

AKTIONSKOMITEE "Ja zur besseren Kranken- und Mutterschaftsversicherung"

Postfach 4084, 3001 Bern, 031 24.11.15

KUVG / KMVG

R E F E R E N T E N F U E H R E R

A. Ist eine Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung notwendig?

1. Prämien der Versicherten

Die Prämien der Versicherten steigen seit über zwanzig Jahren doppelt so stark an wie die allgemeine Teuerung. Die Krankenkassenprämien sind zwar für weite Teile der Bevölkerung nicht kostendeckend angesetzt, können aber trotzdem wirtschaftlich schwächere Versicherte allzu stark belasten. In einer Reihe von Kantonen und Gemeinden werden die Prämien für diese Versicherten durch öffentliche Mittel herabgesetzt. Damit dies in allen Kantonen geschieht, braucht es ein Bundesgesetz. Das neue Krankenversicherungsgesetz verpflichtet nun alle Kantone zu Prämienbeiträgen für die wirtschaftlich schwächeren Versicherten.

Prämienbeiträge
oder Lohnprozente?

Lohnprozente als Versicherungsprämien sind ihres grossen Umverteilungseffektes wegen eine soziale Form der Finanzierung. Sie eignen sich gut für obligatorische Versicherungen wie die AHV, die IV, die Unfallversicherung und das Taggeld bei Mutterschaft. Bei diesen Versicherungen steht zum vornherein fest, wann der Versicherte Leistungen zugut hat. In der Krankenversicherung hingegen spielt der individuelle Entscheid zum Leistungsbezug eine sehr grosse Rolle. Wenn den einen sehr kleine und den andern sehr grosse Beträge vom Lohn abgezogen werden, hat schliesslich keiner mehr einen Grund, um sich bei der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung zurückzuhalten.

Dem trägt die Gesetzesvorlage zur Revision der Krankenversicherung Rechnung. Obligatorische Lohnprozente sind nur gerade für die Finanzierung des Mutterschaftstaggeldes vorgesehen. Bei den Prämien für die Krankenpflegeversicherung obliegt es den Kantonsregierungen Ermässigungen gezielt dort vorzunehmen, wo dies notwendig ist. Dieses System hat sich schon bei den Ergänzungsleistungen zu AHV und IV bewährt.

2. Mutterschaft

Medizinische Kosten Schwangerschaft und Geburt bringen Auslagen für Arzt, Medikamente, Spitalaufenthalte, Kontrolluntersuchungen, allenfalls die Hebamme und anderes mehr mit sich. Diese Kosten sind schon heute mit der Grundversicherung für Krankenpflege gedeckt. In den letzten Jahren haben die Geburten, bei denen die Mutter entweder nur sehr kurz im Spital oder überhaupt daheim bleibt, stark zugenommen. In solchen Fällen bedürfen Mutter und Kind jedoch der besonderen Pflege daheim. Das neue Gesetz trägt dieser Entwicklung Rechnung und sieht eine entsprechende Beitragsleistung vor.

Frauen, die nicht bei einer Krankenkasse versichert sind

Vereinzelte kommt es immer noch vor, dass Frauen bei einer Geburt in finanzielle Bedrängnis geraten, weil sie die Geburtskosten nicht bei einer Krankenkasse versichert haben. Das neue Gesetz schliesst diese Lücke. Nicht versicherte Frauen können, wenn ihr Einkommen eine vom Bundesrat festgesetzte Limite nicht erreicht, bei einer Krankenkasse die Bezahlung der Mutterschaftskosten gegen eine Gebühr verlangen. Sie erhalten vier Fünftel der Leistungen, die von Frauen beansprucht werden können, die bereits bei einer Krankenkasse versichert sind. Diese Hilfe ist für Frauen aus sozialen Randgruppen gedacht. Sie wird mit dem neuen Gesetz möglich, weil der Bund den Krankenkassen die Mutterschaftsleistungen an diese und auch alle versicherten Frauen zurückerstatten wird.

Taggeld

Bei der Revision der Krankenversicherung hat man lange nach einem Weg gesucht, damit auch die erwerbstätigen Frauen bei einer Geburt genügend lange daheim bleiben können, ohne eine Erwerbseinbusse zu erleiden.

Der Weg über ein allgemeines Obligatorium der Krankengeldversicherung war politisch nicht gangbar. Ausserdem wäre die dabei vorgesehene rein betriebliche Finanzierung des Taggeldes bei Mutterschaft für die Frauen ungünstig gewesen.

Heutige Mängel

Beim heutigen Zustand belassen konnte man es indessen auch nicht. Frauen, die heute einzeln oder über einen Betrieb bei einer Krankenkasse für Taggeld versichert sind, erhalten dieses bei Mutterschaft während zehn Wochen, was für die gedeihliche Entwicklung von Mutter und Kind eindeutig zu kurz ist und weit unter den im übrigen Europa geltenden Normen liegt. Einzelne Gesamtarbeitsverträge sehen längere Dauern für das Mutterschaftstaggeld vor, doch untersteht nur ein Teil der Frauen einem solchen Vertrag.

Für viele erwerbstätige Frauen besteht keine Taggeldversicherung, so dass der Arbeitgeber bei Mutterschaft den Lohn nur für eine sehr beschränkte Zeit ausrichten muss. Taggeldversicherungen bei privaten Versicherungsgesellschaften schliessen nicht selten Taggelder bei Mutterschaft aus.

Auch der Kündigungsschutz bei Schwangerschaft ist mangelhaft.

Das Parlament hat schliesslich eine Lösung gutgeheissen, bei der das Mutterschaftstaggeld nicht nur erwerbstätigen, sondern auch nicht erwerbstätigen Frauen ausgerichtet wird. Finanziert werden diese Taggelder wie bei der Erwerbsersatzordnung bei den Militär- und Zivilschutzpflichtigen über einen Zuschlag zum AHV-Beitrag.

Warum wird über das Mutterschaftstaggeld und die Krankenversicherung in der gleichen Vorlage abgestimmt? Dass diese Aenderung des Bundesgesetzes über die Erwerbsersatzordnung und die Verlängerung des Kündigungsschutzes auf die ganze Dauer der Schwangerschaft nun in der Abstimmungsvorlage über die Krankenversicherung enthalten sind und von dieser nicht abgetrennt werden können, hat sich aus dem Verlauf der parlamentarischen Beratung und der ursprünglichen Absicht ergeben, den ganzen Fragenkomplex "Mutterschaft" über die Krankenversicherung zu regeln.

3. Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Ueberangebot an medizinischen Leistungen/mangelnde Kostenbremsen

Ein weiterer gewichtiger Grund, das bestehende Krankenversicherungsgesetz zu revidieren, ist in der Kostenentwicklung zu suchen. Diese ist sicher nicht allein auf die Ueberalterung der Bevölkerung und die gesundheitsschädigende Verschlechterung der Lebensbedingungen zurückzuführen. Mitbeteiligt an der anhaltend überdurchschnittlichen Erhöhung der Kosten der Krankenkassen sind mit Sicherheit auch: das Ueberangebot an medizinischen Leistungen aller Art, das Ueberangebot an kostspieligen Spitalbetten und medizinisch-technischen Geräten, die zu geringen Einflussmöglichkeiten der Krankenkassen und das zu schwache Interesse der Patienten an einer kostengünstigen medizinischen Versorgung. Um dies zu ändern, braucht es neue gesetzliche Grundlagen. Mit der Gesetzesvorlage zur Krankenversicherung werden diese zum Teil geschaffen.

4. Leistungslücken

Spitalbehandlung

Die bisherige Begrenzung der Pflichtleistungen der Krankenkassen auf 720 Spitaltage innerhalb von 900 Tagen konnte in Einzelfällen zu Härten führen. Vor allem dann, wenn für den Aufenthalt in Pflegeheimen bereits Spitalleistungen ausgerichtet werden mussten, so dass unter Umständen für einen nachfolgenden Aufenthalt in einem Akutspital keine Krankenkassenleistungen mehr beansprucht werden konnten. Eine allge-

mein gültige Abgrenzung zwischen Pflegeheimen und Spitälern und die Verpflichtung aller Krankenkassen, bei Spitalaufenthalt zeitlich unbeschränkte Leistungen zu gewähren, lassen sich nur durch eine Gesetzesrevision verwirklichen. Die Vorlage zur Krankenversicherungsrevision erfüllt diese Postulate.

Hauspflege

Die Meinung ist weit verbreitet, eine wirksame Organisation der Hauspflege lasse sich nur verwirklichen, wenn nicht die Kantone und Gemeinden, sondern die Krankenkassen mehr dafür bezahlen. Das neue Krankenversicherungsgesetz trägt dem Rechnung. Wie sich diese neuen Pflichtleistungen auf die Hauspflege einerseits und die Krankenkassenprämien andererseits auswirken, bleibt abzuwarten.

Heimpflege

Die letzte Gesetzesrevision wurde 1964 vorgenommen. Seither hat die Zahl der Pflegeheime und Pflegepatienten enorm zugenommen; nicht minder gestiegen sind die Tageskosten in einem Pflegeheim. Eine einheitliche Regelung für die Krankenkassenleistungen bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim gibt es im bisherigen Gesetz nicht. Das neue Gesetz schliesst nun diese Lücke. Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim sind künftig während unbeschränkter Dauer von der Krankenkasse alle medizinischen Kosten zu übernehmen, während für die Deckung der Aufenthaltskosten ausschliesslich die Einkünfte der Pensionäre (Renten usw.) und allenfalls Beiträge der Kantone und Gemeinden zu verwenden sind.

Vorsorgeunter- suchungen

Seit der letzten Gesetzesrevision hat die Präventivmedizin stark an Bedeutung gewonnen. Die Krankenkassen sind dieser Entwicklung auf freiwilliger Basis gefolgt. Die jetzige Gesetzesrevision wird die Leistungen für gewisse Vorsorgeuntersuchungen zu Pflichtleistungen aller Krankenkassen machen. In bestimmten Fällen sollen künftig auch Impfungen bezahlt werden.

Medizinische
Rehabilitation

Bei der Nachbehandlung von Patienten nach Herzinfarkt, orthopädischen Operationen usw. haben sich neue Formen entwickelt. Die gesetzlichen Pflichtleistungen der Krankenkassen müssen deshalb angepasst werden. Für gewöhnliche Erholungskuren besteht jedoch auch künftig keine gesetzliche Leistungspflicht der Krankenpflegeversicherung.

5. Beitragsleistungen des Bundes

Zweck der Bundesbeiträge

Mit dem Krankenversicherungsgesetz macht der Bund den Krankenkassen eine ganze Reihe von Auflagen sozialpolitischer Art. Diese bewirken, dass einzelne Versicherungsgruppen mit ihren Prämien hohe Solidaritätsleistungen erbringen. Damit das tragbare Mass nicht überschritten wird, trägt der Bund an die Kosten der Sozialauflagen bei. Von diesen Bundesbeiträgen entfällt der weit überwiegende Teil auf den Ausgleich der Mehrkosten der Frauen in der Krankenpflegeversicherung.

Gesetzliche Einfrierung auf dem Stand von 1976

Im Zuge von Sparmassnahmen des Bundes wurden die Bundesbeiträge an die Krankenkassen vor zehn Jahren auf dem Stand von 1976 eingefroren. Seither mussten alle Kostensteigerungen bei den Sozialauflagen durch die Prämien der Versicherten finanziert werden. Wenn diese Beiträge des Bundes der Kostenentwicklung wiederum folgen sollen, ist hierfür eine Gesetzesänderung notwendig. Das neue Gesetz verpflichtet nunmehr den Bund wieder, bei seinen Beiträgen die Kostenentwicklung zu berücksichtigen. Ausserdem werden die Bundesbeiträge zugunsten der Familien und des Lastenausgleiches umverteilt, wozu es ebenfalls einer Gesetzesänderung bedurfte.

B. Was spricht gegen die Vorlage zur Krankenversicherungsrevision?

Die Vorlage ist unübersichtlich

Gegen 40 Gesetzesartikel wurden teils geändert, teils neu hinzugefügt. Die Vorlage stellt tatsächlich ein unübersichtliches Flickwerk dar. Eine Totalrevision der Krankenversicherung konnte jedoch mangels eines politischen Konsenses nicht anvisiert werden. Selbst dieses Flickwerk bedurfte jahrelanger Beratung und ist in harten politischen Auseinandersetzungen zustande gekommen.

Wenn dieses Flickwerk in der Volksabstimmung vom 6. Dezember 1987 nicht angenommen wird, vergehen wiederum Jahre bis eine neue Gesetzesvorlage durchberaten ist. Ob sie dann besser ist, bleibe dahingestellt. Unübersichtlich und unverständlich ist die Vorlage für die Stimmbürger vor allem deshalb, weil die neuen Artikel nicht in das bisherige Gesetz eingeordnet sind. Man weiss nicht, ob eine Bestimmung nun völlig neu oder nur geändert ist. Man sieht auch nicht, welche Bestimmungen weiterhin gelten.

Die Vorlage bringt in Sachen Kostendämpfung kaum etwas

Die Beratung des Gesetzes hat mit letzter Deutlichkeit gezeigt, dass zu viele Kreise daran interessiert sind, dass die Kosten des Gesundheitswesens nicht sinken oder sich wenigstens nur noch gleich stark erhöhen wie die allgemeinen Lebenshaltungskosten. Die Vorlage enthält aber dennoch eine ganze Reihe von Massnahmen, die geeignet sind, die Krankenpflegekosten zu dämpfen. Zum voraus kann man diesen Massnahmen nicht jegliche Wirkung absprechen. Der Nutzen dieser Gesetzesrevision kann erst beurteilt werden, wenn das Gesetz einige Jahre in Kraft gestanden hat.

Mit dem neuen Gesetz werden die Prämien massiv ansteigen

Die Gesetzesvorlage beinhaltet einen Leistungsausbau. Dieser ist nicht gratis. Bisher bestand die Meinung, dass dieser Leistungsausbau einem Bedürfnis der Bevölkerung entspricht. Längst nicht allen Wünschen wurde dabei Rechnung getragen.

Die Erhöhung der
Kostenbeteiligung
ist unsozial

Der Erhöhung des Selbstbehaltes von 10 auf 20 Prozent und der allgemeinen Einführung einer Jahresfranchise haben alle Parteien mit Ausnahme der Poch und der PdA zugestimmt.

Mit der Einführung eines Höchstbetrages pro Jahr für den Selbstbehalt wird dafür gesorgt, dass schwer oder dauernd kranke Versicherte nicht übermässig belastet werden.

Die Behandlungsfrei-
heit der Aerzte ist
in Gefahr

Die Gesetzesvorlage sieht verschiedene Massnahmen zur besseren Kontrolle über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Behandlung vor. Aerzte, die ihre Patienten gut und mit vertretbarem finanziellem Aufwand behandeln, haben von diesem Gesetz nichts zu befürchten. Im Gegenteil. Die Verbindung der Schweizer Aerzte sieht in dieser Gesetzesrevision eine der letzten Chancen für den Schweizer Arzt, seinen Beruf unter Bedingungen auszuüben, um die ihn seine europäischen Kollegen nur beneiden können (F.-X. Deschenaux, Generalsekretär der FMH, in "Schweizerische Aerztezeitung" Nr. 35, S.1540).

Das Taggeld bei
Mutterschaft ist
übrissen

Eine Ausdehnung des Mutterschaftsurlaubes ist aus gesundheitlichen und gesellschaftspolitischen Gründen notwendig. Die Sicherstellung eines angemessenen Ersetzeinkommens bei Mutterschaft sollte in unserem keineswegs armen Land eine Selbstverständlichkeit darstellen. Sie ist es aber noch nicht für alle Frauen, daher ist das neue EO-Mutterschaftstaggeld notwendig. Ob ein Taggeld auch für alle nicht erwerbstätige Frauen dringend notwendig ist, bleibe dahingestellt. Wegen diesem "Hausfrauentaggeld" darf man jedoch das für die erwerbstätigen Frauen unbedingt notwendige Mutterschaftstaggeld nicht zu Fall bringen. Auch der Kündigungsschutz bei Mutterschaft würde bei einer Ablehnung der Vorlage nicht erweitert. Ausserdem zahlen alle AHV-Pflichtigen

Beiträge an diese Mutterschaftsversicherung; es entspräche unserer schweizerischen Auffassung von Sozialversicherung nicht, bei der Leistungsgewährung Ausnahmen zu machen.

Sollte sich das Hausfrauentaggeld im Verlauf der Jahre wirklich als zu starke Belastung für die prämienzahlenden Versicherten und Arbeitgeber erweisen, kann das erweiterte EO-Gesetz immer noch zurückrevidiert werden. Heute und in den nächsten Jahrzehnten haben wir aber allen Grund, mit wirksamen Beiträgen die Geburten zu fördern. In den letzten zehn Jahren hat sich die Zahl der Hundertjährigen verdreifacht; die Zahl der Geburten auf 1000 Frauen geht jedoch stetig zurück. Sie reicht bereits heute nicht mehr aus, um den Bestand der Bevölkerung langfristig zu sichern.

C. Warum stimmen die Krankenkassen dem Gesetz zu?

Die Gesetzesvorlage befriedigt die Krankenkassen weder hinsichtlich der Kostendämpfung noch hinsichtlich der Finanzierung voll. Sie bringt aber doch Fortschritte in beiden Bereichen, die ohne Gesetzesrevision nicht erreichbar wären. Vor allem aber würde eine Verwerfung der Vorlage bedeuten, dass das Mutterschaftstaggeld nicht zustande kommt. Das Krankenversicherungsgesetz muss angenommen werden,

- damit Frauen in Erwartung nicht mehr um ihren Arbeitsplatz bangen müssen
- damit keine Familie und keine Frau durch die Geburt eines Kindes in finanzielle Bedrängnis geraten kann
- damit unser Land nicht immer mehr überaltert.

D. Sind die Forderungen der Krankenkasseninitiative erfüllt?

Die im März 1986 eingereichte Krankenkasseninitiative

mit der Rekordzahl von 400'000 Unterschriften geht in Sachen Kostendämpfung und Finanzierung wesentlich weiter als die jetzt vorliegende Gesetzesvorlage. Diese Volksinitiative, die sich bei der Beratung der Gesetzesvorlage bereits für die Krankenkassenmitglieder positiv ausgewirkt hat, wird selbstverständlich aufrecht erhalten. Die darin gesteckten Ziele müssen mittel- und langfristig erreicht werden, wenn unser Gesundheitswesen finanzierbar bleiben soll. Die KMGV-Vorlage ist als kleiner Schritt in die richtige Richtung zu betrachten.

E. Die Neuerungen der Gesetzesvorlage

1. Prämien

1.1 Wirtschaftlich schwächere Versicherte

In der ganzen Schweiz sollen künftig Versicherte in bescheideneren Verhältnissen von ihrem Wohnkanton Beiträge an die Krankenkassenprämien erhalten. Heute gibt es in verschiedenen Kantonen bereits solche Prämienbeiträge, aber noch längst nicht in allen.

Die Einkommensgrenzen für den Anspruch auf Prämienbeiträge können – von Ausnahmen abgesehen – von den Kantonen selbst festgelegt werden. Das Ausmass der Prämienreduktionen wird ebenfalls vom Kanton bestimmt.

1.2 Härtefälle

Alle Kantone werden verpflichtet, die Prämien und Kostenbeteiligungen im Einzelfall zu übernehmen, wenn deren Bezahlung für den Versicherten eine zu grosse Härte darstellen würde. Die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen kann zur Einstellung der Versicherungsleistungen und unter Umständen zum Verlust der Krankenkassenmitgliedschaft führen. Dies soll künftig vermieden werden, indem der Kanton in begründeten Fällen für die Ausstände aufkommen muss. Das Nähere wird durch die kantonale Gesetzgebung zu regeln sein.

1.3 Kinder

Schon heute gewährt der Bund den Krankenkassen einen Beitrag pro versichertes Kind. Dieser Beitrag wird für die Reduktion der Kinderprämien verwendet und von den einzelnen Krankenkassen in der Regel durch Mittel aus der Versicherung der Erwachsenen noch erhöht. Mit dem neuen Gesetz wird der Bundesbeitrag pro Kind um rund 14 Franken pro Jahr erhöht, so dass er künftig rund 72 Franken pro Jahr betragen wird.

Die meisten Krankenkassen erheben bereits heute für die Versicherung des dritten und weiterer Kinder einer Familie keine Prämien mehr. Die Prämienausfälle werden aus der Versicherung der Erwachsenen finanziert. Künftig wird der Bund den Krankenkassen die Prämien für das dritte und weitere Kinder einer Familie voll zurückerstatten. Als Kinder gelten für die Prämienbefreiung auch Jugendliche in Ausbildung bis zum 25. Altersjahr. Die Krankenkassen werden dadurch weniger Mittel aus der Versicherung der Erwachsenen aufwenden müssen. Die Prämienbefreiung ab drittem Kind wird künftig auf amtlichen Formularen zu beantragen sein.

1.4 Frauen und Betagte

Die Beschränkung der Mehrprämie der Frauen auf 10 Prozent bleibt bestehen, obwohl der Bund per saldo die Mehrkosten in der Krankenpflegeversicherung der Frauen zu einem etwas geringeren Teil als bisher ausgleicht.

Der Gleichheitsartikel der Bundesverfassung hat nichts mit den unterschiedlichen Prämien der Geschlechter in der Kranken- und auch der obligatorischen Unfallversicherung zu tun. In der Unfallversicherung sind die Prämien für die Männer höher. In der Krankenversicherung ist es umgekehrt. Beim Verfassungsartikel wurde über gleiche Rechte für Mann und Frau, nicht aber über allfällige Solidaritätsleistungen des einen Geschlechts zugunsten des andern abgestimmt.

Aeltere Versicherte, die ihrer Krankenkasse in jungen Jahren beigetreten sind, bleiben bei der Prämienfestsetzung privilegiert. Sie bezahlen auch mit achtzig Jahren nicht höhere Prämien als ein Dreissigjähriger, wenn sie der Kasse in diesem Alter beigetreten sind. Dies obwohl ihre Versicherungskosten das Vier- bis Fünffache betragen. Bestrebungen, dieses Prämienprivileg unter dem irreführenden Titel "mehr Wettbewerb" abzuschaffen, blieben erfolglos.

2. Leistungen

2.1 Spitalbe- handlung

Die Spitalbehandlung musste bisher während zwei Jahren innerhalb von 900 Tagen bezahlt werden. Diese zeitliche Beschränkung fällt künftig von Gesetzes wegen dahin (viele Krankenkassen gewähren heute schon zeitlich unbeschränkte Spitalleistungen). Pro Spitaltag fällt ein fester Betrag zu Lasten des Patienten. Dieser Betrag kann aber zusätzlich versichert werden. Er ist in der ganzen Schweiz gleich hoch und soll etwa dem entsprechen, was der Spitalpatient zuhause für seine Ernährung aufwenden müsste.

Die von Betagten und Gebrechlichen gefürchtete "Aussteuerung" wird künftig nicht mehr möglich sein. Im Spitalbereich ausgesteuerte Versicherte können verlangen, dass ihnen nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes wiederum Spitalleistungen ausgerichtet werden.

2.2 Pflegeheime und Institutionen für Langzeit- patienten

Pflegebedürftige Betagte und Chronischkranke, die sich in einem Heim aufhalten, haben künftig während unbeschränkter Dauer Anspruch auf Bezahlung aller medizinischen Kosten durch ihre Krankenkasse (Arzt, Therapien, Medikamente, Pflege durch Krankenschwester). Die übrigen Kosten des Heimaufenthaltes müssen jedoch über die Renten und andere Einkünfte des Heimbewohners und des Heims finanziert werden.

Die Pflege der Betagten stellt in allen Ländern der westlichen Welt schwer lösbare personelle und finanzielle Probleme. Eine volle Abdeckung der Heimpflege über die Krankenversicherung ist aus Prämiengründen nicht möglich und in Anbetracht der Renten- und Ergänzungsleistungen auch nicht notwendig. Ob die jetzt anvisierte Regelung sich längerfristig für alle Beteiligten bewährt, bleibt abzuwarten. Unter den heutigen Gegebenheiten erscheint sie jedenfalls ausgewogen.

2.3 Hauspflege

Die Leistungen der Krankenkassen für die spitalexterne Krankenpflege sollen erweitert werden. Bei zahlreichen Hauspflegeorganisationen und Politikern besteht die Meinung, dass eine wirksame Pflege daheim nur möglich sei, wenn sie zur Hauptsache aus Krankenkassenprämien - und nicht wie heute aus Gemeindebeiträgen, Vereinsbeiträgen und Kostenanteilen der Betreuten - finanziert wird. Mit dem neuen Gesetz wird deshalb die Leistungspflicht der Krankenkassen für die Krankenpflege im Heim des Patienten auf Anordnung eines Arztes erweitert. Welche Auswirkungen dieser Leistungsausbau auf die Organisation der Hauspflege und die Krankenkassenprämien haben wird, wird sich weisen. Nicht über die Krankenpflegeversicherung finanzierbar bleibt auch künftig der krankheitsbedingte Einsatz einer Haushalthilfe. Hiefür soll sich jede Hausfrau mit einem Taggeld absichern können.

2.4 Medizinische Rehabilitation

Die bereits bestehende Leistungspflicht der Krankenkassen für die Nachbehandlung in spezialisierten Kliniken soll näher umschrieben werden. Solche Nachbehandlungen tragen wesentlich dazu bei, dass sich die Patienten nach einer orthopädischen Operation, nach einem Unfall oder einem Herzinfarkt wieder möglichst gut erholen. Die in den letzten Jahren entwickelten Nachbehandlungsformen sollen deshalb in den Leistungsbereich der Krankenversicherung integriert werden. Kuraufenthalte ohne

spezifische Nachbehandlung bleiben indessen ausserhalb des Pflichtleistungsbereiches der Grundversicherung für Krankenpflege. Hier bleibt es den Krankenkassen weiterhin überlassen, in ihren Statuten allfällige Beiträge an Erholungskuren vorzusehen.

2.5 Vorsorgeunter- suchungen und Impfungen

Die meisten Krankenkassen gewähren schon heute Beiträge an gewisse Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Frauen. Nun werden alle Krankenkassen verpflichtet, die vom Bundesrat noch zu bezeichnenden Vorsorgeuntersuchungen zu bezahlen. Entgegen einer weit verbreiteten Meinung ist jedoch die Zahl der zuverlässigen und mit vertretbarem Aufwand durchführbaren Vorsorgeuntersuchungen nicht sehr gross. Ein beträchtlicher Teil vorsorglicher Untersuchungen dürfte bereits heute von den Krankenkassen unter dem Titel "Aerztliche Behandlung" bezahlt werden.

Bei den Impfungen sollen die Krankenkassen leistungspflichtig werden, wenn es sich um die Verhütung bestimmter Krankheiten bei besonders gefährdeten Personen handelt (z.B. Tollwutimpfung bei Wildhütern), sofern solche Impfungen nicht vom Kanton übernommen werden. Allgemeine Impfkationen bleiben weiterhin im Rahmen des Epidemiengesetzes im Aufgabenbereich der Kantone.

2.6 Hilfsmittel

Die bisher nur vereinzelt geregelte Leistungspflicht der Krankenkassen für Mittel und Gegenstände, die für die Behandlung notwendig sind, soll neu umschrieben werden. Es handelt sich vor allem um medizinische Behelfe wie Katheter, Schienen usw. Auch hier wird der Bundesrat die Einzelheiten festzulegen haben.

2.7 Zahnschäden

Entgegen der ursprünglichen Absicht des Bundesrates ist es nicht gelungen, eine Zahnpflegeversicherung mit umfassender Tarifpflicht der Zahnärzte in das Gesetz einzubauen. Wenn indessen unfallbedingte zahnärztliche Behandlungen notwendig sind und keine andere Versicherung

leistungspflichtig ist, sollen inskünftig die Krankenkassen für die Kosten aufkommen. Hiefür wird eine Tarifpflicht der Zahnärzte bestehen.

Klarer soll auch die Leistungspflicht in jenen Fällen geregelt werden, wo eine Krankheit oder Krankheitsbehandlung (z.B. Bestrahlungen) zu Zahnschäden führt. Es handelt sich hier um Einzelfälle, bei denen aber hohe Kosten entstehen können.

3. Was kostet der Leistungsausbau?

Nach Schätzungen des Bundesamtes für Sozialversicherung dürfte der Leistungsausbau die Kosten der bisherigen Krankenpflegeversicherung um mindestens 5 Prozent erhöhen. Genauere Prognosen lassen sich nicht stellen, denn es lässt sich nicht zum voraus ermitteln, in welchem Ausmass beispielsweise die Hauspflege beansprucht werden wird oder wie sich die neu geordneten Leistungen der Krankenkassen bei Aufenthalt in einem Pflegeheim auswirken.

4. Kostendämpfung

4.1 Aerzte

Rechnungs-
stellung

Die Aerzte werden von Gesetzes wegen verpflichtet, bei ihrer Rechnungsstellung an die Versicherten oder deren Krankenkasse alle Einzelheiten so anzugeben, dass die Rechnung nicht nur nach Tarifpositionen, sondern auch auf ihre Angemessenheit geprüft werden kann. Auch wenn die Rechnung direkt von der Krankenkasse zu bezahlen ist, muss dem Patienten zu Informations- und Kontrollzwecken eine Abrechnung zugestellt werden. Diese muss für den medizinischen Laien verständlich abgefasst sein und alle erforderlichen Einzelheiten enthalten. Der Patient soll die Rechnung kontrollieren und sich Rechenschaft über die Kosten seiner Behandlung geben können.

- Qualifiziertes Personal Auch für die Aerzte soll künftig gelten, dass für die Behandlung der Patienten durch Angestellte in der Arztpraxis nur diplomiertes Personal eingesetzt werden darf. Dasselbe gilt für die Durchführung von Laboruntersuchungen in der Arztpraxis. Die Qualität der Behandlung steigt dadurch, während sich der finanzielle Anreiz, möglichst viel Personal einzusetzen, verringert.
- Qualitätskontrolle für Analysen Immer häufiger hängt die Behandlung eines Patienten vom Resultat einer Laboruntersuchung ab. Dem Bundesrat wird deshalb die Kompetenz erteilt, die von Aerzten, Laboratorien und Apotheken durchgeführten Analysen einer systematischen wissenschaftlichen Kontrolle zu unterstellen. Mehr Sicherheit für die Patienten, aber auch weniger Kosten für Fehlanalysen und Fehlbehandlungen.
- Vertrauensärzte Alle Krankenkassen werden verpflichtet, einen vertrauensärztlichen Dienst einzurichten. Dieser hat sich vor allem mit der Wirtschaftlichkeit der Behandlung im Einzelfall zu befassen. Alle behandelnden Stellen werden verpflichtet, dem Vertrauensarzt der Kasse die notwendigen Angaben zu machen. Dies scheint für die meisten Aerzte und Patienten selbstverständlich, musste aber aufgrund negativer bisheriger Erfahrungen im Gesetz festgeschrieben werden. Auch die gesetzliche Absicherung der Stellung der Vertrauensärzte erwies sich als notwendig.
- Abbau des Vertragsmonopols Wenn zwischen Aerzten und Krankenkassen in einem Kanton ein Vertrag besteht, sind günstigere Tarifregelungen mit einzelnen Aerztegruppen heute untersagt. Mit dem neuen Gesetz wird dieses Vertragsmonopol abgeschwächt. Wenn ein Vertrag besteht, dem alle Aerzte beitreten können, kann mit Aerztegruppen durchaus auch eine andere, für die Patienten günstigere Tarifregelung abgeschlos-

sen werden. Damit kann ein gewisser Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerb entstehen, der heute fehlt. Erleichtert wird damit auch die Schaffung sogenannter HMOs, bei denen die Aerzte ein unmittelbares finanzielles Interesse nicht nur an der Qualität, sondern auch an der Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlung haben.

Medizintechnik Der Bundesrat wird künftig Richttarife für medizinisch-technische Leistungen festlegen können. Ob damit ein wirksames Instrument zur Kostendämpfung geschaffen wurde, ist umstritten.

Bedarfsgerechte Planung Mit kostspieligen medizinisch-technischen Einrichtungen ist unser Land überversorgt, was dazu führt, dass die teuren Geräte häufiger als medizinisch notwendig zu Lasten der Krankenkassen eingesetzt werden. Die Kantone sollen deshalb künftig mittels einer umfassenden Planung über die Zulassung neuer Geräte der Spitzentechnik auch im privatärztlichen Bereich und bei den Privatspitälern entscheiden können. Für die Behandlung mit nicht zugelassenen Geräten wird keine Leistungspflicht der Krankenkassen bestehen.

4.2 Spitäler

Rechnungsstellung Nach dem neuen Gesetz dürfen die öffentlichen Spitäler – nach einer gewissen Uebergangszeit – für die Behandlung der Patienten der allgemeinen Abteilung nur noch höchstens 60 Prozent der Betriebskosten dieser Abteilung in Rechnung stellen. Mindestens 40 Prozent und die gesamten Bau- und Einrichtungskosten sind von den Kantonen zu finanzieren. Nicht zu Lasten der Krankenkassen und Patienten fallen auch Forschungs- und Ausbildungskosten.

Mit dieser Regelung wird das Interesse der Kantone an einer wirtschaftlichen Spitalbetriebsführung garantiert. Ausserdem verstärkt der Einsatz öffentlicher Mittel für die Spitalbehandlung das soziale Element des Gesundheitswesens.

Für jeden Patienten der allgemeinen Abteilung kann eine Pauschale in Rechnung gestellt werden, die pro Tag oder pro Patient errechnet wurde. Eventuell können auch noch einzelne Leistungen verrechnet werden, doch dürfen die Pauschalen und die Einzelverrechnungen zusammen nicht mehr als 60 Prozent der Betriebskosten der allgemeinen Abteilung ausmachen. In der Pauschale eingeschlossen ist eine Aufenthaltspauschale. Diese fällt zu Lasten des Patienten, wenn er sie nicht zusätzlich versichert hat.

Mit dieser neuen Regelung werden die Spitaltaxen in der ganzen Schweiz sich ungefähr auf dem gleichen Niveau einpendeln. Selbstverständlich mit Unterschieden je nach Spitalkategorie, den 60 Prozent der Betriebskosten eines Universitätsspitals sind in Franken und Rappen mehr als 60 Prozent der Betriebskosten eines Landspitals.

Die 60-Prozent-Grenze wird heute vor allem in der Westschweiz und im Tessin stark überschritten, so dass dort die Taxen in den nächsten Jahren nicht mehr erhöht werden dürfen. In verschiedenen Kantonen der deutschen Schweiz sind jedoch Taxerhöhungen zur Ausschöpfung der gesetzlichen Limite möglich. Allerdings werden vorerst einmal die Kosten der allgemeinen Spitalabteilung separat erfasst werden müssen, wozu heute noch kaum ein Spital in der Lage ist. Wenn heute in einem Kanton die Spitaltaxen der Krankenkassen nur beispielsweise 40 Prozent der gesamten Betriebskosten decken, so ist es bei separater Erfassung der Kosten der allgemeinen Abtei-

lung möglich, dass mit den gleichen Taxen bereits 60 Prozent der Betriebskosten dieser Abteilung gedeckt sind.

Der Spitalbereich weist im ganzen Spektrum der Krankenversicherungsleistungen die weitaus höchsten Zuwachsraten aus. Dies ist sicher zu einem Teil auf die medizinische Entwicklung und die Ueberalterung zurückzuführen. Mitschuldig sind aber auch die Kantone, die in den letzten 15 Jahren Mindereinnahmen von seiten des Bundes durch höhere Spitaltaxen für die Krankenkassen kompensiert haben. An der Kostensteigerung mitbeteiligt sind zweifellos auch der Perfektionismus und das Prestigedenken bei der technischen Ausstattung.

Das neue Krankenversicherungsgesetz bietet eine recht gute Grundlage, um die Spitalkosten in den Griff zu bekommen und bei dieser teuersten aller Behandlungsformen doch auch dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zum Durchbruch zu verhelfen.

Durch mehr Statistiken über die Kosten des Spitalbetriebs sollen diese transparent und vergleichbar werden. Zugleich ermöglicht das neue Gesetz, Pauschalen so festzusetzen, dass die Spitalverwaltungen kein Interesse mehr daran haben können, die Patienten länger als medizinisch notwendig im Spital zu behalten.

Privatkliniken Wer sich in einem Privatspital behandeln lässt, muss sich auch künftig zusätzlich versichern, denn er erhält aus der Grundversicherung nur das, was die Kasse für ihn in einem öffentlichen Spital bezahlen müsste.

Betriebskostenvergleiche Die Spitäler müssen künftig auf einheitlicher Basis eine Statistik über ihre Kosten und Leistungen führen und den Kantonsregierungen und den Krankenkassen Einsicht in solche Unterlagen gewähren. Die Spitäler in

den einzelnen Kategorien werden dadurch unter sich vergleichbar und es können Rückschlüsse auf die Betriebsführung gezogen werden. Diese wirken sich selbstverständlich auch auf die Tarifverhandlungen aus.

4.3 Medikamente

Homöopathische
Arzneimittel

Bis heute wurden Medikamente ausserhalb der Schulmedizin vor allem deshalb nicht in die Liste der von den Krankenkassen zu bezahlenden Arzneimittel aufgenommen, weil sie das Erfordernis der wissenschaftlichen Anerkennung nicht erfüllen konnten. Künftig bedarf es für die Aufnahme in die Arzneimittelliste jedoch nicht mehr der "wissenschaftlichen Anerkennung", sondern es muss bei einem Medikament die Wirksamkeit mit wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen werden können. Dieses von der Schulmedizin unabhängige Aufnahmekriterium ebnet den Weg für die Zulassung von homöopathischen Medikamenten und Naturheilmitteln. Selbstverständlich muss auch ihr Preis so sein, dass ihre Anwendung das Gebot der Wirtschaftlichkeit erfüllt. Diese Oeffnung ist durchaus wünschenswert, denn die Zahl der Patienten und Aerzte, die alternative Behandlungsmethoden berücksichtigen, nimmt zu.

Medikamente,
die nicht in
der Liste der
Pflichtlei-
stungen auf-
geführt sind

Für Medikamente, die nicht in der Arzneimittelliste des Bundes als Pflichtleistungen für die Kassen aufgeführt sind, sollen die Versicherungsleistungen künftig nur noch höchstens 50 Prozent des Verkaufspreises betragen dürfen. Es erscheint wenig sinnvoll, mit grossem Aufwand eine Liste wirksamer und kostengünstiger Medikamente zusammenzustellen, wenn gleichzeitig für die nicht in diese Liste aufgenommenen Medikamente, die entweder keinem Bedürfnis entsprechen und/oder preislich nicht angemessen sind, dieselben Versicherungsleistungen erbracht werden wie für die Listenmedikamente. Die Beschränkung auf 50 Prozent ist daher sinnvoll und sollte sich auch auf die Verschreibungsgewohnheiten der Aerzte auswirken.

Aerztlich verordnet werden mitunter auch Produkte, die kaum mehr etwas mit Krankheitsbehandlung zu tun haben, wie zum Beispiel Stärkungsweine oder "Pillen". Hier wird den Krankenkassen nun von Gesetzes wegen untersagt, irgendwelche Leistungen zu erbringen.

Mit der 50-Prozent-Regelung und der Liste der von der Bezahlung völlig ausgenommenen Präparate werden klare, für die ganze Schweiz einheitliche Verhältnisse bei der Uebernahme von Medikamenten durch die Krankenkassen geschaffen.

Dass der Aufwand für Medikamente dadurch zurückginge, ist indessen wenig wahrscheinlich. Es werden auch künftig enorme Mengen von Medikamenten verschrieben werden, die von den Patienten nur zu einem kleinen Teil eingenommen werden.

4.4 Kostenbeteiligung

Bei der Beratung des KVMG ist die Erhöhung der Kostenbeteiligung praktisch unbestritten beschlossen worden. Man erwartet davon eine geringere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und ein verstärktes Interesse der Patienten an einer wirksamen und kostengünstigen Behandlung. Indirekt sollte sich die erhöhte Kostenbeteiligung somit auch auf die Aerzte, Chiropraktoren, Physiotherapeuten und Spitäler auswirken.

Jahresfranchise für alle Versicherten

Die heute schon von verschiedenen Krankenkassen eingeführte Jahresfranchise soll für alle Krankenkassen und alle Versicherten obligatorisch werden. Dem Bundesrat obliegt es, diesen Betrag festzusetzen, den jeder Versicherte von seinen Behandlungskosten pro Jahr selbst zu tragen hat. Wahrscheinlich wird die heutige Jahresfranchise von 100 Franken beibehalten. Da für die Jahresfranchise nicht nur die vom Arzt in Rechnung gestellten, sondern alle Behandlungskosten inklusive Medikamente zählen, dürfte der Betrag der Franchise relativ rasch erreicht sein.

20 Prozent
Selbstbehalt

Von den die Jahresfranchise übersteigenden Behandlungskosten sollen künftig statt zehn, zwanzig Prozent zu Lasten des Patienten gehen. Damit die Belastung nicht zu hoch wird, muss der Bundesrat einen Höchstbetrag für die Kostenbeteiligung (Franchise plus Selbstbehalte) pro Jahr festlegen. Dieser Höchstbetrag dürfte sich voraussichtlich bei etwa 500 Franken pro Jahr bewegen.

Kostenbeteili-
gung bei der
Behandlung
von Kindern

Heute wird für die Behandlung von Kindern von der Krankenkasse nur ein Selbstbehalt von zehn Prozent berechnet. Wenn mit einer Erhöhung der Kostenbeteiligung die gesundheitliche Selbstverantwortung via Portemonnaie gefördert und die leichtfertige Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung möglichst eingedämmt werden soll, so gilt dies natürlich auch für die Eltern von Kindern. Die Eidgenössischen Räte haben deshalb im neuen Gesetz auch für die Behandlung von Kindern eine Jahresfranchise und den auf zwanzig Prozent erhöhten Selbstbehalt vorgesehen. Aus sozial- und gesundheitspolitischen Gründen wurde indessen für die Kinder eine gegenüber den Erwachsenen deutlich geringere Selbstbeteiligung vorgesehen. Für Kinder gilt nur die Hälfte der Jahresfranchise, das heisst, 50 Franken pro Jahr. Für den Gesamtbetrag der von einem Versicherten pro Jahr zu leistenden Kostenbeteiligung (Jahresfranchise plus Selbstbehalte) gilt bei Kindern auch nur die Hälfte, nämlich voraussichtlich 250 Franken pro Jahr. Sind zudem mehrere Kinder einer Familie bei der gleichen Krankenkasse versichert, darf ihre Kostenbeteiligung gesamthaft den Höchstbetrag für einen Erwachsenen nicht übersteigen (500 Franken pro Jahr). Schliesslich gilt auch für Kinder, dass in Härtefällen die Kantone die Kostenbeteiligung ganz oder teilweise übernehmen müssen.

5. Gezielte Verwendung der Bundesbeiträge an die Krankenversicherung

Wozu Bundesbeiträge?

5.1 Lastenausgleich

Ueber die Prämien- und Aufnahmebestimmungen des Krankenversicherungsgesetz wird innerhalb der Krankenkassen eine starke Begünstigung der gesundheitlich schwächeren Versicherten, der Frauen und der älteren Versicherten vorgeschrieben. Die daraus resultierenden Lasten müssen von den übrigen Versicherten getragen werden. Von Bundes wegen ist aber die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse freiwillig. Das kann natürlich dazu führen, dass sich Personen, die bei der Krankenkasse Solidaritätsbeiträge leisten müssen, anderweitig gegen Krankheit versichern. Damit die vom Gesetzgeber gewollte Solidarität innerhalb unserer Krankenkassen gewahrt bleibt, trägt der Bund von je her diese Lasten mit. Er muss den Krankenkassen nach neuem Gesetz gewähren:

- Beiträge zum wenigstens teilweisen Ausgleich der Mehrkosten der Frauen in der Krankenpflegeversicherung. Diese Beitragsart bestand schon immer.
- Beiträge an die Versicherungskosten der Betagten und Invaliden. Diese Beitragsart ersetzt die bisher pro versicherten Mann und für die Spitalkosten Invaliden gewährten Beiträge.

5.2 Entlastung der Familien

Zu den in unserem Lande glücklicherweise unbestrittenen Grundsätzen gehört die Förderung der Familie, und zwar in der Regel unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Lage. Deshalb gewährt der Bund den Krankenkassen Beiträge an die Versicherungskosten der Kinder, was die Prämien ermässigt. Nach dem neuen Gesetz sind diese Beiträge gegenüber bisher etwas erhöht. Neu ist aber, dass der Bund den Krankenkassen die Prämienbefreiung für das dritte und weitere Kinder einer Familie voll ausgleicht. Jugendliche in Ausbildung bis zum Alter von 25. Jahren zählen zu den Kindern. Die von den Krankenkassen schon bisher gewährten Prämienbefreiungen müs-

sen somit nicht mehr über die Prämien der Erwachsenen finanziert werden.

5.3 Mutterschaft

Die Krankenkassen sind seit Jahrzehnten verpflichtet, auch bei Mutterschaft, die ja keine Krankheit ist, Pflege- und Geldleistungen, wenn solche versichert sind, zu erbringen. Bisher gewährte der Bund den Krankenkassen Beiträge an diese Mutterschaftskosten. Nach dem neuen Gesetz muss er ihnen die Pflegekosten und Tagelder bei Mutterschaft voll zurückbezahlen. Dafür aber wird der Beitrag zum Ausgleich der allgemeinen Mehrkosten der Frauen kleiner als bisher sein. Mit dem vollen Ausgleich der Mutterschaftskosten durch den Bund wird es möglich, dass auch nicht bei einer Krankenkasse versicherte Frauen in bescheidenen Verhältnissen bei einer Krankenkasse Leistungen, wenn auch nur zu vier Fünfteln des normalen Umfanges, beantragen können.

Der Bund kommt auf diese Weise seiner verfassungsmässigen Verpflichtung zur Schaffung einer allgemeinen Mutterschaftsversicherung in bezug auf die Pflegeleistungen über die Krankenversicherung nach.

5.4 Bundesbeiträge an Kantone

Die bisherigen Bergzuschläge bei den Bundesbeiträgen werden aufgehoben. Als Ersatz will der Bund in wirtschaftlich schwachen Gebirgskantonen einen Beitrag an deren Aufwendungen für Prämienbeiträge leisten.

5.5 Wartgelder

Wie bisher sollen Arztpraxen in Gebirgsgebieten, die von dem Gemeinwesen und Kassen mitfinanziert werden, auch einen Bundesbeitrag erhalten. Diese Aufwendungen sind geringfügig.

Höhe der Bundesbeiträge

Der gesamte Aufwand der Krankenpflegeversicherung dürfte sich für 1987 ohne Verwaltungskosten und ohne Reserveöffnung auf rund 7 Milliarden Franken belaufen. Im gleichen Jahr wird der Bund den Krankenkassen unter dem

geltenden Gesetz 930 Mio Franken auszahlen. Mit den Bundesbeiträgen können somit rund 13 Prozent der Pflegekosten finanziert werden. Dieser Anteil des Bundes wird sich mit dem neuen Gesetz eher verringern, obwohl der Bundesbeitrag mit der Inkraftsetzung der neuen Bestimmungen auf den 1. Januar 1989 auf rund 1000 Mio Franken und für 1990 auf etwas über 1000 Mio ansteigt. Grund: die Kosten steigen ebenfalls, und der Leistungsausbau wird zusätzliche Ausgaben bringen.

Gegenüber der heutigen Regelung, bei der die Beitragsansätze auf dem Stand von 1976 eingefroren sind und sich die Gesamtsumme nur noch wegen Veränderungen bei den Versichertenzahlen erhöht, bietet die neue Regelung immerhin den Vorteil, dass ein Teil der Bundesbeiträge – nämlich diejenigen für Prämienbefreiungen bei Kindern und Mutterschaftsleistungen – der Kostenentwicklung mit einjähriger Verzögerung folgt. Bei den übrigen Bundesbeiträgen kann das Parlament die Gesamtbeiträge festsetzen, muss aber bei deren Anpassung alle drei Jahre die Kostenentwicklung berücksichtigen. Ohne diese letztgenannte Auflage hätten die Krankenkassen dem revidierten Gesetz nicht zustimmen können.

Auch mit den neu verteilten Bundesbeiträgen werden die Kosten des Prämienprivilegs für die langjährigen älteren Krankenkassenmitglieder und die Mehrkosten der Frauen nur zu einem Teil ausgeglichen. Obwohl rund die Hälfte des Bundesbeitrages auf den Ausgleich der Mehrkosten in der Krankenpflegeversicherung der Frauen entfällt, reicht dies nicht aus, um die 10prozentige Mehrprämie der Frauen aufzuheben. Mit der neuen Regelung werden die Solidaritätsleistungen der Männer sogar eher noch etwas zunehmen.

Bei den Mehrkosten der Versicherten im höheren Alter werden die Beiträge des Bundes kaum spürbar sein, da sie andere, weggefallene Beiträge ersetzen. Im einzelnen sind folgende Beitragsleistungen vorgesehen:

Beitrag pro Frau und Jahr: ca. 180 Franken;

Beitrag pro Versicherten im AHV-Alter: ca. 120 Franken pro Jahr;

Beitrag pro IV-Rentner: ca. 240 Franken pro Jahr;

Beitrag pro Kind: ca. 75 Franken pro Jahr.

- Zum Vergleich:
- Für alkoholische Getränke wird in der Schweiz etwa gleich viel ausgegeben wie für die Krankenversicherung
 - Für alkoholische Getränke wird sieben mal mehr ausgegeben, als der Bund für die Krankenversicherung aufwendet.

6. Mitbeteiligung der Kantone an den Bundesbeiträgen

Führt die Kranken-
versicherungs-
revision zu
höheren Steuern?

Die Kantone müssen sich hälftig an den Beiträgen des Bundes für die Krankenversicherung beteiligen. Das sind rund 500 Mio Franken, die über Steuermittel aufgebracht werden müssen. Steuererhöhungen sind deswegen aber nicht zu erwarten, denn gleichzeitig werden die Kantone von ihrer bisherigen Pflicht befreit, die Beiträge des Bundes an die AHV mitzufinanzieren. Sollte sich für einzelne Kantone aus dem gesamten Paket der Neuverteilung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen aber gleichwohl für einzelne Kantone eine Mehrbelastung ergeben, soll diese durch Finanzausgleichsbeiträge beseitigt werden. Die den Kantonen auferlegten Beteiligungen an den Bundesbeiträgen an die Krankenversicherung sind zwar für den Steuerzahler nicht belastend, stellen aber ein nicht zu unterschätzendes Steuerungselement dar. Sind in einem Kanton die Krankenpflegekosten pro Versicherten relativ niedrig, dafür aber die Aufwendungen des Kantons für das Spitalwesen, die spitalexterne Krankenpflege und die Verbilligung der Prämien bei wirtschaft-

lich schwächeren Versicherten hoch, dann wird der betreffende Kanton bei seinen Leistungen an den Bund gut wegkommen. Gewährt er an die Spitalkosten nur das gesetzliche Minimum von 40 Prozent und an die Prämien nur symbolische Reduktionen, werden seine Leistungen an den Bund um so höher sein.

7. Das Taggeld bei Mutterschaft

Wer sind die Initianten?

Die Initianten dieser Taggeldversicherung stammen aus Kreisen der CVP und der FDP. Es haben ihr National- und Ständerat fast einstimmig zugestimmt. Damit wurde das bei der Ablehnung der "Volksinitiative für einen wirksamen Schutz der Mutterschaft" abgegebene Versprechen eingelöst, die allseits unbestrittene Verbesserung der Sozialversicherung bei Mutterschaft über die damals bereits anstehende Teilrevision der Krankenversicherung zu verwirklichen.

Erfüllung eines verfassungsmässigen Auftrages

Um den seit 1945 bestehenden Verfassungsauftrag (Art. 34quiquies) zu erfüllen, genügt es nicht, nur die bei Schwangerschaft und Geburt notwendige medizinische Betreuung in die Krankenpflegeversicherung und das Mutterschaftstaggeld in die freiwillige Krankengeldversicherung der Krankenkassen einzubeziehen. Damit Familien und alle erwerbstätigen Frauen eine minimale Absicherung vor und nach der Geburt eines Kindes garantiert erhalten, bedarf es nebst eines erweiterten gesetzlichen Kündigungsschutzes für die Frauen, einer obligatorischen Versicherung, die - solidarisch finanziert - die zusätzlichen Auslagen und den Erwerbsausfall während einer angemessenen langen Dauer deckt. Die Ausdehnung der Krankenpflegeleistungen der Krankenkassen, die Erweiterung des Kündigungsschutzes bei Mutterschaft und das Mutterschaftstaggeld bilden zusammen ein Paket, mit dem nunmehr der Verfassungsauftrag erfüllt wird. Deshalb wird auch über dieses Paket, das drei Gesetzesbereiche umfasst, in einer einzigen Vorlage, derjenigen über die Revision der Krankenversicherung, abgestimmt.

Wer ist versichert? Mit der Erweiterung des Bundesgesetzes über die Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige (EOG) zu einem Bundesgesetz über die Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige sowie bei Mutterschaft ist künftig jede Frau bei Schwangerschaft und Niederkunft für ein Taggeld obligatorisch versichert. Als Voraussetzung gilt, dass sie von der Niederkunft an zurück gerechnet seit mindestens 9 Monaten Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz hat und in der AHV versichert ist. Diese Einschränkung ist notwendig, um Missbräuchen vorzubeugen.

Wie hoch ist das Mutterschaftstaggeld?

Erwerbstätige Frauen

Bei den erwerbstätigen Frauen ist das Taggeld bei Mutterschaft im Prinzip gleich geregelt wie die Entschädigung bei Personen, die Militär- oder Zivildienst leisten. Versichert ist das AHVpflichtige Einkommen bis zum Höchstbetrag von derzeit 4'200 Franken pro Monat. Darüberliegende Lohnbestandteile sind zwar prämienpflichtig, geben aber nicht Anspruch auf Versicherungsleistungen. Für die Frauen spielt dies keine Rolle, denn ihr Erwerbseinkommen liegt in der Regel weit unter 4'000 Franken pro Monat.

Wie die Männer bei Militärdienst so erhalten die Frauen bei Mutterschaft eine Haushaltentschädigung. Diese beträgt 75 Prozent des Erwerbseinkommens, aber in keinem Falle mehr als 75 Prozent von 4'200 Franken pro Monat. Während bei den Wehrmännern noch Zulagen möglich sind, so dass die Gesamtentschädigung bis zu 140 Franken bzw. 4'200 Franken pro Monat gehen kann, ist das Mutterschaftstaggeld bei erwerbstätigen Frauen, das während 16 Wochen beansprucht werden kann, auf höchstens 105 Franken pro Tag begrenzt. Frauen die weniger als 1'400 Franken pro Monat verdienen, erhalten in jedem Fall die Mindestentschädigung von 35 Franken pro Tag.

Nicht erwärbstätige
Frauen

"Nur-Hausfrauen" erhalten während 16 Wochen ein Mutterschaftstaggeld von 35 Franken, d.h. rund 1'000 Franken pro Monat (insgesamt 3'920 Franken).

Auf den 1. Januar 1988 werden die Entschädigungen für die Wehrmänner und die Zivilschutzpflichtigen der Teuerung angepasst. Der versicherte Lohn beträgt neu 4'650 Franken pro Monat. Die Haushaltentschädigung bzw. das Mutterschaftstaggeld beträgt neu höchstens ca. 116 Franken und mindestens ca. 39 Franken.

Finanzierung des
Mutterschaftstaggeldes

Das Mutterschaftstaggeld wird auf die gleiche Weise finanziert, wie die Entschädigung für Militärdienst und Zivilschutz, nämlich durch einen Zuschlag zu den AHV-Beiträgen. Damit beteiligt sich die gesamte aktive Bevölkerung an diesem neuen Sozialwerk. Der Beitragspflicht untersteht das volle Erwerbseinkommen, während die Tagelder nur bis zu einer begrenzten Einkommenshöhe ausgerichtet werden. Bei den nicht erwerbstätigen Frauen richtet sich die Entschädigung nicht nach der Höhe der Beiträge, die der Ehemann an die allgemeine Mutterschaftsversicherung leistet. Die Frau des Direktors erhält gleich viel wie die Frau des Arbeiters, wengleich dem Direktor für die Mutterschaftsversicherung zehnmal mehr vom Lohn abgezogen wird als dem Arbeiter.

Gieskanne?

Der Frau des Direktors ein Mutterschaftstaggeld auszurichten, sei völlig überflüssig. Man verteile das Geld der Prämienzahler mit der Giesskanne, wird etwa argumentiert. In unserem Lande gilt indessen das bewährte Prinzip, dass alle an die Sozialversicherung beitragen und auch alle Anspruch auf Leistungen haben.

Prämien

Für die Mutterschaftsversicherung sollen nicht mehr als 0,4 Lohnprozente, hälftig von Arbeitnehmern und Arbeitgeber zu tragen, erhoben werden dürfen. Die veran-

schlagten Ausgaben betragen rund 400 Millionen Franken, so dass zumindest in der Anfangsphase nicht mehr als 0,3 Lohnprozente eingefordert werden müssen. Für den Arbeitnehmer beträgt der Lohnabzug 0,15 Lohnprozente. Bei einem Lohn von 3'000 Franken pro Monat macht das Fr. 4.50 für die Mutterschaftsversicherung.

Leistungsgewährung

Bei den erwerbstätigen Frauen werden die Mutterschaftstaggelder gleich ausgerichtet wie der Erwerbssersatz bei Militärdienst, nämlich über den Arbeitgeber oder die Ausgleichskasse. Bei den Hausfrauen wird noch eine möglichst einfache Lösung zu suchen sein. Diese bestünde beispielsweise darin, dass die Krankenkasse, welche die Mutterschaftspflegeleistung ausrichtet, auch das Mutterschaftstaggeld gewährt und nachher mit dem Ausgleichsfonds abrechnet.

18.9.1987

SK/h1/REF-FUEH