... die Bevölkerung der Gefahr des Ueberkonsums an medizinischen Leistungen aussetzen, was einerseits kostspielig ist und andererseits öfters krankheitsauslösend wirkt. Die allgemeine Versicherung führt zur absoluten Notwendigkeit einer wirksamen Bremse des Ueberkonsums .. Unrealistisch ist es .., mit der Vernunft der Patienten rechnen zu wollen. ... In Ermangelung einer andern Lösung gelangt man zur Erkenntnis, dass nur eine wirtschaftliche Bremse zum Ziele führt. Bekanntlich sind hier die Franchise und der Selbstbehalt die klassischen Mittel." (S. 33)

20. BEMERKUNGEN ZUM SP-REFERENTENFUEHRER

20.1. SP-Referentenführer

Die sozialdemokratische Partei der Schweiz und der schweizerische Gewerkschaftsbund haben den im Anhang zu diesem Abschnitt beigefügten Referentenführer herausgegeben. Er umfasst Referate und Tabellen sowie eine Referentenliste. Die SP-Referenten dürften sich im wesentlichen an diese Unterlagen halten. Der Text und die Tabellen seien darum hier kurz kommentiert:

Referentenführer

Herausgeber SPS und SGB

20.2. Bemerkungen zum SP-Referentenführer

Seite 10/Einleitung

Die Zahl der Fürsorgefälle ist allgemein sehr stark zurückgegangen. Im Vordergrund der Tätigkeit der Fürsorgebehörden steht heute die persönliche Betreuung. Es gibt immer Leute, die sich im Leben nicht zurechtfinden. Geld allein kann in den wenigsten dieser Fälle helfen.

S. 10

Fürsorgefälle

Für Krankenpflege sind heute 95% der Bevölkerung versichert. Nicht versichert sind hauptsächlich ältere Personen, deren Krankenpflegekosten jedoch weitgehend durch die Altersbeihilfe gedeckt werden. Viele Kantone und Gemeinden verbilligen zudem die Prämien für wenig Bemittelte. Die Zahl derjenigen, die sich aus finanziellen Gründen nicht versichern können, ist sehr gering. Der Gegenvorschlag bietet der gesamten Bevölkerung - auch Betagten - Möglichkeit zur Versicherung zu tragbaren Bedingungen durch Verbilligungsbeiträge der öffentlichen Hand für Minderbemittelte.

Ungenügende Zahl Versicherter

Seiten 10/17 Tabelle 1/Kostenexplosion

Die Tabelle zeigt vor allem, dass die Kostenentwicklung nicht ungebremst so weitergehen kann. Schon heute fliessen nahezu 10 Prozent des Erwerbseinkommens in den Gesundheitssektor. Wie auf anderen Gebieten müssen wir auch hier Mass halten, wenn wir

S. 10/17 Tabelle 1
Kostenexplosion

die Entwicklung der Kosten unter Kontrolle halten wollen. Das künftige Versicherungssystem muss deshalb unbedingt auch darauf ausgerichtet sein, dass bestehende Aufwandbremsen nicht gelockert, sondern neue, stärkere hinzugefügt werden.

Kontrolle der Kostenentwicklung

Ist es so schlecht, dass ein Teil unseres Reallohnprofites für die verbesserte Krankheitsbehandlung aufgewendet werden musste? Diese ist ausgesprochen Ausdruck des verbesserten Lebensstandards, für den wir doch den Reallohnprofit einsetzen.

Einen Teil des Reallohnes für Verbesserungen einsetzen

Seiten 10/18 Tabelle 2/Beitragsentwicklung

S. 10/18 Beitragsentwicklung

Im aufgeführten Beispiel beträgt die Reallohnverbesserung Fr. 7056.--. Dieser Betrag steht für die Verbesserung der Lebenshaltung zur Verfügung. Die normale Zunahme der Prämie nach Konsumentendindex würde diese für 1971 auf Fr. 260.50 bringen. Die Mehrprämie zulasten der Realloohnerhöhung beträgt demnach Fr. 327.50 (4,6%), ein Betrag, der angesichts der enormen Verbesserungen in der Krankheitsbehandlung alles andere als untragbar ist.

Bei der Beurteilung der Prämienbeiträge muss berücksichtigt werden, dass vom Gesamtbedarf der Krankenkassen für die Krankenpflegeversicherung die Leistungen der Mitglieder wie folgt zurückgingen:

Verhältnis Beiträge des Einzelnen, der Kassen und der öffentlichen Hand

	<u>1960</u>	<u>1971</u>
Prämien	von 70,5%	auf 66,1%
Selbstbehalt	von 9,4%	" 6,2%
im Gegensatz dazu stiegen die <u>Subventionen</u> der öffentlichen Hand	von 12,7%	" 23,3%

Uebersdies trug die öffentliche Hand (Kantone und Gemeinden) durch Uebernahme der Betriebsdefizite der Spitäler wie folgt zur Krankheitsbehandlung bei:

161,5	818,7
Mio.Fr.	Mio.Fr.

was nochmals mehr als ein Drittel des Gesamtaufwandes ausmacht.

Seiten 10/11/19 Tabelle 3/Ziele der SP-Initiative

Es stimmt, dass der Entwicklung nicht länger tatenlos zugesehen werden kann. Gerade darum darf sich die Neuordnung nicht nur auf die Neuverteilung der Lasten beschränken, sondern sie muss vor allem auch darauf ausgerichtet sein, dass die Kosten nicht im gleichen Ausmass weitersteigen.

Viele der Neuerungsvorschläge der SPI waren auch von anderer Seite schon erhoben worden. Lange vor Einreichung der Initiative befasste sich eine vom Bundesrat eingesetzte Expertenkommission mit der Neuordnung. Ihre Vorschläge enthielten bereits viele der Postulate der SPI. Sie sind auch im Gegenvorschlag enthalten.

- Erhaltung des Kostenbewusstseins durch angemessene Selbstbehalte. Wie das geschieht, wird das Gesetz regeln. Gemäss Expertenvorschlag wird der Selbstbehalt nach oben begrenzt, so dass bei schweren Krankheiten ebenfalls voller Schutz besteht. Der Initiativtext lässt die Höhe des Selbstbehaltes bei den nicht voll gedeckten Krankheiten völlig offen.
- Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf Vorsorgeuntersuchungen und Zahnerkrankungen:

Eine obligatorische Versicherung für die gesamte Zahnbehandlung gemäss SPI ist unsinnig und ungerecht. Sie bedeutet, dass wer zu seinen Zähnen Sorge trägt, für denjenigen zahlen muss, der das nicht tut. Die grossen Anstrengungen, die in den Schulen für verbesserte Zahnpflege mit Erfolg gemacht werden, wären zum Scheitern verurteilt, wenn die Eltern nicht mehr daran interessiert sind, die Behandlungskosten tief zu halten. Der Gegenvorschlag übernimmt durchdachte Auswahl von Zahn- und Kiefererkrankungen und vermeidet Nachteile der SPI.

- Die Mutterschaftsversicherung besteht schon lange im Rahmen der Krankenversicherung.

S. 10/11/19
Tabelle 3 Ziele
der SP-Initiative

Nicht bloss Neuverteilung der Lasten

SP-Förderungen sind nicht allein SP-Ideen
Auch im Vorschlag der Bundesversammlung und den Vorschlägen der Expertenkommission enthalten, z.B.:

Zahnerkrankungen

Mutterschaftsversicherung

<p>Mit dem Gegenvorschlag wird sie auch auf Nichtversicherte ausgedehnt.</p>	
<p>- Den Einbezug vorbeugender und verhütender medizinischer Massnahmen in vernünftigen Rahmen sieht auch der Gegenvorschlag vor. Der Initiativtext spricht übrigens hier bloss von "fördern". Also nichts Konkretes.</p>	Vorbeugende Massnahmen
<p>- Gemäss Gegenvorschlag muss die Krankenversicherung überall dort auch Leistungen bei Unfällen erbringen, wo nicht eine andere Versicherung besteht. Es ist daher nicht einzusehen, warum die SPI noch eine spezielle Unfallversicherung für die <u>gesamte</u> Bevölkerung verlangt, nachdem die Spitalkosten schon für die gesamte Bevölkerung verbilligt werden.</p>	Unfallversicherung
<p>- Am neuen Finanzierungssystem scheiden sich die Geister. Was sich bei der AHV bewährt, ist keineswegs auch das Richtige für eine Krankenversicherung. Bei jener ist die Leistungspflicht durch das Gesetz eindeutig umschrieben und die Anspruchsvoraussetzung (Alter, Tod) ohne weiteres feststellbar. Aufwand und Anspruch sind objektiv gegeben. Ganz anders bei der Krankenversicherung. Krankheit ist weitgehend subjektiv bedingt, und in jedem einzelnen Fall wird durch die Ansprüche des Patienten und die Entscheide der Aerzte festgelegt, was geleistet werden muss. Da die Möglichkeiten der Krankheitsbehandlung praktisch unbegrenzt sind, muss es der Verantwortung und dem Kostenbewusstsein der direkt Beteiligten überlassen bleiben, Mass zu halten und nur das Notwendige zu tun. In einem à la AHV zentral finanzierten System wird dieses Kostenbewusstsein aber untergraben. Der Aufwand wird nicht gebremst, sondern zusätzlich aufgebläht werden. Da der Staat über die Höhe der verfügbaren Lohnprozente entscheidet und diese doch nicht unbegrenzt ansteigen können, muss er eingreifen. Er wird schliesslich bestimmen, wer wie behandelt wird. Das bedeutet die volle Verstaatlichung des Gesundheitsdienstes.</p>	Finanzierung
<p>Gemäss Gegenvorschlag wird der Solidaritätsausgleich im Vergleich zum heutigen</p>	Kostenbewusstsein
	Verstaatlichung

System stark ausgebaut. Es wird aber im Gegensatz zur SPI nicht ein Maximum sondern ein Optimum angestrebt. Nur so ist auch die Beibehaltung der bestehenden dezentralen, freiheitlichen Krankenversicherung überhaupt möglich.

Die "preisgünstige Familienversicherung" ist eine Illusion, wenn die Gesamtkosten derart steigen, dass die Volkswirtschaft überfordert wird. Die lohnprozentuale Finanzierung schlägt auf die Preise des täglichen Bedarfs durch, der bei Familien grösser ist als bei Einzelpersonen. Der Gegenvorschlag hingegen sieht gezielt Subventionen vor, um die Belastung der kleineren Einkommen zu reduzieren. Dies ergibt einen wirksameren Kostenausgleich als der SPI-Vorschlag mit seiner fehlenden Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und dem Preis einer vollen Zentralisierung.

Seiten 11/12 Gegenvorschlag des Parlamentes

Die Flut der Modelle hatte immerhin den Vorteil, dass die verschiedensten Möglichkeiten der Verbesserung des heutigen Systems vorgebracht und geprüft werden konnten. Schliesslich brachte ein vernünftiger Kompromiss eine realisierbare gute Lösung. Dass er gemeinsam von Krankenkassen und Aerzten getragen wird, ist für die künftige Bewährung von grösster Wichtigkeit. Die beiden Partner haben damit einen Weg geöffnet, für die Verwirklichung der wichtigsten Postulate: Erhalten des freiheitlichen Systems und Verbesserung des Sozialausgleichs.

Seite 12/20 Tabelle 4/Unterschiede zwischen Initiative und Gegenvorschlag

Abschnitt 2, Krankenpflege:

Im Leistungsausbau bestehen Unterschiede lediglich bezüglich der Zahnbehandlungskosten. Bei der SPI sollen sie vollständig in die obligatorische Krankenpflegeversicherung eingefügt werden. Beim Gegenvorschlag ist vernünftigerweise für den vom Versicherten beeinflussbaren Teil eine Zusatzversiche-

Subventionen

S. 11/12 Gegenvorschlag des Parlamentes
Modelle

Mitarbeit der Aerzte und Kassen

S. 12/20 Tabelle 4
Unterschiede Initiative: Gegenvorschlag

rung vorgesehen. Mit dem Einbezug der konservierenden Zahnbehandlung und Prothetik in den obligatorischen Versicherungsschutz, wie es die SPI verlangt, würden die erfreulichen Fortschritte beim vorsorglichen Schutz der Zähne gefährdet. An der Zahnpflege zeigt sich besonders gut die grosse Bedeutung der positiven Einstellung und des aktiven Einsatzes für die Gesundheit. Mit Disziplin bei der Pflege, Nahrung und Kontrolle können teure Zahnbehandlungen weitgehend vermieden werden. Es ist nicht richtig, wenn diejenigen Familien, in denen die Zähne gepflegt werden, für die andern zahlen müssen, die das nicht tun. Wir dürfen einfach nicht soweit kommen, dass derjenige, der sich um seine Gesundheit bemüht, schliesslich der Dumme ist und seinen Einsatz in keiner Weise finanziell honoriert erhält. Der Hinweis, dass Missbräuche durch das Gesetz vermieden werden könnten, ist irreführend. In der obligatorischen Versicherung haben alle Versicherten Anspruch auf die Leistungen. Diese können nicht vom Zustand des Gebisses abhängig gemacht werden, wie in der heute schon bestehenden freiwilligen Zahnpflegeversicherung. Der Gegenvorschlag will auch hier verstärkte Vorbeugung.

Zu warnen ist vor allem auch vom Einbezug der Prothetik in eine obligatorische Versicherung. Wie die Erfahrungen im Ausland zeigen, wird bei Bestehen einer obligatorischen Zahnbehandlungsversicherung die Qualität der Zahnbehandlung stark verschlechtert. Unter dem Kostendruck sinkt die Qualität der Prothesen und die Versicherten verlangen Prothesen dort, wo bessere, aber schmerzhaftere und unbequemere Sanierungsmassnahmen möglich wären. Schlechte Prothesen beeinträchtigen aber langfristig die Verdauung und können schwere Gesundheitsschäden verursachen.

Die Frage des Obligatoriums wird mit dem Abschnitt Seite 14/Tabelle 5 behandelt.

Seite 13 Abschnitt Krankengeld

Die von der SPI verlangte Ausdehnung der Taggeldversicherung auf Nicht-Erwerbstätige ist höchst problematisch. Aufgabe der Tag-

Zahnbehandlungs-
kosten

Sorgfältige und
Sorglose

Missbräuche

S. 13 Ausdehnung
der Krankengeldver-
sicherung auf Nicht-
Erwerbstätige

geldversicherung ist Deckung des Krankheitsbedingten Erwerbsausfalles, der bei Nichterwerbstätigen nicht eintritt. Durch den Ausbau der Hauspflege, wie ihn der Gegenvorschlag verlangt, kann das Problem der Arbeitsunfähigkeit der Hausfrauen viel besser und bedarfsgerechter geregelt werden als mit einer obligatorischen Taggeldversicherung. Eine solche müsste in jedem Krankheitsfall uniforme Leistungen erbringen ohne Bezug auf den effektiven Bedarf. Nach dem Text der SPI müssten zudem auch Kinder versichert sein.

Seite 13 Abschnitt Prophylaxe

Die Verbilligung der prophylaktischen Massnahmen kommt nach Gegenvorschlag der ganzen Bevölkerung zugute, also auch den Nichtversicherten. Die finanziellen Mittel für diese Verbilligung stammen aus den lohnprozentualen Beiträgen.

Seite 13 Abschnitt Organisation

Die Dezentralisation ist der Preis der Freiheit und Eigenverantwortlichkeit. Warum sollte, was für unser politisches System gut ist, nicht auch im Versicherungssystem wirksam sein? Die Erwähnung der anerkannten Krankenkassen als selbständige Träger der Krankenpflegeversicherung in der Initiative ist irreführend. Mit der vollständigen zentralen Finanzierung über Lohnprozente ist die Selbständigkeit der Kassen dahin. Diese werden zu Verteilstellen der Bundesgelder degradiert. Sie werden kein Interesse an sparsamer Verwendung der Gelder mehr haben, sondern an möglicher Bevorzugung ihrer Mitglieder. Das System freier Kassen, die miteinander in Konkurrenz stehen, wird mit Annahme der SPI praktisch abgeschafft, und an ihre Stelle tritt eine zentralisierte Bundesorganisation, letztlich ein Zweig der staatlichen Verwaltung.

Seite 13 Abschnitt Finanzierung

Auch bei der Finanzierung ist das Einfachere nicht das Bessere. Die Initiative sagt nur, dass sie bei allen lohnprozentuale Beiträge erzielen will. Weder sieht sie gezielte Ver-

S. 13 Prophylaxe

S. 13 Organisation

Dezentralisierte
Organisation der
Krankenversicherung

S. 13 Finanzierung

billigung von Leistungen für Leute mit kleinem Einkommen vor, noch sieht sie Massnahmen vor, um die Kostenexplosion einzudämmen. Die persönliche Pro-Kopf-Prämie, welche der Gegenvorschlag in reduziertem Umfang beibehält, ist nicht eine Schikane, sondern Ausfluss der finanziellen Selbständigkeit und Verantwortung der Versicherungsträger und der persönlichen Beziehung des Versicherten zu seiner Kasse. Nur durch die direkte Beziehung aller Beteiligten (Patient, Arzt, Versicherungsträger, Spitäler) zu den Kosten wird es möglich sein, deren Entwicklung in Zukunft in tragbarem Rahmen zu halten.

ungehinderte
Kostenexplosion

Seiten 14/22 Tabelle 5/Nachteile beim Fehlen eines Bundesobligatoriums

S. 14/22 Tabelle 5
Obligatorium

Der Gegenvorschlag ermöglicht es jedermann, sich zu versichern, indem er dafür sorgt, dass die Prämien für alle Bevölkerungskreise tragbar werden. Wer sich um die Versicherung drückt, muss allerdings nachher die Folgen tragen. Gesundheit muss das Anliegen jedes Einzelnen bleiben; der Staat kann sie nicht garantieren. Es ist nicht nur wichtig, dass sich jeder bewusst bleibt, was die medizinischen Leistungen kosten, und dementsprechend von ihnen massvoll Gebrauch macht, sondern gesund sein und gesund werden selbst sind weitgehend abhängig von der Haltung und dem Verhalten jedes Einzelnen. Zwangsmemberschaft fördert die Konsumenthaltung und damit den Konsum. Sie schwächt das Gefühl der eigenen Verantwortung für den Gang der Versicherung und den Einsatz der von der Versicherung bezahlten Mittel.

Freiwillige oder
obligatorische
Versicherung

Die Notwendigkeit, risikogerechte Individualprämien zu erheben (Äquivalenzprinzip), ist nicht durch das Fehlen des Obligatoriums bedingt, sondern durch das System der miteinander in Konkurrenz stehenden, finanziell selbsttragenden Versicherungsinstitutionen, zwischen denen der Einzelne wählen kann. Wenn man dieses System abschaffen will, wie es die SPI tut, kann allerdings auf das Obligatorium nicht verzichtet werden.

Die Behauptung, es gäbe beim System des Gegenvorschlages keinen Lastenausgleich, ist

Lastenausgleich

absurd. Tabelle 6 zeigt, dass das Gegenteil zutrifft.

Bereits heute sind über 95 Prozent der Bevölkerung bei einer Kasse oder Versicherungsgesellschaft für den Krankheitsfall versichert. Heute noch nicht versicherten Be- tagten wird nach den Vorschlägen der Expertenkommission in einer Uebergangsfrist die Aufnahme ohne Vorbehalte ermöglicht. Dann dürften rund 98 Prozent der Bevölkerung entsprechend den ausgebauten Pflichtleistungen genügend versichert sein. Von den verbleibenden zwei Prozent verfügt die eine Hälfte über genügend finanzielle Mittel, um ohne Krankenversicherung sein zu können. Die andere Hälfte stellt die Gruppe dar, die in jedem System, auch einem verstaatlichtem, Probleme stellt. Ihretwegen ein Obligatorium einzuführen und damit den ganzen Staatsapparat mit all seinen nachteiligen Folgen für die ganze Bevölkerung in Bewegung zu setzen wäre absurd. Die freiheitliche Lösung ist besser und sorgt für die Erhaltung der Qualität der medizinischen Leistungen.

Seiten 14/15/23 Tabelle 6/Kosten

Der Vergleich zwischen den Gesamtkosten im Jahre 1976 stimmt nicht. Im Expertenbericht werden die Kosten für 1974 wie folgt geschätzt (in Mio. Franken).

Gegenvorschlag: 4396 SPI: 4644

Tabelle 6 SPI-Broschüre 1976:

Gegenvorschlag: 5940 SPI: 6125
(=135%) (=132%)

Die Zunahme der Kosten von 1974 auf 1976 müssten doch bei beiden Systemen gleich sein. Also wären die SPI-Kosten 1976 6275 = 135% von 4644. Die Mehrkosten der SPI von 335 Mio. Fr. für den Einschluss der vollen Zahnbehandlung sind stark unterschätzt. Ausserdem sind in diesen 335 Mio. Fr. auch die Mehrkosten für das Vollobligatorium enthalten (100 statt 93% der Bevölkerung). Die Ausdehnung wird mindestens das Doppelte kosten, rechnet doch der Expertenbericht bereits mit 300 Mio. für die nach Gegenentwurf in die

über 95 Prozent
Versicherte

S. 14/15/23 Tabelle
6/Kosten

Gesamtkosten 1976

Versicherung einbezogenen Kosten der Kontrollen, Zahnoperationen und Behandlung von eigentlichen Zahnkrankheiten.

Kosten für die Zahnbehandlung

Entscheidend sind aber nicht die für 1976 geschätzten Zahlen, sondern die künftige Entwicklung des Aufwandes. Mit Obligatorium und zentraler Finanzierung schafft die SPI alle Voraussetzungen für eine weitere starke Zunahme des Aufwandes, indem sie die bestehenden Bremsen abschafft.

künftige Kostenentwicklung

Nach dem Gegenvorschlag beträgt der Anteil, der durch die Versicherten direkt, d.h. mit Prämien und über die Kostenbeteiligung finanziert werden muss, noch 31,7% gegenüber 72,3% beim heutigen System. Mehr als 2/3 werden also künftig indirekt finanziert, d.h. durch allgemeine Steuern oder Lohnabzüge.

Aufteilung der Kosten

Dabei ist zu beachten, dass Arbeitgeberbeiträge die Lohnkosten und damit die Preise erhöhen. Die Vorstellung, man "schröpfe" damit die "reichen" Arbeitgeber, ist naiv. Am Schluss tragen wir alle als Konsumenten wieder diese Lasten. Im übrigen geht nur die SP davon aus, es werde eine Franchise von Fr. 200.-- eingeführt. Nimmt man die von der Allianz der Aerzte, Zahnärzte und Krankenkassen vorgeschlagene Franchise von Fr. 100.--, werden damit vom Gesamtaufwand nur noch knapp 8 Prozent gedeckt. Als Finanzierungsmittel kann die Franchise also sicher nicht angesehen werden, wohl aber als Kostenbremse.

Abstufung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit

Seiten 15/24 Tabelle 7/Ergänzungstabelle zu 7/Individuelle Belastung der Versicherten

S. 15/24 Tabelle 7
Individuelle Belastung

Nicht berücksichtigt ist bei der SPI die Verbilligung der Prämien für wenig Bemittelte. Beim Einkommen von Fr. 15'000.-- für Verheiratete mit zwei Kindern wird der individuelle Beitrag gemäss Gegenvorschlag um 300--400 Franken reduziert. Zudem wird dieser Versicherte bei der Selbstbeteiligung entlastet, so dass effektiv nur noch zwischen 500 und 600 Franken bezahlt werden müssen und nicht über 1300 wie die SP behauptet. Entscheidend ist auch hier die Verbesserung gegenüber dem heutigen Finanzierungssystem. Gemessen an

den heutigen individuellen Beiträgen sind künftig nach Gegenvorschlag nur noch rund 40% durch die Versicherten direkt beizutragen (Ergänzungstabelle zu 7, Seite 26).

Noch eine grundsätzliche Bemerkung zum Vergleich individueller Beiträge in Franken und in Prozent des Lohnes. Die medizinische Behandlung ist heute zum Teil zum Konsumgut geworden. Wollten wir sie voll über Steuern bzw. Lohnprozente finanzieren, wie es die SPI nun verlangt, so würden die einen unbedürftig konsumieren, weil es sie nur sehr wenig kostet, und die andern, die via Lohnprozente erheblich zahlen müssen, möchten für ihr Geld möglichst viel haben.

So wären der Verschwendung Tür und Tor geöffnet. Als Resultat müsste der Staat das Angebot beschränken, d.h. rationieren. Wir landen dann bei einer Planwirtschaft. Der Staat bestimmt, was und in welcher (schlechten) Qualität der Bürger konsumieren kann. Auf diesen Weg führt die SPI bei den Medizinaldiensten. Das wollen wir nicht.

Vorwände der Gegner und unsere Antwort
S. 27 - 29

Seite 27, Vorwand 1/Vergleich mit Schweden, England

Sowohl in Schweden wie in England stehen die Behörden der starken Kostensteigerung ziemlich hilflos gegenüber. Möglichkeiten, ihr zu begegnen, haben sie noch nicht gefunden. Es wird lediglich die Kostenbeteiligung erhöht. So vor allem in Schweden.

Die Behauptung der SPI, sie strebe nicht die Schaffung eines staatlichen Gesundheitsdienstes an, ist unglaubwürdig. Mit dem von ihr gewählten Finanzierungssystem ist die volle Verstaatlichung unausweichlich und nur eine Frage der Zeit. Der Kostendruck wird den Staat zwingen, die Tarifpflicht der Aerzte aufzuheben und die Behandlungsfreiheit im Rahmen der Versicherung einzuschränken. Der Leidtragende wäre der Patient, und zwar auch der wenig bemittelte. Erinnern wir nur an die Verhältnisse in Frankreich und Belgien, wo die Sécurité sociale

Tür und Tor für die Verschwendung von Gesundheitsleistungen

S. 27 Vergleich mit Schweden, England

SPI-Modell bringt zwangsläufig Verstaatlichung

keineswegs so funktioniert, wie dies unsere SPI verspricht.

Nicht das Obligatorium an sich, aber die zentrale Finanzierung führt zur Verstaatlichung. Ein Obligatorium ohne zentrale Finanzierung ist bei dem heutigen Versicherungsgrad unnötig und unerwünscht, weil es den Versicherten entmündigt und die verantwortliche Einstellung und das Kostenbewusstsein des Einzelnen untergräbt.

Seite 21/Vorwand 2/Kostenbremsen fehlen in der Initiative

In der Initiative sind keine Bestimmungen enthalten, die kostenbremsend wirken. Der Selbstbehalt ist nur eines der Mittel, das kostenbremsend wirkt. Auch im Spital ist aber ein Verpflegungsabzug, von Ausnahmen abgesehen, durchaus angemessen. Man will ja schliesslich erreichen, dass die teure Spitalbehandlung durch die billigere Hauspflege wo immer möglich ersetzt wird.

Die Gestaltung der Versicherung ist von grosser Bedeutung für die Entwicklung der Kosten. Das hat die SP nicht erkannt. Die erwähnten andern Massnahmen - Kostenbewusstsein der Aerzte, Verhalten der Patienten - werden durch die Art, wie die Versicherung gestaltet ist, gefördert oder wirkungslos gemacht. Wenn alles über den Staat läuft, verlieren alle andern Beteiligten jedes Interesse und damit auch ihre Verantwortung für das finanzielle Resultat der Versicherung. Allein schon die Tatsache, dass bei einer staatlichen Versicherung niemand austreten kann, wirkt kostenfördernd.

Seite 28/Vorwand 3/Lohnprozente fördern den Medizinkonsum

Die Lohnprozente bewirken, dass der Einzelne seinen Medizinkonsum steigert, da er etwas für sein Geld haben will, oder weil er nur sehr wenig dafür bezahlt.

Weil die lohnprozentualen Abzüge überhaupt nicht direkt spürbar sind, verliert der Versicherte jeden Bezug zum finanziellen Aufwand. Für ihn sind die Medizinalleistungen "gratis", und weder er noch der Arzt kümmern

S. 21/Kostenbremse fehlt

Selbstbehalt

Ausgestaltung der Versicherung als Kostenbremse

S. 28/Gesteigerter Medizinkonsum

sich mehr um die Kostenseite der Behandlung.

Seite 28/Vorwand 4/Leichtere Erhöhung der
Prozente als Prämien

"Die Lohnprozente bewirken, dass die Prämien viel leichter erhöht werden, als dies bei Individualprämien der Fall wäre."

Lohnprozente werden nicht leichter erhöht als Individualprämien, aber die Notwendigkeit, sie zu erhöhen, wird grösser sein, weil der lohnprozentual-finanzierte Aufwand stärker steigt. Da die Erhöhung der Lohnprozente aber ein Politikum wird, muss der Staat den Aufwand kontrollieren, d.h. die Behandlungs- und Vertragsfreiheit aufheben. "Die geeigneten Massnahmen zur Vermeidung weiterer Erhöhungen" sind dann Zwangsmassnahmen, durch welche das Tarifsystern zerstört oder die Qualität der Dienste verschlechtert wird. Eine weitere Möglichkeit besteht in Leistungskürzungen.

Seite 28/Vorwand 5/Belastung der Wirtschaft

Die Wirtschaft kann die Belastung durch Lohnprozente nicht verkraften.

Die Wirtschaft ist vor allem daran interessiert, dass der Gesamtaufwand nicht weiter so stark zunimmt, wie in den letzten Jahren. Wir haben uns zu viel geleistet und müssen nun eher gewisse Wunschvorstellungen abbauen als weiter ausbauen. Die starke Teuerung ist der Ausdruck davon, dass wir seit längerer Zeit über unsere Verhältnisse leben. Im Gegensatz zur SPI kümmert sich der Gegenvorschlag um diese Fragen. Er ist so gestaltet, dass wir die Kosten in Griff bekommen. Gleichzeitig wird die Solidarität ausgebaut durch teilweise, gezielte Finanzierung über Lohnprozente. Gleichzeitig stärkt der Gegenvorschlag das Kostenbewusstsein aller Beteiligten.

Seite 29/Vorwand 6/Verschwinden der Krankenkassen

Die SPS-Initiative führt zum Verschwinden der Krankenkassen.

S. 28/Leichtere Erhöhung der Lohnprozente

S.28/Belastung der Wirtschaft

Bessere Solidarität beim Gegenvorschlag als der SPI

S. 29/Verschwinden der Krankenkassen

Die Formel in der Initiative, die Versicherung auf den bestehenden Krankenkassen aufbauen zu wollen, ist eine leere Floskel. Entscheidend ist nicht die formale Berücksichtigung der Krankenkassen, sondern deren finanzielle Selbständigkeit und Verantwortung. Die SPI degradiert Kassen zu administrativen Vollzügen einer Bundesversicherung. Eine individuelle Behandlung der einzelnen Fälle wäre unmöglich, weil der Bund dafür sorgen muss, dass das Geld nach einheitlichen Regeln verteilt wird. Nach dem Gegenvorschlag bleiben die Kassen als selbständige Versicherungsträger erhalten. Der Konkurrenz der Privatversicherung werden sie sich wie bisher zu erwehren wissen. Die Verbilligung gewisser Behandlungen durch die aus den drei Lohnprozenten fliessenden Mittel stellt keine selbständige Grossrisikoversicherung dar, wie sie der Bundesrat ursprünglich haben wollte. Das Versicherungsbedürfnis bleibt weiterhin für die gesamte Bevölkerung bestehen. Als Träger der obligatorischen Taggeldversicherung wird das Arbeitsgebiet der Versicherungsträger sogar noch stark ausgedehnt.

Zwangsfolge der SPI

Selbständige Kassen
beim Gegenvorschlag

Inserat, das am 15. Nov. 74 in "Der schweizerische Beobachter" erscheinen wird.

Zur Abstimmung über die Krankenversicherung

Für freie Wahl von Arzt und Kasse.

Am 8. Dezember entscheiden wir über die Neuordnung der Krankenversicherung.
Zwei Konzepte stehen sich gegenüber:
Eine Initiative der sozialdemokratischen Partei und der Gegenentwurf der Bundesversammlung.

Die Bundesversammlung schlägt vor:

- Ausbau des bestehenden bewährten Krankenversicherungssystems;
- Verbesserte Leistungen, umfangreicherer Tarifschutz und verstärkte Solidarität durch begrenzte lohnprozentuale Beiträge von allen Erwerbstätigen;
- Freiwilligkeit der Krankenversicherung wie bisher, da bereits über 95% der Bevölkerung versichert sind. Betagte sollen sich durch tragbare Beiträge einer Kasse anschliessen können;
- Verbilligung der Spitalkosten und der Hauspflege durch einen auf 3% (Arbeitgeber und Arbeitnehmer zusammen)

begrenzten lohnprozentualen Beitrag:

- Gezielte Subventionen für untere Einkommensschichten und kinderreiche Familien sowie Mutterschaftsleistungen;
- Wahrung der Selbständigkeit der Versicherungsträger und damit der individuellen Betreuung der Versicherten;
- Erhaltung der Selbstverantwortung der Versicherten;
- Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten;
- Drosselung des bisher ungebremsten Ausgabewachstums;
- Freie Wahl von Arzt, Behandlungsart und Versicherungsträger.

Demgegenüber brächte die SP-Initiative:

- Eine staatliche Zwangsversicherung;
- Ungebremstes weiteres Wachstum der Ausgaben;
- Hohe Kosten auch für untere Einkommensschichten;
- Zwangsläufig ein durch und durch reglementiertes System, das letztlich auch Eingriffe in die freie Wahl von Arzt, Behandlungsmethode und Versicherungsträger mit sich bringen würde.

Darum: Ausbau unserer freiheitlichen Krankenversicherung (Gegenentwurf der Bundesversammlung)

Ja 

Darum: staatliche Zwangsversicherung (Volksbegehren für eine soziale Krankenversicherung)

Nein

PS 2 x Nein würde bedeuten: Jahrelange Blockierung der heute dringend nötigen Neuordnung der Krankenversicherung. Die Folge: massive Prämienhöhung!

Inserat, das am 30. Nov. 1974 in "Der Schweizer Beobachter" erscheinen wird.

Zur Abstimmung vom 8. Dezember über die Krankenversicherung

Di gsund Lösig

Gsund si möchten wir alle. **Gsund blibe** dazu können wir selber beitragen.
Gsund werde das wissen wir, ist heutzutage sehr teuer.

Obligatorische Zwangsversicherung, wie sie die SP-Initiative fordert,
oder Ausbau unserer bewährten freiheitlichen Krankenversicherung, wie die
Bundesversammlung vorschlägt?

Darüber haben wir am 8. Dezember zu entscheiden.

Der Gegenentwurf der Bundesversammlung sieht vor:

Zum gsund si und gsund blibe

- Beiträge für Vorbeugemassnahmen (regelmässige Untersuchungen, Impfungen usw.).

Zum gsund werde

- Eine Versicherung mit tragbaren Prämien für jedermann – auch für noch nicht versicherte Betagte – durch Solidarität und gezielte Unterstützung von Familien mit Kindern und Leuten mit kleinem Einkommen; für die grosse Mehrheit der Bevölkerung billiger als der SP-Vorschlag.
- Gezielter Einsatz lohnprozentualer Beiträge für die gesamte

Bevölkerung bei Spitalaufenthalt, Hauspflege und Mutterschaft.

- Eine gerechte Zahnpflegeversicherung.
- Solidarität wo nötig, aber keine Belastung der Verantwortungsbewussten zugunsten der kostspieligen Sorglosen (z. B. in der Zahnpflegeversicherung).
- Eine rationelle Krankenversicherung, deren Kosten nicht in unbegrenzte Höhen schnellen.
- Eine dem wirklichen Bedürfnis der Kranken entsprechende Spitalplanung.
- Die freie Wahl von Arzt und Kasse, damit die hohe Qualität der medizinischen Betreuung erhalten bleibt.

Die SP-Zwangsversicherung brächte:

- Eine ungebremste Kostensteigerung.
- Hohe lohnprozentuale Beiträge und damit hohe Belastung der finanziell Schwächeren.
- Staatliche Reglementierung der Zuweisung von Ärzten und ihrer Behandlungsmethoden.
- Degradierung der Kassen zu blossen Ausführungsorganen ohne individuelle Betreuungsmöglichkeiten für ihre Mitglieder.
- Ein Krankenversicherungssystem, das in anderen Ländern zu Massenabfertigung der Kranken und gigantischen Kosten geführt hat.

Gegenentwurf der Bundesversammlung



29. ADRESSEN DER IM AKTIONSKOMITEE VERTRETENEN
ORGANISATIONEN UND IHRER INFORMATIONSTELLEN

Die hier aufgeführten Organisationen stehen
Ihnen für alle Fachauskünfte zur Verfügung.

Aktionskomitee für den Ausbau unserer
freiheitlichen Krankenversicherung:

Sekretariat Bern:

Informa AG

Postfach 1691

3001 Bern

Tel. 031/22 87 88

Sekretariat Baden:

Informa AG

Postfach 291

5401 Baden

056/22 77 84

Geschäftsstelle der Allianz
der Aerzte, Krankenkassen
und Zahnärzte

lic. rer. pol. U. Müller

Römerstrasse 20

4500 Solothurn

065/ 3 15 31

Schweizer Aerzte-Information

Dr. jur. Karl Appert

Seefeldstrasse 198

8008 Zürich

01/55 05 05

Service romand d'information
médicale (SRIM)

Claude Jeanloz

1, Route d'Oron

1010 Lausanne

021/32 16 74

Fédération des Médecins
Suisses

Secrétaire romand

François Deschenaux

lic. en droit

Sonnenbergstr. 9

3013 Bern

031/42 32 22

Schweizerische Aerztezeitung

Heinrich Schneider

lic. rer. pol.

Sonnenbergstr. 9

3013 Bern

031/42 32 22

ADRESSEN DER IM AKTIONSKOMITEE VERTRETENEN
ORGANISATIONEN UND IHRER INFORMATIONSTELLEN

- 2 -

Konkordat der Schweiz. Krankenkassen Pressestelle Susy Käppeli Römerstrasse 20 4500 <u>Solothurn</u>	Tel. 065/ 3 15 31
Service de presse et d'information de l'assurance- maladie (SPAM) Jeanne Fell lic. en droit 3, rue Rechberger 2500 <u>Biel</u>	032/22 62 49
Schweizerische Zahnärzte- Gesellschaft Pressestelle (deutsche Schweiz) Max Schuler Thunstrasse 34 3005 <u>Bern</u>	031/43 23 51
Société Suisse d'Odonto- stomatologie (SSO) Service de presse pour la Suisse romande Claude Jeanloz 1, Route d'Oron 1010 <u>Lausanne</u>	021/32 16 74
Versicherungsinformation H. Erb Postfach 2455 3001 <u>Bern</u>	031/22 26 93