

INSTITUT FUER  
VERSICHERUNGSWIRTSCHAFT  
AN DER HOCHSCHULE ST. GALLEN

DIE NEUORDNUNG DER  
KRANKENVERSICHERUNG  
IN DER SCHWEIZ

Die Neuordnung aus der Sicht des Konkordates der Schweizerischen  
Krankenkassen

---

Referat von Felix v. Schroeder

In einer vorzüglichen Vortragsreihe wurden Ihnen gestern die aktuellen Probleme der Krankenversicherung in der Schweiz umfassend aufgezeigt. Heute stehen die Alternativen zur Neuordnung zur Diskussion. Ich habe den Auftrag, Ihnen den Standpunkt des Konkordates zu den Neuordnungsvorschlägen vorzustellen.

Die Teilrevision von 1964 brachte als wesentliche Neuerung einen sehr weitgehenden Ausbau der gesetzlichen Mindestleistungen, bedeutende Erleichterungen für den Eintritt in eine Krankenkasse und eine Verbesserung der Freizügigkeit. Damit wurde das Versicherungsrisiko erhöht und die Risikobasis teilweise verändert. Wider Erwarten musste dann in einer zweiten Runde unter Zeitdruck das Arztrecht ebenfalls revidiert werden. Im letzten Moment, ohne Vorstudien, wurde dazu noch während der parlamentarischen Beratung ein neues Kostenbeteiligungssystem in das Gesetz eingebaut.

Nach der Inkraftsetzung des revidierten Gesetzes stiegen die Krankenpflegekosten unerwartet steil an. In zahlreichen Kantonen wurden die Verträge zwischen den Ärzten und den Krankenkassen gekündigt und harte Tarifaueinordnungen eröffnet. Die neue Kostenbeteiligungsregelung befriedigte nicht und verstärkte die Enttäuschung über die Teilrevision.

Aus der wachsenden Unruhe heraus wurden dem Bundesrat sehr rasch neue Revisionsbegehren unterbreitet. Parlamentarische Vorstösse machten auf die Kostenentwicklung aufmerksam. Das Finanzierungssystem wurde als unzweckmässig, der Versicherungsschutz, vor allem bei Grossrisiken, als ungenügend hingestellt.

Im Dezember 1967 richtete der Bundesrat eine Umfrage an die Kantonsregierungen, die Wirtschaftsverbände, die an der Durchführung der Krankenversicherung direkt Beteiligten und an zahlreiche sozialpolitische Organisationen. Auf die zentrale Frage, ob der Zeitpunkt für eine umfassende Neuordnung der schweizerischen Krankenversicherung gegeben sei, hat das Konkordat gestützt auf eingehende Beratungen und den einstimmigen Beschluss der Delegiertenversammlung mit einem überzeugten JA geantwortet.

In der Tabelle 1 sind die Antworten der angefragten Stellen zur Neuordnung festgehalten. 14 Kantone haben sich für die Neuordnung ausgesprochen, 8 erach-

teten sie als verfrüht. Die Krankenkassen haben sich für die Neuordnung eingesetzt, die Aerzte, Zahnärzte und die Veska waren dagegen. Die Sozialdemokratische Partei, der Landesring und die heutige Christliche Volkspartei bezeichneten eine Neuordnung als notwendig; die Freisinnig-demokratische Partei und die heutige Schweizerische Volkspartei lehnten sie ab. Der Zentralverband Schweizerischer Arbeitgeberorganisationen, der Vorort des Schweizerischen Handels- und Industrievereins, die Gesellschaft für chemische Industrie, der Bauernverband und die privaten Versicherungsgesellschaften bezeichneten eine Neuordnung als verfrüht. Als notwendig wurde sie vom Gewerbeverband, sämtlichen Arbeitnehmerverbänden und allen bedeutenden sozialpolitischen Organisationen erachtet.

Die Tabelle 1 zeigt, dass mit der Umfrage von 1967 alte Fronten neu sichtbar wurden. Fronten, die sich bis heute wenig geändert haben und auch bei einer Verlängerung der Prüfungszeit oder einem Neubeginn kaum wesentlich ändern werden. Die Tabelle 1 zeigt weiter die Richtigkeit der Feststellung in der Einladung zu diesem Seminar, die unterschiedlichen Interessen sowie die Verknüpfung von sozialpolitischen Werturteilen mit sachlich-technischen Fragestellungen erschwerten eine Meinungsbildung. Diese Tabelle zeigt auch die Ausgangssituation, die den Bundesrat veranlasste, eine Expertenkommission einzusetzen und ihr den Auftrag zu erteilen, die bisherige Kostenentwicklung in der Krankenversicherung zu analysieren, allfällige Sofortmassnahmen vorzuschlagen und ein Konzept für die Neugestaltung der Krankenversicherung auszuarbeiten.

Die Arbeit der Expertenkommission wurde wesentlich beeinflusst durch die von der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz eingereichte Initiative für eine soziale Krankenversicherung. Die Vertreter der Krankenkassen beurteilen die in der Expertenkommission unbestrittene Zielsetzung auch heute noch als richtig, es sei der SP-Initiative ein Alternativvorschlag auf Gesetzesebene gegenüberzustellen, der dem Revisionsbegehren so weit als möglich entspricht.

Die zentralen Probleme der Neuordnung sind der Leistungsausbau und dessen Finanzierung. Das Konkordat anerkennt den von der Expertenkommission vorgeschlagenen Leistungsausbau als weitgehend und fortschrittlich. Er wurde unverändert in das Revisionsmodell des Konkordates übernommen.

Eine umfassende Neuregelung der Lohnersatzversicherung ist notwendig. Sie scheint uns auch richtig im Hinblick auf die Annäherung unseres Landes an die EWG. Die Anpassung der Leistungshöhe an die bewährte Suva-Regelung ist zu begrüßen. Die Lohnprozentfinanzierung ist für diesen Versicherungszweig unbestritten. Der in der Auseinandersetzung oft eingeworfene Vorwurf, das für die Krankengeldversicherung geforderte Bundesobligatorium fördere den Absentismus, visiert hier ein falsches Ziel, denn die Leistungen der von der Expertenkommission vorgeschlagenen Lohnersatzversicherung beginnen erst nach dem 31. Krankheitstag und decken ausserdem den Lohn nur zu 80 Prozent.

Als notwendig unterstützen die Krankenkassen die Einführung zeitlich unbeschränkter Spitalleistungen. Die von der Expertenkommission vorgeschlagene Festlegung von Tagespauschalen je Heilanstaltskategorie bringt endlich den einheitlichen, umfassenden Versicherungsschutz und gleichzeitig korrekte Voraussetzungen für die Prämienberechnung. Im Rahmen des "Flimser Modells" und der SP-Initiative sind sie eine unabdingbare versicherungstechnische Notwendigkeit. Wir unterstützen ferner die Auffassung der Expertenkommission, es seien mit den vorgeschlagenen Pauschalen nicht die vollen Betriebskosten der Heilanstalten zu decken, um die Verwaltungen in die Mitverantwortung einzubeziehen. Auch wir sind der Auffassung, dass der Spitalpatient ausser einem Anteil an den Verpflegungskosten in der allgemeinen Abteilung nicht zusätzlich an den Spitalkosten beteiligt werden sollte, d.h. die Restfinanzierung durch die öffentliche Hand zu erfolgen hat. Das Spitalrisiko ist objektiv. Der Versicherte hat wenig Einfluss auf seine Einweisung und gar keine Einflussmöglichkeit auf die im Spital entstehenden Pflege- und Behandlungskosten. Die in den Auseinandersetzungen hie und da gehörte Behauptung, unsere Bevölkerung sei "spitalfreudig", weisen wir zurück. Richtig scheint uns auch der Vorschlag der Expertenkommission, Spitalbauten seien nach bestimmten Kriterien vom Bunde zu subventionieren.

Die Krankenkassen stimmen dem von der Expertenkommission vorgeschlagenen Einbau gezielter prophylaktischer Massnahmen in die Pflichtleistungen der Krankenkassen zu. Manche dieser Leistungen werden heute schon bezahlt, nur sind sie nicht als solche deklariert.

Der Einbau zahnärztlicher Leistungen in die Krankenpflegeversicherung wird von weiten Kreisen gewünscht. Die in Aussicht gestellte bedeutende Erhöhung der zahnärztlichen Tarife dürfte den Trend zur Versicherung mit Tarifschutz noch verstärken. Da es sich um sehr erhebliche Kosten handelt, über die aber kein zuverlässiges und ausreichendes Zahlenmaterial vorliegt, akzeptieren wir das Konzept der Expertenkommission. In Anbetracht der übrigen Kosten der Revision erscheint uns dieses Vorgehen angezeigt.

Wir begrüßen weitere Revisionsvorschläge wie die Aufnahme der noch nicht versicherten Betagten, die Ausdehnung der Altersgrenze für den Kassenbeitritt, die Verkürzung der Vorbehaltsdauer und selbstverständlich auch die Beseitigung der fortwährend aus Artikel 12 IVG resultierenden Abgrenzungsschwierigkeiten. Wir sind aber gleichzeitig der Auffassung, dass es sich dabei im Rahmen einer weiterhin freiwilligen und vorwiegend durch Individualprämien finanzierten Krankenpflegeversicherung um systemfremde Korrekturen handelt, die sich als solche auswirken werden, nämlich auf die Dauer negativ. In der von uns geforderten allgemein verbindlichen Krankenpflegeversicherung lassen sich diese Postulate sozialpolitisch befriedigender und administrativ einfacher lösen.

Welche Mehrkosten bringt nun dieser Leistungsausbau? Darüber hat das Konkordat eigene Berechnungen durchgeführt, die sich auf die vorzüglichen, vom Bundesamt für Sozialversicherung der Expertenkommission zur Verfügung gestellten Zahlenunterlagen stützen.

Tabelle 2 zeigt die voraussichtliche Kostenentwicklung für die ambulante Krankenpflege pro Versicherten von 1969 bis 1974. Die Basiszahl 1969 und die Steigerungssätze für die Jahre 1970 bis 1974 sind dem Expertenbericht entnommen; unter der geltenden Ordnung würden die ambulanten Krankenpflegekosten bis 1974 um 131 Franken ansteigen. Diese bundesamtlichen Berechnungen haben wir weitergeführt. Wir glauben, dass die heutigen Krankenkassentarife auch ohne Aenderung des Arztrechtes dem Suva-Tarif mindestens angenähert werden. Zudem ist eine an sich begrüßenswerte Zunahme der Aerztedichte in Aussicht gestellt, die ebenfalls zusätzliche Kosten bringen wird. Weitere Mehrkosten erwachsen ferner aus der vorgeschlagenen Reduktion der Vorbehaltsdauer. Diese zusätzlichen Kostensteigerungsfaktoren werden über Jahre hinaus wirken. Wir

haben deshalb die Basisberechnungen des Bundesamtes um einen zusätzlichen Kostenzuschlag von 8 Prozent ab 1974 erhöht. Die Kosten für den Leistungsausbau, sofern er in Kraft gesetzt wird, betragen nach unseren Schätzungen im Jahre 1974 pro Versicherten 86 Franken.

Die ambulanten Krankenpflegekosten werden somit im Jahre 1974 durch die Teuerung und die geplanten Leistungsverbesserungen zwei- bis dreimal höher sein als 1969.

Für das Jahr 1969 zeigt die bundesamtliche Statistik pro Versicherten Spitalkosten von Fr. 66.14. Die Tabelle 3 zeigt Ihnen, dass diese durch die Teuerung, die Aufhebung der zeitlichen Leistungsbeschränkung wie auch die Aufnahme der nichtversicherten Betagten und vor allem aber die von der Expertenkommission vorgeschlagene massive Erhöhung der Spitaltaxen zu Lasten der Versicherung und zur Entlastung der kantonalen Finanzen bis 1974 bei einer Inkraftsetzung des neuen Gesetzes auf 300 Franken ansteigen werden. So wie sich die Spitaltaxen in letzter Zeit entwickelt haben, dürften diese Schätzungen für 1974 übrigens bereits an der unteren Grenze liegen.

Die gesamten Krankenpflegekosten, also ambulante Behandlung und Spitalpflege, die von der Krankenversicherung im Jahre 1974 pro Versicherten gedeckt werden müssen, werden von 240 Franken im Jahre 1969 auf 720 Franken im Jahre 1974 ansteigen. Diese jährlichen Mehrkosten von 480 Franken pro Versicherten entsprechen einer Kostensteigerung um 200 Prozent.

In der Tabelle 4 finden Sie absolute Zahlen. Im Jahre 1969 bezahlten die Krankenkassen für 5,48 Millionen Versicherte insgesamt 1,32 Milliarden Franken. Für den gleichen Versichertenbestand, also wiederum für 5,48 Millionen Versicherte, werden nach der Inkraftsetzung eines neuen Gesetzes, das die Leistungsvorschläge der Expertenkommission verwirklicht, von den Krankenkassen im Jahre 1974 3,94 Milliarden Franken zu erbringen sein.

Im Jahre 1974 müssen also die Krankenkassen für eine gleichbleibende Versichertenzahl 2,62 Milliarden Franken mehr aufbringen als 1969, also dreimal so viel.

Die Frage, ob wir diese überproportionale Kostenentwicklung einfach annehmen müssen, wird jedoch in letzter Zeit immer lauter gestellt. Wird es nicht dringend notwendig, allerdings ohne echten Leistungsverlust, diese Kosten zu bremsen und in den Griff zu bekommen? Ist es zum Beispiel richtig, Spitalbetten in teuren, hochspezialisierten Akutabteilungen durch Chronischkranke zu besetzen? Mit Recht wird darauf hingewiesen, ein grosser Teil der von der Krankenversicherung bezahlten Medikamente werde von den Patienten nicht eingenommen. Verantwortungsbewusste Aerzte mahnen, die Kosten der ärztlichen Betreuung in einem volkswirtschaftlich verantwortbaren Rahmen zu halten, und warnen vor praxisfremdem Perfektionismus ärztlicher Ausbildung.

In dieser Situation müssen wir uns sicher umfassend mit der Frage auseinandersetzen, ob die Förderung des Kostenbewusstseins zu einer Förderung der Selbstverantwortung führen könnte und ob eine Erfolgschance für eine Kostenbeeinflussung besteht, wenn es gelingen würde, die Mitverantwortung beim Patienten, beim Arzt und bei den Heilanstaltsverantwortlichen zu stärken.

In der ambulanten Behandlung werden die Versicherungskosten bestimmt durch den Patienten, der durch seinen subjektiv oder objektiv begründeten Beschluss die ärztliche Behandlung auslöst, ferner durch den Arzt, der den Umfang der Behandlung bestimmt, und zuletzt durch die Tarife, nach denen die erbrachten Leistungen in Rechnung gestellt werden.

Die Expertenkommission glaubt, mit der vorgeschlagenen Mindestkostenbeteiligung den Versicherungsaufwand beeinflussen zu können. Die prozentuale Beteiligung an den Behandlungskosten wie auch der tiers-garant können das Kostenbewusstsein der Versicherten erhalten oder sogar verstärken. Von allen diesen Massnahmen darf man aber keine Wunder erwarten.

Im Bericht der Expertenkommission finden sich keine konkreten Vorschläge, wie das Mitverantwortungsbewusstsein des Arztes aktiviert werden könne. Die Behandlungsfreiheit der Aerzte ist gegeben und auch für die Zukunft unbestritten. Der hart geführte Kampf um die Freiheit dürfte deshalb ein Kampf um die Freiheit in der Rechnungsstellung sein. Diese dürfte aber kaum als wirksame Kostenbremse bezeichnet werden können.

Die ärztlichen Tarife der Krankenkassen streben gegen den Suva-Tarif. Dieser ist indexgebunden und wird sicher regelmässig den Reallohnverbesserungen folgen. Zudem ist es eine belegte Tatsache, dass die Krankenpflegekosten stärker ansteigen als die Tarife.

Die Spitalkosten können, es wurde bereits darauf aufmerksam gemacht, von den Versicherten kaum beeinflusst werden. In der Regel wird ein Patient nur aufgrund der Einweisung seines Hausarztes in ein Spital aufgenommen. Wir erachten diese Triage als richtig und wirkungsvoll. Im Spital selber muss sich der Patient dem Entscheid der Aerzte und den Anweisungen des Pflegepersonals fügen. Energisch zurückweisen müssen wir die unverständliche Behauptung, die schweizerische Bevölkerung sei "spitalfreudig". Eine gewisse Spitalgläubigkeit wurde allerdings in den letzten Jahren, auch durch die Massenmedien, herangebildet. Mit der Schaffung einer speziellen Spitalversicherung würde dieser Glaube noch gewaltigen Auftrieb erhalten.

Die Optimierung der Kosten in den Spitälern kann weder der Versicherung noch dem Patienten zugemutet werden. Aerztliche Leitung und administrative Führung der Heilanstalten tragen eine primäre Verantwortung. Sollte es diesen Stellen nicht gelingen, das Verhältnis zwischen den Aufwendungen und den finanziellen Möglichkeiten tragbar zu gestalten, werden in absehbarer Zeit die Politiker aufgerufen werden, volkswirtschaftlich vertretbare Therapieziele vorzuschreiben.

Die Krankenkassen unterstützen, das möchte ich hier klar hervorheben, alle sinnvollen Bestrebungen zur Stärkung der Mitverantwortung. Sie haben dem Kostenbeteiligungssystem der Expertenkommission zugestimmt, sind aber zu Gesprächen über andere Möglichkeiten bereit. Trotzdem glaubt das Konkordat nicht daran, dass es in absehbarer Zeit gelingen wird, eine wirksame Kostenregulierung zu erzielen. Aus diesem Grunde scheint es das einzig richtige, im Rahmen der laufenden Neuordnung in erster Linie dafür zu sorgen, dass die geschätzten zukünftigen Krankenpflegekosten durch ein sicheres und gerechtes Finanzierungssystem gedeckt werden können. Dies um so mehr, als vor allem die Kostenexplosion die allgemeine Unruhe um die Krankenversicherung ausgelöst und zur Einsetzung der Expertenkommission geführt hat. Der Bundesrat er-

teilte dieser Kommission den Auftrag, die bisherige Kostenentwicklung in der Krankenversicherung zu analysieren. Er erwartete eine Darstellung der Ursachen dieser logarithmischen Kostensteigerung. Davon erwartete er neue Erkenntnisse über Möglichkeiten zur Kostensteuerung. Eine Analyse im erwarteten Sinne konnte die Expertenkommission nicht unterbreiten; die dafür notwendigen Studien konnten in der zur Verfügung gestandenen Zeit nicht durchgeführt werden.

Mit dem bisherigen Finanzierungssystem können die von der Expertenkommission vorgeschlagenen neuen Leistungen und die verlangte Entlastung der kantonalen Finanzen nicht verwirklicht werden. Die dadurch ausgelöste Kostenentwicklung mit den entsprechenden Beitragserhöhungen würde für die Versicherten wie eine neue, von einer eidgenössischen Expertenkommission ausgelöste, Kostenexplosion wirken. Dafür würde die Bevölkerung unseres Landes sicher kein Verständnis aufbringen.

Der auch von einzelnen Krankenkassenvertretern vorgebrachte Einwand, der vorgeschlagene Leistungsausbau könne selbst unter dem geltenden Finanzierungssystem dank den automatisch ansteigenden Bundesbeiträgen getragen werden, ist nicht stichhaltig. Der genau gleichen Steigerung wären auch die heutigen Versichertenbeiträge unterstellt. Eine Familie mit zwei Kindern bezahlt heute in städtischen Verhältnissen für die Krankenpflegeversicherung im Mittel pro Jahr 744 Franken. Nach dem Inkrafttreten des Leistungsausbaues würde für diese Familie die Prämie pro Jahr auf 2'232 Franken erhöht werden müssen. Das bedeutet, dass die Krankenpflegeprämie mehr als 9,3 Prozent eines Jahreseinkommens von 24'000 Franken beanspruchen würde. Dieses Beispiel lässt erkennen, dass dieser Vorschlag, Leistungsausbau bei unverändertem Finanzierungssystem, nicht durchführbar sein dürfte.

Bevor ich über die Stellungnahme des Konkordates zu den verschiedenen Reformmodellen orientiere, möchte ich feststellen, dass bei gleichen Leistungen, unabhängig vom Finanzierungssystem, gleiche Kosten zu erwarten sind. Die verschiedenen Modelle können diese Kosten nicht reduzieren, sie können lediglich eine unterschiedliche Verteilung der Kosten vorschlagen.

Wenn zum Beispiel das Solothurner Modell "Der neue Weg" von Herrn Dr. med. Cadotsch aus Grenchen den Kantonen und den Krankenkassen wesentliche Kostenreduktionen in Aussicht stellt, müssen die eingesparten Summen vom Bund und vor allem von den Versicherten aufgebracht werden. Das Solothurner Modell schlägt als Kostenbremse eine nach Einkommen gestaffelte, fühlbare Kostenbeteiligung sowohl in der ambulanten Behandlung als auch bei Heilanstaltspflege vor. Ein Sozialausgleich wird angestrebt durch ein neuartiges Umlageverfahren für die Spitalkosten. Da Herr Dr. Cadotsch auf neue Finanzquellen verzichtet, müsste ein wesentlicher Teil der Versicherten unter diesem Modell für den Krankheitsfall gegenüber 1969 mindestens dreifache Aufwendungen (Prämien und Kostenbeteiligung) erbringen. Obwohl dieses Modell die Durchführung einer ungeteilten Krankenpflegeversicherung den Krankenkassen wie bisher überlassen möchte, kann es das Konkordat nicht unterstützen.

Das "Modell 72" wird Ihnen Herr Notar Sägesser vorstellen. Da gezielte Fragen im Rundtischgespräch gestellt werden können, möchte ich nur bekanntgeben, dass das Konkordat dem "Modell 72" unter anderem deshalb nicht zustimmen konnte, weil, wenigstens im bisher bekannten System, auf zusätzliche Finanzierungsmittel verzichtet wird, d.h. also die gesamten Kosten des Leistungsausbaues den Versicherten überbunden werden. In einer neuen Variante 72 E wird nun eine Sondersteuer als neue Finanzquelle vorgeschlagen. Bis jetzt teilen wir die Ansicht der Expertenkommission, solche Sondersteuern seien zur Zeit nicht realisierbar. Die Steuerkompetenzen des Bundes sind sehr beschränkt; die kantonalen Behörden dürften wenig bereit sein, die aktuelle Situation wesentlich zu ändern.

Das "Modell Grütli" stimmt dem Leistungsausbau zu und anerkennt die Notwendigkeit einer Zusatzfinanzierung. Als neue Einnahmequellen werden vorgeschlagen: eine einprozentige Lohnvolumenabgabe des Arbeitgebers und eine Gesundheitssteuer, die zum Beispiel als zehnprozentiger Zuschlag auf Tabak und Alkohol in Betracht gezogen werden könnte.

Beide Möglichkeiten wurden in der Expertenkommission beraten. Ein einseitiger Arbeitgeberbeitrag als Sondersteuer für die Krankenversicherung wurde von Arbeitgeberseite zurückgewiesen. Der Vorschlag einer Zusatzbesteuerung von Tabak und Alkohol wurde als unrealisierbar abgelehnt. Die Krankenkassenvertre-

ter haben die in der Expertenkommission vorgetragenen Argumente als richtig akzeptiert.

Die Krankenversicherung ist aber nicht nur eine Rechenaufgabe. Sie ist auch Teil der Sozialversicherung und damit der Sozialpolitik. In unserer gesamten übrigen Sozialversicherung hat man den Weg zu einer sozial gerechten Finanzierung über Lohnprozente gesucht, und es liegt auf der Hand, dass man für die Krankenversicherung diesen Weg ebenfalls gehen wird. Es frägt sich nur, in welcher Form und um welchen Preis.

Gegen die volle Lohnprozentfinanzierung der Krankenpflegeversicherung im Sinne der SP-Initiative muss das Konkordat Bedenken anmelden. So bestehen zum Teil beträchtliche regionale Morbiditätsunterschiede, so dass ein gesamtschweizerischer Risikoausgleich zu Ungerechtigkeiten führen würde. Den sozialen Aspekten der vollen lohnprozentualen Finanzierung gegenüber stehen aber auch andere gewichtige Nachteile. So die vollständige Aufgabe des Äquivalenzprinzips, mit anderen Worten: eine voll mit Lohnprozenten finanzierte Krankenpflegeversicherung - dies gilt auch für die Spitalversicherung im "Flimser Modell" - ist keine Versicherung mehr. Es besteht überhaupt keine für den Versicherten einigermaßen erkennbare Abhängigkeit zwischen den Kosten des Leistungsbezuges und der Höhe der Prämien mehr. Der unter dem heutigen System bereits beklagte Mangel an Sparwillen bei den Patienten und den an der medizinischen Behandlung beteiligten Stellen liesse sich bei voller Lohnprozentfinanzierung erst recht nicht beheben. Sie bedingt ausserdem ein nach oben begrenztes, starres Leistungsschema. Die heutige Krankenversicherung ist immerhin in der Lage, neue kostspielige, aber notwendige Leistungen auch auf gesamtschweizerischer Ebene rasch einzuführen und braucht nicht zuzuwarten, bis sie zur gesetzlichen Pflichtleistung erklärt werden. Die Krankenkassen verlören aller Voraussicht nach ihre Eigenschaft als Risikoträger und ihre finanzielle Selbstverwaltung. Ausländische Beispiele zeigen zwar, dass eine gegliederte, sich selbst verwaltende Krankenversicherung trotz voller Lohnprozentfinanzierung weiterbestehen kann. Das Projekt "Spitalversicherung" bzw. seine Ausgestaltung lässt hiefür jedoch wenig Hoffnung, auch wenn in der SP-Initiative ausdrücklich gesagt wird, dass die Krankenkassen berücksichtigt werden sollen. Wir wollen nicht die Krankenkassen um ihrer selbst willen erhalten, sondern wir sind der Auffassung, dass sich die Krankenversicherung unter den heutigen

strukturellen Verhältnissen besser und "humaner" durchführen lässt als mit einem einzigen anonymen, dank seiner Monopolstellung überaus mächtigen und voll technisierten Verwaltungsapparat.

In bezug auf das "Flimser Modell" habe ich bereits gesagt, dass wir den Leistungsausbau in der Krankenpflegeversicherung und die vorgeschlagene obligatorische Krankengeldversicherung unterstützen. Die Konkordatskassen befürworten auch grossmehrheitlich die Einführung einer Lohnprozentualen Finanzierung nach dem AHV-Beitragssystem in der Krankenpflegeversicherung. Nicht zustimmen können wir jedoch der Aufsplitterung der Krankenpflegeversicherung in einen obligatorischen Teil für die Spitalkosten ab sechstem Spitaltag und eine freiwillige Versicherung für die übrigen Behandlungskosten. Wir befürchten, dass diese Zweiteilung einen Rückgang der Zahl der freiwillig Versicherten und eine Verschlechterung des Risikoausgleiches in dieser Versicherung bringt.

Die angeblich der Krankenkassen wegen nicht in die Spitalversicherung einbezogenen ersten fünf Spitaltage dürften in der parlamentarischen Beratung aus dem Bereich der den Krankenkassen "überlassenen" freiwilligen Versicherung gestrichen werden. Es ist zu erwarten, dass bestehende Pläne für die Ausrichtung der Spitalleistungen durch eine staatliche Stelle dann verwirklicht werden. Wird in einer späteren Phase die Lohnprozentfinanzierung ausgedehnt, wobei es sich nur darum handeln kann, auch die ganze ambulante Behandlung einzubeziehen, so wird man kaum die Spitalversicherung wiederum den Krankenkassen übertragen, sondern den Spitalversicherungsapparat ausbauen.

Das "Flimser Modell" fordert eine freiwillige Versicherung für die ambulante Krankenpflege. Es verpflichtet diese freiwillige Versicherung zu einem Leistungsausbau, der zusammen mit der Teuerung die Kosten verdreifachen wird. Mit Ausnahme der Wenigbemittelten haben die Versicherten diese dekretierten Mehrkosten selber zu bezahlen. Darüber hinaus werden sie zu einer Lohnprozentabgabe verpflichtet.

Den kostspieligen Vorschriften über den Leistungsausbau sind nur die Krankenkassen unterstellt. Die den Kassen durch das Gesetz auferlegten Sozialhypotheken sollen nicht mehr wie bisher durch allgemeine Subventionen wenigstens teilweise abgegolten werden.

Nach wenigen Jahren werden wir vor der Tatsache stehen, dass sich in der freiwilligen ambulanten Versicherung die Explosion der Kosten und proportional dazu der Prämien noch verstärkt hat. Einer neuen Expertenkommission dürfte nur der volle Sprung nach vorn offen bleiben.

Das "Flimser Modell" bringt also den Versicherten eine bedeutende Mehrbelastung, die über die Kosten des Leistungsausbaues hinausgeht. Die Konkurrenzfähigkeit der Krankenkassen wird entscheidend geschwächt und die Liquidation des heutigen Systems eingeleitet.

Nur zwei Interessengruppen profitieren vom "Flimser Modell": Die grossen Steuerzahler, weil die Spitaldefizite in den kantonalen Rechnungen bedeutend reduziert werden, und die privaten Krankenversicherer, die mit dem Gesetz nach "Flimser Modell" offiziell zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung zugelassen werden.

Damit sind die wichtigsten Gründe aufgezeigt, die das Konkordat veranlassen, das Finanzierungssystem im "Flimser Modell" zu ersetzen.

Wir sind der Auffassung, dass eine Beruhigung in der Diskussion um die Krankenversicherung nur eintreten wird, wenn die Belastung des einzelnen Versicherten auf tragbarer Höhe gehalten werden kann. Dies setzt voraus, dass die Anteile der anderen Finanzierungsbestandteile - Wirtschaft und öffentliche Hand - ebenfalls konstant bleiben. Im "Flimser Modell" ist dieses Gleichgewicht nicht gegeben, indem sich die Lastenaufteilung zu Ungunsten des Versicherten mit steigenden Kosten der ambulanten Behandlung verschiebt. Aus staatspolitischen Überlegungen sind wir ausserdem der Ansicht, dass die im "Flimser Modell" vorgesehene volle Lohnprozentfinanzierung von Leistungen abzulehnen ist. Wir schlagen deshalb ein Modell vor, bei dem

- die lohnprozentuale Finanzierung 50 und die öffentliche Hand 20 Prozent der Gesamtkosten decken;
- mit der lohnprozentualen Finanzierung aber keine neue Versicherung bestimmter Leistungen geschaffen wird.

Diese Art der lohnprozentualen Finanzierung der Krankenversicherung ist neu, doch besteht kein Grund, sie deswegen nicht zu verwirklichen, denn sie bietet

grosse Vorteile, die nicht zuletzt in der Beibehaltung individueller Beiträge bestehen. Diese decken zusammen mit den Selbstbehalten rund 30 Prozent der Gesamtkosten. Mit dem Konkordatsmodell werden einerseits der wünschbare direkte Lastenausgleich unter den Versicherten und eine wirksame Beteiligung der Wirtschaft erreicht, andererseits bleiben das Interesse des einzelnen Versicherten an "seiner" Krankenkasse, deren finanzielle Selbstverantwortung sowie deren Aktions- und Konkurrenzfähigkeit erhalten. Wir versuchen somit, die Vorteile beider Systeme zu vereinigen und ihre Nachteile auszuschalten.

Der Beitrag des Bundes und die Mittel aus den Lohnprozentualen Beiträgen (je ca. 1,5 Prozent) werden in einen vom Bund zu verwaltenden Fonds gelegt. Von dort gelangen sie direkt oder über die bestehenden Rückversicherungsverbände zu den einzelnen Krankenkassen. Der Verteilungsschlüssel für die Fondsmittel wird so gestaltet, dass dadurch ein gesamtschweizerischer Risikoausgleich (z.B. Rückerstattung von Spitalleistungen, Abgeltung der Mehrkosten der Frauen) und ein zusätzlicher Ausgleich von Soziallasten (Abgeltung der nicht durch Einzelbeiträge gedeckten Kosten für Kinder) erzielt wird. Gleichzeitig sollen die Beiträge aus dem Fonds so festgesetzt werden, dass die Kassen an der Höhe ihrer Ausgaben interessiert bleiben.

Familien und Alleinstehende bezahlen somit für die Krankenpflegeversicherung eine einheitliche, in einem Prozentsatz ihres Erwerbseinkommens festgesetzte Prämie, von der der Arbeitgeber die Hälfte zu übernehmen hat. Hinzu kommen bei Familien Krankenkassenbeiträge tragbarer Höhe für maximal vier Familienglieder, während der Alleinstehende ebenfalls seinen Einzelbeitrag zu leisten hat, der sich grundsätzlich nicht von den übrigen Erwachsenenbeiträgen unterscheidet. Rentner hätten nebst der Individualprämie 2 Prozent der AHV-Rente zu leisten. Eine zusätzliche Reduktion der Einzelprämien für Wenigbemittelte ist durch kantonale Prämienbeiträge vorgesehen, wobei den Kantonen die Hälfte aus dem Fonds zurückbezahlt wird.

Besonders hervorzuheben ist, dass beim Modell des Konkordates der zur Verstärkung des Lastenausgleiches unumgängliche administrative Mehraufwand auf ein Minimum beschränkt bleibt, damit aber eine sehr grosse sozialpolitische Wirkung erzielt wird.

Beim Arztrecht kann das Konkordat heute, allerdings nach heftigen Auseinandersetzungen und gegen gewichtige Bedenken, dem Vorschlag der Expertenkommission grundsätzlich zustimmen. Die Krankenkassen sind allerdings der Auffassung, dass im vertragslosen Zustand mit einem Schutz von zwei Dritteln der Bevölkerung nur Personen mit einem relativ bescheidenen Einkommen mit der vollen Kostenrückerstattung rechnen können. Es schlägt deshalb vor, den Prozentsatz der geschützten Bevölkerung auf 80 zu erhöhen. Unverständlich ist ferner der Vorschlag der Expertenkommission, es sei jedem Arzt freizustellen, auch beim Abschluss eines Vertrages von diesem zurückzutreten. Die ausserhalb des Vertrages stehenden Aerzte sollen in der Rechnungsstellung frei sein, die Krankenkassen werden lediglich zu Rückerstattungen im Rahmen der Tarife verpflichtet. Wir sind der Meinung, dass sich nur Aerzte von der Krankenkassenpraxis sollten distanzieren können, die dafür überzeugende Gründe geltend machen können.

Mit meinen Ueberlegungen habe ich versucht, Sie im Rahmen des übernommenen Auftrages über die Stellungnahme des Konkordates zur Neuordnung der Krankenversicherung zu orientieren. Ich habe Ihnen im besonderen das Finanzierungsmodell des Konkordates vorgestellt. Dieses Modell ist identisch mit dem im Bericht der Expertenkommission auf den Seiten 62 und 63 vorgestellten Minderheitsantrag. Dieser Hinweis zeigt, dass die Krankenkassen dem Standpunkt treu geblieben sind, den sie in der Expertenkommission vertreten haben. An der Session der Subkommission II in Chexbres im April 1971 habe ich erklärt, der Vorstand des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen habe die Sonderfinanzierung der Spitalkosten abgelehnt. Als Begründung habe ich laut Protokoll erklärt: "Mit dem Projekt einer Spezialfinanzierung der Spitalbehandlungskosten sind eine unerwünschte Zweiteilung der Krankenpflegeversicherung und die Gefahr der Verstaatlichung dieses Sozialversicherungszweiges verbunden. Das Konkordat schlage vor, die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung in ihrer Gesamtheit neu zu ordnen, wobei eine angemessene Verteilung der Lasten auf Bund, Kantone und Gemeinden, Wirtschaft und Versicherte angestrebt werden soll."

Diese Zielsetzung aus dem Jahre 1971 ist verwirklicht im heutigen Modell des Konkordates. Das Konkordatsmodell will unsere freiheitliche Struktur der Krankenversicherung weiterführen. Darum verlangen wir einen umfassenden Leistungsausbau, der nur möglich wird durch eine gesicherte Zusatzfinanzierung.

Tabelle 1

Umfrage des Bundesrates vom 28. Dezember 1967 über die Neuordnung der Krankenversicherung.

Die Antworten auf die Frage, ob der Zeitpunkt für eine umfassende Neuordnung der Krankenversicherung als gegeben erachtet werde:

JA:	NEIN:
<p><u>Kantone:</u></p> <p>Zürich Luzern Uri Nidwalden Freiburg Solothurn Basel-Stadt Basel-Land Schaffhausen Aargau Tessin Waadt Wallis Genf</p>	<p><u>Kantone:</u></p> <p>Bern Obwalden Glarus Zug Appenzell-Ausserrhoden St. Gallen Graubünden Thurgau</p>

JA:	NEIN:
<p><u>Die direkt Beteiligten:</u></p> <p>Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen</p> <p>Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande</p> <p>Federazione ticinese delle Casse-malati</p> <p><u>Die politischen Parteien:</u></p> <p>Sozialdemokratische Partei</p> <p>Landesring der Unabhängigen</p> <p>Konservativchristlichsoziale Partei</p> <p><u>Wirtschaftsverbände und übrige Organisationen:</u></p> <p>Schweiz. Gewerkschaftsbund</p> <p>Christlich-nationaler Gewerkschaftsbund</p> <p>Vereinigung Schweiz. Angestelltenverbände</p> <p>Landesverband freier Schweizer Arbeiter</p> <p>Verband Evangelischer Arbeiter und Angestellter</p> <p>Vereinigung für Sozialpolitik</p> <p>Schweiz. Invalidenverband</p> <p>Pro Infirmis</p> <p>Pro Familia</p>	<p><u>Die direkt Beteiligten:</u></p> <p>Verbindung der Schweizer Aerzte</p> <p>Schweizerische Zahnärztesgesellschaft</p> <p>Veska</p> <p><u>Die politischen Parteien:</u></p> <p>Freisinnig-demokratische Partei</p> <p>Bauern-, Gewerbe- und Bürgerpartei</p> <p>Demokratische Partei</p> <p><u>Wirtschaftsverbände und übrige Organisationen:</u></p> <p>Zentralverband Schweizerischer Arbeitgeberorganisationen</p> <p>Vorort des Schweiz. Handels- und Industrievereins</p> <p>Schweiz. Bauernverband</p> <p>Gesellschaft für chemische Industrie</p> <p>Konferenz konzessionierter Krankenversicherer</p> <p>Schweiz. Frauenverein</p>

Tabelle 2

Entwicklung der Kosten für ambulante Krankenpflege pro Versicherten  
1969 - 1974 (1974 Inkraftsetzung des neuen Gesetzes).

<u>Kosten</u> 1969	Fr. 152.--
Kostensteigerung 1970 - 1974 (nach geltender Ordnung)	Fr. 131.--
Zusätzliche Kostensteigerung ab 1974 (Tarifanpassungen, Zunahme der prakti- zierenden Aerzte usw.)	Fr. 23.--
Leistungsausbau gemäss Expertenkommission	Fr. 86.--
7 % Verwaltungskosten	Fr. 28.--
<hr/>	
Kosten 1974	Fr. 420.--
=====	

Tabelle 3

Entwicklung der gesamten Krankenpflegekosten pro Versicherten  
1969 - 1974 (1974: Inkraftsetzung eines neuen Gesetzes).

	<u>ambulant:</u>	<u>Heilanstalt:</u>	<u>Total:</u>
Kosten 1969 inkl. Verwaltungskosten 10%	167.--	73.--	240.--
Kosten 1974 inkl. Verwaltungskosten 7%	420.--	300.--	720.--
Zunahme in %	+ 152	+ 311	+ 200
=====			

Tabelle 4

Gesamtkosten 1969 und 1974 (bei gleichbleibendem Versichertenbestand)

<u>1969</u>	
Ambulante Behandlung total	920 Mio Franken
Spital total	400 Mio Franken
	<hr/>
	1'320 Mio Franken für <u>5,48</u> Mio Versicherte
	=====
<u>1974</u>	
Ambulante Behandlung total	2'300 Mio Franken
Spital total	1'640 Mio Franken
	<hr/>
	3'940 Mio Franken für <u>5,48</u> Mio Versicherte
	=====

Derselbe Versichertenbestand hat (inkl. geforderter Leistungsausbau) 1974 2'620 Mio Franken mehr aufzuwenden als 1969 oder dreimal soviel wie 1969 (bei bleibendem Finanzierungssystem).