

Referentenführer

Neuordnung der Krankenversicherung

Inhaltsverzeichnis nach Stichworten

<u>I. Allgemeines Referat</u>	<u>Seite</u>
Unbestrittene Notwendigkeit einer Neuordnung	1
Soziologischer Strukturwandel	1
- längere Lebensdauer	2
- Rückgang der Infektionskrankheiten	2
- Zunahme der Zivilisationskrankheiten	2
- Aerztedichte	2
- Verteilung der Aerzte	2
- Fortschritt der Medizin	2
- mehr Krankenkassen-Mitglieder	3
KUVG 1911: Not lindern	3
Bessere Therapie und medizinische Infra-Struktur	3
Der seitherige Sozialwandel bringt neue Kosten und Probleme:	3
- Gewährleistung der Gesundheit nicht durch gesunde Lebensweise, sondern durch aufwendigere sozialhygienische und medizinische Infrastruktur	3
- Zunahme der Zivilisationskrankheiten und der Altersleiden	4
- Schwinden der Hauspflegemöglichkeit	4
- allgemeiner medizinischer und medizinisch-technischer Fortschritt	4
KUVG Revision 1964	5
Teilrevision 1961	5
Sechzigerjahre im Zeichen der Kostenexplosion	5 ff

Kostenexplosion doppelt so hoch wie die allgemeine Teuerung	6
Sie sprengt das bisherige Finanzierungssystem der KV	7
neue Revisionsvorstösse nach 1964	7
- CNG 1966	7
- Schweiz. Invalidenverband 1967	8
- Kommission für Altersfragen 1966	8
- Ständesinitiative Kanton Waadt 1968	8
- 19 parlamentarische Vorstösse	8
Umfrage des Bundesrates	8
Expertenkommission 1969	8
Regierungsrat Dr. E. Wyss: Nicht die Struktur ist revisionsbedürftig, sondern allein das Finanzierungssystem!	9
Mitten in die Arbeit der Experten zur Neuordnung der KV: die Initiative von SPS und SGB	10
Initiative der SPS 1970: Struktur der KV muss grundlegend revidiert werden!	10
- Aufhebung der grundsätzlichen Freiwilligkeit	10
- Umfassende Finanzierung durch Lohnprozente	10
- Insgesamte Belastung: 6,2 % vom Erwerbseinkommen	11
Die Experten auf der Suche nach einem Kompromiss	11
Der Flimser-Kompromiss:	11
- Grossrisiko-Versicherung	11
- Aufspaltung der KV in eine Bundes-Grossrisikokasse und in Krankenkassen "für den Rest"	11
Grossrisiko durch Lohnprozente	12
Ambulante Krankenpflegeversicherung überwiegend durch Prämien	12

	<u>Seite</u>
Das Flimser-Modell löste eine Modell-Inflation aus	13
Bundesrat weicht auf die Verfassungsebene aus	13
Zeitdruck wegen SP-Initiative verunmöglichte Gesetzeslösung	13
Vorteil: Grundsatz steht zur Entscheidung	13
Offen bleiben Einzelfragen bis zur Gesetzgebung	13
Der bundesrätliche Gegenvorschlag ruft gleiche Ablehnung wie das Flimser-Modell	14
Weder SP-Initiative noch Bundesratsvorschlag Grundlage für eine allseitige Verständigung	14
Bundesrat Tschudi: Eine Neuordnung der KV ist nur <u>mit</u> und nicht gegen Aerzte und KK möglich	14
EIN NEUER WEG TUT SICH AUF: Die Allianz der KK, Aerzte und Zahnärzte	15
Uebereinstimmung in allen Lagern über:	15
- <u>Leistungsausbau</u>	15
- Prophylaxe	15
- zeitlich unbegrenzte Spitalleistungen	15
- Einbezug von Zahnerkrankungen	15
- Gleiche Prämien für Männer und Frauen	15
- Prämientlastung für kinderreiche Familien	15
- Noch nicht versicherte Betagte können sich mit dem neuen Gesetz versichern	15
- Die Neuordnung soll vor allem den Kranken zugute kommen	16
Welcher Weg führt zu einer leistungsfähigen Versicherung bei gleichzeitig freier Wahl von Arzt und Krankenkasse?	16
Nicht die Struktur unseres Krankenkassen- und Arztsystems schafft Probleme: die Kostenexplosion hat sie geschaffen	16
Die SPS-Initiative kapituliert vor der Kostenexplosion als einer unausweichlichen Naturkatastrophe	17

Entgegen ihrer Behauptung ist die Kostenexplosion nicht eine gottgewollte Unabänderlichkeit	17
Es müssen Prioritäten gesetzt werden!	17
Gezielter und zweckmässiger Mitteleinsatz	18
Die Initiative weckt unrealistische Hoffnungen!	18
Zentrale Voraussetzungen zur Dämpfung der Kostenexplosion: die Allianz von Aerzten, KK und Zahnärzten, keinesfalls jedoch die Initiative!	19
Allianz öffnet neuen Weg zur Neuordnung der KV	19
Einvernehmen rechtzeitig erzielt, um einen verantwortbaren und tragbaren Gegenvorschlag aus den parlamentarischen Beratungen hervorgehen zu lassen	20
Die Allianz: heisst die Gemeinschaft der Dachorganisationen von KK, Aerzten und Zahnärzten	20
Schlussfolgerungen der Allianz:	20
- Trotz allem wird die neugeordnete KV erheblich mehr Mittel benötigen als heute	20
- Bedarf 1976: ca. 6 Mia`p/a	20
- Prämienerrhöhung	20
- Höhere Bundesbeiträge?	21
- Neue Finanzierungsquellen! - Ohne Beitrag der Wirtschaft geht es nicht weiter	21
- Sondersteuern - Gesundheitsrappen: beachtliche Quelle	21
- 4 Mia Franken für Gesundheitsschädigung!	21
- Selbstschädiger nach dem Verursacherprinzip behaften - nicht andere allein tragen lassen!	22
- Parlament nicht für Gesundheitsrappen: "referendumpolitische Hürde" - AHV-Reserve	22
Politisch einzig gangbarer Weg: Finanzierungsmodell der Allianz!	22
- Angemessene Selbstbeteiligung	23
- Prämien und Franchisen	23
- Bundessubventionen 20 %	23
- Ergänzender erwerbsprozentualer Beitrag	23
- Leitgedanken (Vorschlag) der Allianz: siehe Anhang	23

	<u>Seite</u>
Modifikation des Allianzmodells durch das Parlament	23
- Nicht Proportionalisierung des allgemeinen Beitrages: Prozentsatz fixiert	23
- Höchstens 3 % vom Erwerbseinkommen	23
- Verwendung der neuen Mittel: nicht "insbesondere", sondern abschliessend für Spital, Mutterschaft, Prophylaxe, Hauspflege	23
- Mittelfluss sei nicht präzise festgelegt. Muss durch Gesetz noch festgelegt werden	24
- Entscheidend: Wahrung der Einheitlichkeit der KV -- keinen neuen, zentralistischen Apparat!	24
Offizielle Zusicherungen bieten Gewähr	24
Wortlaut der Erklärung von BR Hürlimann	24
Der Verfassungsartikel der Eidgenössischen Räte (siehe Anhang)	25
- Er berücksichtigt die Anliegen, die in den parlamen- tarischen Vorstössen vorgetragen worden waren: Leistungsausbau, Kostenbremse, Finanzgrundlage	25
- Solidaritätswerk ohne Bürokratie und Zwang	25
Hoffnung auf Rückzug der SPS/SGB-Sonderinitiative zer- schlagen	25
Neuordnung nun gefährdet!	26
- da 2 x JA nicht möglich, wohl aber 2 x NEIN, Gefahr einer Nein-Kumulation	26
Es gibt keine sachliche Rechtfertigung für das Beharren auf der SP/SGB-Initiative	26
 <u>II. Auseinandersetzung</u>	
Beim Gegenvorschlag weiss man, woran man ist! Er ist klar, realistisch und kann verwirklicht werden.	27 ff
Der Gegenvorschlag bietet dank der Allianz eine gute Grundlage, um die legitimen Anliegen der einfachen Leute wahrzunehmen und im Gesetz zu sichern.	28 ff

Der Gegenvorschlag komme das Volk teuer zu stehen	29 ff
Die Initiative sei sozial	31
Der Gegenvorschlag bringe den Versicherten hohe Beiträge und wenig an Mehrleistungen	32
Die SPI belaste den Einzelnen weniger als der Gegenvorschlag	33
Die SPI sei gesamthaft, selbst bei einem Einkommen von Fr. 60'000.-- "billiger" als der Gegenvorschlag	34 ff
Die SPI bringe jedoch volle Solidarität mit den Kranken	36
Die SPI sei vorteilhafterweise eine umfassende KV: sie erspare dem Betroffenen zusätzliche Kosten	37
Massgebliche sozialdemokratische und gewerkschaftliche Sozialpolitiker warnen gerade vor dieser Art "billiger Lösung"!	38 ff
Es ist unsozial, den Kranken umso stärker zu belasten, je schwerer krank er ist und je entsprechend höhere Kosten er verursacht: der Gegenvorschlag schwäche die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken	40
Franchisen seien eine (unsoziale) doppelschneidige Sache: sie könnten die rechtzeitige Behandlung verhindern	41
Bei der SPI ist die ganze Zahnbehandlung eingeschlossen - beim Gegenvorschlag kämen diese Kosten noch hinzu	42 ff
Der Gegenvorschlag werde nicht genug Mittel für den Ausbau der KV bringen: er fixiere den allgemeinen Beitrag bei 3 %. Die Gesundheitskosten stiegen rascher als die übliche Teuerung - das Geld werde daher bald nicht mehr reichen!	
Hier sei die Allianz mit ihrem Vorschlag - 30 - 50 % des Gesamtaufwandes der KV - eben nicht durchgedrungen	44 ff
Die SPS habe wegen der zu geringen erwerbsprozentualen Mittel, die der Gegenvorschlag vorsehe, ihre Initiative nicht zurückziehen können	47

	<u>Seite</u>
Wortlaut des Antrages Weber im Ständerat	47 ff
1. <u>Obligatorium:</u>	49
1.1 Ohne Obligatorium - Komplikation: Vorbehalte	49 ff
1.2 Komplikation bleibt: danach wird es weit weiter "Vorbehalte" geben	50 ff
1.3 Komplikation: und die Alten, die wegen der Alters- grenze nicht mehr versichert werden?	52
1.4 Komplikation: es wird in einigen Jahren wieder nichtver- sicherte Betagte geben	52
1.5 Komplikation: die SPI-Finanzierung sei einfach	52 ff
1.6 Komplikation: mit der SPI würde die Problematik der Grossrisiko-Versicherung wegfallen, die auch im Gegen- vorschlag angelegt ist	54
1.7 Die SPI brächte vollen Leistungsausbau - auch zahnärztliche Behandlung	55
1.8 Wenn heute schon 92 % (und morgen 98 %) der Bevölkerung in einer Krankenkasse versichert sind: weshalb sollen da nicht gleich alle 100 % versichert werden?	55 ff

R e f e r e n t e n f ü h r e r  
Neuordnung der Krankenversicherung

I. Allgemeines Referat

Die Notwendigkeit einer Neuordnung der Krankenversicherung ist unbestritten.

Unbestrittene  
Notwendigkeit  
einer Neuordnung

Seit der Ordnung der Krankenversicherung in unserem Land durch ein Bundesgesetz (KUVG: Kranken- und Unfall-Versicherungs-Gesetz) im Jahre 1911 hat sich ein tiefgreifender Wandel vollzogen sowohl in der soziologischen Struktur und in den Lebensbedingungen der schweizerischen Bevölkerung, als auch in den therapeutischen Möglichkeiten der wissenschaftlichen Heilkunde.

Soziologischer  
Strukturwandel

- 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 beinahe um 100% erhöht.
- Der Altersaufbau der Schweizer Wohnbevölkerung hat sich zugunsten der älteren Jahrgänge verschoben: der Anteil der 65jährigen und älteren Leute 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 wahrscheinliche 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 stieg im gleichen Zeitraum für Knaben von 49,25 auf 68,72 Jahre und für Mädchen von 52,15 auf 74,13 Jahre.
- 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. Rückgang der Infektionskrankheiten
- 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: von 1253 auf 1 praktizierenden Arzt (1934) auf 1082 Einwohner pro Arzt in freier Praxis (1973). 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").
- 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 Patienten also auf das Doppelte gestiegen - alles dies Ausdruck des enormen naturwissenschaftlichen und technischen Fortschrittes der Medizin in den letzten Jahrzehnten. Fortschritt der Medizin

- Gleichzeitig sind von 1911 bis heute die Mitglieder der schweizerischen Krankenkassen auf fast das Zwanzigfache gestiegen. 1914 waren erst 395'000 Frauen, Kinder und Männer in Krankenkassen versichert (11% der Wohnbevölkerung) - heute sind 92% der Bevölkerung Mitglieder von Krankenkassen.

1911 galt es vor allem, den wirtschaftlich am wenigsten begünstigten Bevölkerungsschichten eine individuelle Vorsorge für den Krankheitsfall zu gewährleisten. Niemand sollte im Krankheitsfall aus wirtschaftlichen Gründen der nötigen medizinischen Hilfe entraten müssen oder deswegen der privaten und öffentlichen Wohltätigkeit überlassen bleiben.

KUVG 1911

Im Vergleich zu heute waren auch die therapeutischen Möglichkeiten noch beschränkt, und die Medizinalkosten entsprechend weniger aufwendig. Die medizinische Infrastruktur (Pharmazie, Spitäler, Laboratorien) war noch geringfügig, die ärztliche Kunst noch nicht so sehr auf sie angewiesen und die Möglichkeit zur Hauspflege (in Grossfamilien !) noch sehr verbreitet.

Problem Nummer 1: Der moderne Mensch hat sich daran gewöhnt, die Gewährleistung seiner Gesundheit primär von einer immer aufwendigeren sozialhygienischen und medizinischen Infrastruktur zu erwarten. Der Aufwand ist entsprechend kostspielig, scheinbar aber erträglicher als ein gesundheitlich verantwortungsbewusstes Leben (Rauchen! Alkohol! Ueberernährung! Bewegungsarmut!), an dessen Kriterien sich letztlich keiner ohne Beeinträchtigung seiner Gesundheit vorbeidrücken kann.

Der seitherige Sozialwandel bringt neue Kosten und Probleme

Problem Nummer 2: Die Zunahme der "Zivilisationskrankheiten" und der Altersleiden - beides Folgen des allgemeinen Fortschrittes, aber auch wegen deren Langwierigkeit entsprechend aufwendig.

Problem Nummer 3: Das Schwinden der Hauspflagemöglichkeit (Kleinfamilie! Kleinwohnungen! Fremdarbeiter! Derzeitiger unterentwickelter Stand der organisierten Hauspflege!).

Problem Nummer 4: Der allgemeine medizinische und medizinisch-technische Fortschritt.

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 heute bereits als Pflichtleistung übernommen! Rf). -

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 Anspruchsmoralität unserer Bevölkerung dazu auch ermuntert. Der Patient will, dass die laufend differenzierter und vielgestaltiger werdenden Erkenntnisse und Möglichkeiten für ihn ausgeschöpft werden. Das ist angesichts der sensationell aufgemachten Aufklärung durch die Massenmedien nicht verwunderlich."

Da gleichzeitig ein immer grösserer Teil unserer Bevölkerung in Krankenkassen versichert ist, drückte sich diese Entwicklung zunehmend im Kostendruck der Krankenkassen-Bilanzen und -beiträge aus. Der bis etwa 1960 vorerst nur ansatzmässig erkennbaren kritischen Entwicklung wurde während eines halben Jahrhunderts jeweils auf dem Wege besonderer Bundesbeschlüsse begegnet: die Bundesbeiträge an die Krankenversicherung wurden wiederholt den veränderten Verhältnissen angepasst.

KUVG Revision  
1964

1961 kam man jedoch um eine Teilrevision des KUVG nicht herum. Von den 40 Artikeln über die Krankenversicherung wurden deren 23 geändert, und 13 neue Artikel wurden dem Gesetz hinzugefügt. Bei dieser Revision ging es im wesentlichen u.a. um folgende Punkte:

- 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 der Revision des KUVG, die 1964 abgeschlossen und 1966 voll wirksam wurde. Die Kostenexplosion traf vor allem den Spitalsektor.

Sechzigerjahre  
im Zeichen der  
Kostenexplosion

- Der nach dem Weltkrieg einsetzende Neu- und Ausbau von Spitälern schlug massiv zu Buche.
- Die "Verweltlichung" des Pflegepersonals kam in besserer Entlohnung und Modernisierung der Arbeitsbedingungen zur Geltung: um "Gotteslohn" zu arbeiten, vermag nur noch wenige für den Pflegeberuf zu begeistern.
- Die von 1960 - 1970 zu verzeichnende Verdoppelung des Spitalbedarfes an Aerzten und Pflegepersonal pro Patient führte ihrerseits zu einem erheblichen Auftrieb der Personalkosten, die ohnehin rund zwei Drittel der Spital-Betriebskosten ausmachen.
- "Aber auch die Technik hat das ihre dazu beigetragen. Die hochspezialisierten Röntgenapparate mit Bildverstärker, dann die Fernseh- und Hochvolgeräte, die Isotope, die hochentwickelten Spezialinstrumente sowie die gesamte Computertechnik beeinflussten die Spitalbudgets gewaltig" (B. Hunziker).
- Und schliesslich, jedoch nicht zuletzt: Der finanzielle Engpass der Kantone drängte zu einer stärkeren Ueberwälzung von Spitalbetriebskosten, die bisher den kantonalen Etat belasteten, über höhere Tarife auf die Krankenversicherung. Ohne diesen Ausweg wären fühlbare Steuererhöhungen unausweichlich geworden - und für die Zukunft würden sie noch unumgänglicher werden.

Die eingetretene Kostenexplosion war rund doppelt so hoch wie die ohnehin schon viel zu grosse allgemeine Teuerung. Sie warf die verhältnismässig ruhige, jahrzehntelange Entwicklung aus der Bahn und machte die Revision von 1964 illusorisch.

Kostenexplosion doppelt so hoch wie die allgemeine Teuerung

- Dem Jahresbericht der Krankenkasse des Kantons Bern, beispielsweise, kann entnommen werden, dass die Kostenzunahme von 1971 auf 1972 sage und schreibe 28% betrug!

Seither zeichnet sich zwar die Tendenz einer Abflachung bei der Personalkostenkurve ab. Dennoch ist unverkennbar: die alarmierende Kostenentwicklung ist noch nicht gestoppt; sie geht, wenn auch etwas "flacher", weiter und sprengt das bisherige Finanzierungssystem der Krankenversicherung. Die Prämien erreichen eine Höhe, die nicht nur den ärmeren, sondern auch den mittleren Bevölkerungsschichten und insbesondere grösseren Familien zur Last werden.

Sie sprengt das bisherige Finanzierungssystem der KV

Diese Sachlage rief bereits unmittelbar nach der KUVG-Revision von 1964 unweigerlich nach neuen Vorstössen für eine weitere Revision des KUVG, die diesmal eine Neuordnung der Krankenversicherung herbeiführen sollte.

Neue Revisionsvorstösse

- Der Christlich-nationale Gewerkschaftsbund (CNG) forderte mit einer Eingabe vom 18. November 1966 im wesentlichen:
  - + ein nach Einkommensverhältnissen beschränktes Bundesobligatorium der Krankenpflegeversicherung und
  - + ein Bundesobligatorium der Krankengeldversicherung (mit Deckung von mindestens 80% des Lohnes),
  - + obligatorische Einführung der Familienversicherung,
  - + gesetzliche Verpflichtung des Arbeitgebers zur Zahlung von mindestens 50% der Krankengeldprämie.

Eingabe CNG

- Der Schweizerische Invalidenverband gab am 7. April 1967 für eine obligatorische Erwerbsausfallversicherung nach AHV-Beispiel mit je 1,5% Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitrag ein.
- 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.
- Insgesamt 19 parlamentarische Vorstösse befassten sich mit Anträgen in Richtung einer Neuordnung der Krankenversicherung.

Veranlasst durch eine Interpellation von Nationalrat Trottmann, die eine umfassende Revision des KUVG visierte, gelangte der Bundesrat mit einer entsprechenden Umfrage an die Kantonsregierungen, die Wirtschaftsverbände, die politischen Parteien, die Verbände der an der Durchführung der Krankenversicherung Mitwirkenden sowie verschiedene Institutionen der Sozialpolitik. Mitte September 1968 lagen die Antworten vor. Am 21. Februar 1969 bestellte das Departement des Inneren eine Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung.

Umfrage des Bundesrates

- Den Bundesbehörden könne es "nicht gleichgültig sein, dass die Kosten dieser Versicherung aussergewöhnliche Dimensionen annehmen und in parlamentarischen Vorstössen, in Eingaben von politischen Parteien und Verbänden sowie in Publikationen ein verbreitetes Unbehagen wegen der heutigen Form der Krankenversicherung zum Ausdruck kam". Die Expertenkommission solle "alle Fragen, die sich im Hinblick auf eine Revision der Krankenversicherung stellen, prüfen und zuhanden des Bundesrates darüber Bericht erstatten" (Begründung des Bundesrates).

Die Neuordnung der Krankenversicherung war in Gang gekommen.

Es war zu erwarten, dass die nach parlamentarisch-parteilichtischer Arithmetik ausgewogene Arbeitsgruppe von Sachverständigen einen allerseits trag- und daher auch verwirklichbaren Vorschlag ausarbeiten werde. Dass dieser ein Kompromiss über den ideologisch-parteilichtischen Positionen sein werde, war im Interesse sowohl der Kranken zu wünschen, die auf die Neuordnung der Krankenversicherung angewiesen sind, als auch der gesamten Bevölkerung, die schliesslich für die Kosten unseres Gesundheitswesens, so oder so, aufzukommen hat.

Vor allem aber wäre nötig gewesen, die gesamte Lage gründlich zu analysieren, die unnötig kostentreibenden Faktoren herauszuschälen, diese unter Kontrolle zu bringen und die Neuordnung unserer Krankenversicherung so zu konzipieren, dass Selbstverantwortung und Solidarität - diese Grundpfeiler jeglicher demokratischen Sozialpolitik - sachgemäss aufeinander abgestimmt werden.

Eine Lösung wäre umso eher zu finden gewesen, als objektiv feststand, dass - nach den Worten des sozialdemokratischen Regierungsrates von Basel-Stadt, diesem ausgewiesenen Experten auf dem Gebiete der Krankenversicherung - "in erster Linie das Finanzierungssystem revisionsbedürftig ist und nicht die Organisation unserer historisch gewachsenen Krankenversicherung als solche".

Regierungsrat  
Dr. E. Wyss:  
Nicht die Struktur  
ist revisionsbedürftig,  
sondern allein das  
Finanzierungssystem!

Mitten in die Arbeit der Experten zur Neuordnung der KV: die Initiative von SPS und SGB

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

Initiative der SPS: Struktur der KV muss grundlegend revidiert werden!

Ihr Kernstück:

- Aufhebung der bisher grundsätzlichen Freiwilligkeit der Versicherung - an deren Stelle ist in Zukunft die Krankenpflegeversicherung einschliesslich Zahnbehandlung für alle obligatorisch.
- Ausser Beiträgen des Bundes und der Kantone, umfassende Finanzierung der Versicherung durch Lohnprozente, je zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu tragen.
- Einführung einer obligatorischen Erwerbsersatzversicherung, mindestens bei schwerbelastenden sowie langdauernden und analogen Krankheiten, sowie
- obligatorische Unfallversicherung für alle Arbeitnehmer.

Aufhebung der grundsätzlichen Freiwilligkeit

Umfassende Finanzierung durch Lohnprozente

Die sozialdemokratische Verfassungsinitiative strebt somit eine grundlegende Umgestaltung unseres Gesundheitswesens an. Wie dieses danach aussehen würde, kann nur anhand der Verfassungsgrundsätze vermutet werden: alle heiklen Detailfragen werden, notgedrungen, der nachmaligen Gesetzgebung zugewiesen. Wann ein derartiges Vollzugsgesetz im Parlament zustandekommen könnte, ist höchst ungewiss: die AHV stand 25 Jahre in der Verfassung, bevor ein Gesetz geschaffen werden konnte! Fest steht einzig: der Vollzug dieser Umgestaltung unseres Gesundheitswesens würde, einschliesslich Krankentaggeld-Versicherung, insgesamt Beiträge in der Höhe von mindestens 6,2% vom Erwerbseinkommen erheischen.

Insgesamte Belastung: 6,2% vom Erwerbseinkommen

Verwirklichung höchst ungewiss

Mit der Einreichung dieser Initiative wurden die Arbeiten der Eidgenössischen Expertenkommission in die Richtung eines Kompromissvorschlages gelenkt, den diese in Flims schliesslich gefunden zu haben glaubte. Dieser Kompromiss sollte entweder die Initiative zum Rückzug bringen oder ihr als Gegenvorschlag entgegengestellt werden. Damit sollte auch die Ungewissheit über die Möglichkeit zur Verwirklichung der SPS-Initiative behoben werden.

Die Experten auf der Suche nach einem Kompromiss

Der Flimser Kompromiss:

- Grossrisiko-Versicherung
- Aufspaltung der KV in eine Bundes-Grossrisikokasse und in Krankenkassen "für den Rest"

Das Flimser-Modell hätte im wesentlichen eine obligatorische Grossrisiko-Versicherung durch den Bund gebracht: ab 6. Spitaltag wären die Kosten für die Spitalbehandlung ohne zeitliche Beschränkung übernommen worden, wobei gleich-

zeitig vor allem an eine finanzielle Entlastung der kantonalen Spitalbudgets durch Uebernahme wesentlich grösserer Teile der Spitalkosten von der Versicherung gedacht wurde.

Der Rest an "Risiken" - ambulante Behandlung und Spitalaufenthalt bis zum 5. Tag - wäre der grundsätzlich freiwillig belassenen Krankenpflegeversicherung der Krankenkassen grosszügig übertragen worden.

Zur Finanzierung sollten Lohnprozente erhoben werden, die jedoch fast durchwegs der Spitalkosten-Grossrisiko-Versicherung des Bundes (und auf diesem Wege den Kantonen) zugute gekommen wären; die Krankenkassen hätten für den gleichzeitig vorgesehenen Leistungsausbau zum Mittel massiver Prämienerrhöhung greifen müssen.

Grossrisiko  
durch Lohnprozente

Ambulante  
Krankenpflege-  
versicherung  
überwiegend  
durch Prämien

Ueberdies wäre die Einheitlichkeit der Versicherung, die bisher durch die Krankenkassen gewährleistet wurde, aufgebrochen worden, was die Versicherungsdichte gesenkt hätte. Eine gesundheitspolitisch bedenkliche Konsequenz! Der Trend zur aufwendigeren Spitalmedizin wäre verstärkt, und die vorsorgliche Sicherung der für die gesamte Bevölkerung jeden Alters bedeutsamen ambulanten Behandlung wäre verschlechtert worden: Mancher hätte geglaubt, an der obligatorischen Bundes-Grossrisiko-Versicherung "genug zu haben" und hätte die Vorsorge für Arzt und Arznei zuhause unterlassen.

Die Vernehmlassung über dieses Modell für die Gesetzgebung zur Neuordnung der Krankenversicherung löste heftige Kontroversen aus. Der Flimser Vorschlag fand wenig Sympathien. Gegenmodelle wurden produziert. Der Scherbenhaufen schien perfekt.

Das Flimser Modell löste eine Modell-inflation aus

Angesichts dieser verworrenen Situation entschloss sich der Bundesrat, der Initiative der SPS nicht, wie ursprünglich vorgesehen, einen Gegenvorschlag auf Gesetzesebene, sondern auf Verfassungsebene gegenüberzustellen. Dies vor allem auch: weil die Zeit zur Ausarbeitung eines realisierbaren Gesetzes allzu knapp war, denn der Bundesrat hatte innert spätestens drei Jahren zuhanden des Parlamentes zur Initiative Stellung zu nehmen.

Bundesrat weicht auf die Verfassungsebene aus

Zeitdruck wegen SP-Initiative verunmöglichte Gesetzeslösung

Mit der Wahl einer Konfrontation auf Verfassungsebene wurde der von Parlament und Volk zu fällende Vorentscheid über Grundsatzfragen auf die Tagesordnung gesetzt. Es ging und geht jetzt nicht mehr um Einzel- und Nebenfragen des Vollzuges, sondern in welche Richtung dieser auf Gesetzesebene dann sich zu bewegen hat. Der Nachteil bleibt, dass bis zur Gesetzgebung Ungewissheit besteht über die Regelung wichtiger Einzelfragen, die für die Beurteilung der schliesslichen Neuordnung der Krankenversicherung von grosser Bedeutung sein können. Dazu gehören Fragen wie: die Kostenbeteiligung, das Ausmass der Franchise, die Versicherung der bis heute noch nicht versicherten Betagten und anderes mehr. Dies trifft für den Gegenvorschlag wie für die Initiative zu. Im Unterschied zur SP-Initiative legt der Gegenvorschlag jedoch den Weg für eine baldige Gesetzgebung frei.

Vorteil: Grundsatz steht zur Entscheidung

Offen bleiben Einzelfragen bis zur Gesetzgebung

Der Gegenvorschlag des Bundesrates, der im wesentlichen gleichfalls auf eine Art obligatorische Grossrisiko-Versicherung, finanziert durch Lohnprozente, hinauslief, begegnete den gleichen Einwänden und der gleichgelagerten Ablehnung wie das Flimser Modell.

Der bundesrätliche Gegenvorschlag ruft gleiche Ablehnung wie das Flimser Modell

Die Situation schien vollends verfahren.

- Die SP-Initiative wird von den Krankenkassen, den Aerzten und den bürgerlichen Parteien abgelehnt.
- Ebenso stiess der Vorschlag des Bundesrates bei Krankenkassen und Aerzten auf Opposition.
- "Bei dieser Sachlage musste jeder Realpolitiker einsehen, dass weder die SP-Initiative noch der Gegenvorschlag des Bundesrates eine tragbare Basis für eine Verständigung auf breiter Grundlage bieten. Unter diesem unerfreulichen Aspekt wäre auch von einer Volksabstimmung über den neuen Verfassungsartikel nicht viel Gutes zu erwarten" (gewesen). (Vortrag von Regierungsrat Dr. E. Wyss, Basel, 30.8.1973)
- Bundesrat Tschudi hat einmal erklärt: In unserer Referendumsdemokratie sei eine Neuordnung der Krankenversicherung weder gegen den Willen der Krankenkassen mit ihren 6 Millionen Versicherten möglich noch gegen den Willen der Aerzte denkbar. Gleichzeitig begegne aber eine Verständigung dieser direkt Betroffenen infolge der divergierenden Interessen den grössten Schwierigkeiten.

Weder SP-Initiative noch Bundesratsvorschlag Grundlage für eine allseitige Verständigung

Bundesrat Tschudi eine Neuordnung der Krankenversicherung ist nur mit und nicht gegen Aerzte und Krankenkassen möglich

Die Neuordnung der Krankenversicherung war ernstlich gefährdet. Die SPS-Initiative hatte diese Gefahr heraufbeschworen; sie konnte sie auf keinen Fall beheben.

Die Verständigung kam jedoch zustande.

Mit der Ausmarchung der Neuordnung der Krankenversicherung auf Verfassungsebene ging und geht es jetzt nicht mehr um Nebenfragen, sondern einzig und allein um die Bestimmung der Grundsätze, denen gemäss die Krankenversicherung neu geordnet werden soll. Die SPS-Initiative hat diese grundsätzliche Auseinandersetzung unausweichlich gemacht.

Uebereinstimmung besteht im wesentlichen in allen Lagern über eine ganze Reihe Fragen, die bei der Gesetzgebung über die neugeordnete Krankenversicherung bedeutsam sein werden.

- Unbestritten ist die Notwendigkeit eines Leistungsausbaus der Krankenversicherung in Richtung Prophylaxe, Aufhebung der zeitlichen Beschränkung bei Spitalaufenthalt, Einbezug von Zahnerkrankungen in den Leistungsbereich.
- Ebenfalls unbestritten ist, dass künftig für Männer und Frauen gleiche Prämien zu gelten haben und für kinderreiche Familien Entlastungen einzuführen sind.
- Uebereinstimmung besteht schliesslich auch in der Entschlossenheit, bei Inkraftsetzung des neuen Gesetzes allen noch nicht versicherten Betagten während einer Uebergangszeit den Beitritt zu einer Krankenkasse zu ermöglichen.

EIN NEUER WEG

TUT SICH AUF:

die Allianz der Krankenkassen, Aerzte und Zahnärzte

Uebereinstimmung in allen Lagern über:

Leistungsausbau

Prophylaxe

Zeitlich unbegrenzte Spitalleistungen

Einbezug von Zahnerkrankungen

Gleiche Prämien für Männer und Frauen

Prämientlastungen für kinderreiche Familien

Noch nicht versicherte Betagte können sich mit dem neuen Gesetz versichern

- Und schliesslich ist es die erklärte Absicht aller: die Neuordnung der Krankenversicherung soll nicht primär die Kantonsfinanzen entlasten, sondern vor allem den Kranken und dem ganzen Volk zugute kommen.

Die Neuordnung soll vor allem den Kranken zugute kommen

Die Meinungen gehen darüber auseinander, welcher Weg beschritten werden muss, um die Aufgaben einer zeitgemässen Krankenversicherung personell und materiell erfüllen zu können.

Welcher Weg führt zu einer leistungsfähigeren Versicherung bei gleichzeitig freier Wahl von Arzt und Krankenkasse

Uebereinstimmen mit faktisch allen Sachverständigen ergibt die Analyse der Bedingungen und heutigen Probleme der Krankenversicherung:

- Nicht die seit Jahrzehnten bewährte und organisch gewachsene Struktur unseres freien Krankenkassen- und Arztsystems schafft Probleme - die Kostenexplosion, vorab im Spitalsektor, hat sie geschaffen.
- Ein guter Teil dieser Mehrkosten ist die unausweichliche Folge des medizinischen und technischen Fortschrittes.
- Ein weiterer Teil der Mehrkosten ist die Folge der Ueberwälzung bisher kantonal getragenen Spitalbetriebsaufwandes auf die Krankenversicherung (wegen der Engpässe bei den kantonalen Finanzen).

Nicht die Struktur unseres Krankenkassen- und Arztsystems schafft Probleme: die Kostenexplosion hat sie geschaffen

- Ein übriger Teil der Mehrkosten, die der Krankenversicherung erwachsen werden, erwächst aus der unbestrittenen Notwendigkeit eines wohlverstandenen Leistungsausbaus der Versicherung.

Im Gegensatz zur SPS-Initiative, die die Kostenexplosion scheinbar als unausweichliche "Naturkatastrophe" hinnimmt und, vor ihr kapitulierend, einzig nach mehr Geld und nach einer strukturellen Umgestaltung unseres Gesundheitswesens ruft, darf die Kostenexplosion, vor allem im Spitalsektor, nicht als "gottgewollt" und unabänderlich einfach auf neue Rechnung vgetragen werden!

Die SPS-Initiative kapituliert vor der Kostenexplosion als einer unausweichlichen Naturkatastrophe

Entgegen ihrer Behauptung ist die Kostenexplosion nicht eine gottgewollte Unabänderlichkeit

- "Selbst wenn wir noch so grosse finanzielle Mittel zur Verfügung hätten, würden sie es 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 anderen Gebieten, so geht es auch in der Medizin und im besonderen in der Spitalmedizin nicht mehr ohne klare Prioritäten."
- (Dr.iur. B. Hunziker, Regierungsrat, "Die Kehrseite des med. Fortschritts")

Es müssen Prioritäten gesetzt werden!

- Die Mittel müssen gezielt und zweckmässig eingesetzt werden. Nicht alles, was als medizinischer "Fortschritt" plakatiert wird, ist auch schon als gesundheitspolitisch erwünschter oder nötiger Ausbau in die Leistungen einer neugeordneten Krankenversicherung aufnahmewürdig.

Gezielter und zweckmässiger Mitteleinsatz

- Der Mangel an Aerzten, Personal und Einrichtungen steht einem unverzüglichen, vollen Leistungsausbau von heute auf morgen im Wege. Nicht alles, was gesundheitspolitisch oder medizinisch wünschenswert und nötig wäre, wird unmittelbar möglich sein. Vor den praktisch einfach nicht ohne weiteres realisierbaren Hoffnungen, die die Initiative weckt, ist zu warnen.

Die Initiative weckt unrealistische Hoffnungen!

- 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 noch grösser ist als die übliche durchschnittliche Teuerung, soweit möglich und verantwortbar auf dem "üblichen Teuerungsmass" zu halten.

- Auch die "Sanierung" kantonaler (Spital-) Finanzbudgets zu Lasten der Krankenversicherung ist in erträglichen Grenzen zu halten.

- Das bisherige Scheitern von Versuchen, gegen die Kostenwucherung wirksame Vorkehrungen zu entwickeln, kann nicht als Grund für eine Kapitulation vor dieser verhängnisvollen Entwicklung ins Feld geführt werden. Es ist eher ein Hinweis dafür, dass man es anders versuchen muss.

Auch die weitverbreitete Gleichgültigkeit für diese Belange ist nicht unänderlich, sondern Ausdruck unzulänglicher Information, die das Interesse der Öffentlichkeit nicht zu erfassen vermag.

Die zentrale Voraussetzung, um die Kostenexplosion unter Kontrolle zu bringen und zu dämpfen, ist ein erspriessliches Einvernehmen zwischen Aerzten und Krankenkassen. Dieses muss manchenorts erst noch geschaffen und gerade durch die Neuordnung der Krankenversicherung fundiert werden. Die Initiative ist in dieser Hinsicht überhaupt nicht behilflich.

Zentrale Voraussetzung zur Dämpfung der Kostenexplosion: die Allianz von Aerzten, Krankenkassen und Zahnärzten, keinesfalls jedoch die Initiative

Aus dieser Einsicht heraus fanden sich vorerst Vertreter aus Aerzte- und Krankenkassenkreisen sowie aus der Politik zusammen, um die Neuordnung der Krankenversicherung aus der Sackgasse heraus ihrem wohldefinierten Ziele zuzuführen.

Allianz öffnete den neuen Weg zur Neuordnung der Krankenversicherung

- Gewiss spielte der Druck der Verhältnisse mit. In der Tat wollten diese Persönlichkeiten das Scheitern der Neuordnung der Krankenversicherung verhindern.

- Sicher wäre noch besser gewesen, dieses Einvernehmen hätte sich schon früher realisieren lassen. Es ist aber immerhin in der Tat erzielt worden und zumindest noch derart zeitig, dass die parlamentarische Beratung eines Gegenvorschlages eine verantwortbare Grundlage für eine allseits tragfähige Verständigung im Volke zu schaffen vermochte.
- Seither ist dieses Einvernehmen zur Allianz der Aerzte, Krankenkassen und Zahnärzte ausgereift, in der sich die Spitzenorganisationen der Träger unseres Gesundheitswesens offiziell zusammengefunden haben. Den Unkenrufen zum Trotz hat sie die parlamentarischen Beratungen nicht nur überlebt, sondern diese massgeblich beeinflusst: und heute steht sie gefestigter da denn je zuvor.

Einvernehmen rechtzeitig erzielt, um einen verantwortbaren und tragbaren Gegenvorschlag aus den parlamentarischen Beratungen hervorgehen zu lassen

Die Allianz: heisst die Gemeinschaft der Dachorganisationen von Krankenkassen, Aerzten und Zahnärzten

Auf Grund einer eingehenden Analyse gelangte die Allianz unter dem Vorsitz ihres ersten Präsidenten, Regierungsrat Dr. Edmund Wyss, Basel, zu folgender Schlussfolgerung, die ihren nachmaligen Vorschlägen (und heute weitgehend auch dem offiziellen Gegenvorschlag) zugrunde liegen:

Schlussfolgerung der Allianz:

- Auch bei Berücksichtigung eines gezielten und zweckmässigen Mitteleinsatzes und der Notwendigkeit einer Eindämmung der Kostenexplosion wird es für die Krankenversicherung künftig erheblich mehr finanzielle Mittel brauchen, als heute zur Verfügung stehen. Das BSV (Prof. Kaiser) schätzt den Bedarf für 1976 auf jährlich ca. 6 Milliarden Franken.
- Wenngleich nicht für alle, so ist doch für bestimmte, zahlenmässig ins Gewicht fallende Bevölkerungsgruppen bei den Prämien die Grenze des Tragbaren erreicht.

Trotz allem wird die neugeordnete KV erheblich mehr Mittel benötigen als heute

Bedarf 1976: ca. 6 Milliarden p/a

Prämien-  
erhöhung

- Die Bundeskasse kann künftig nicht stärker als derzeit strapaziert werden. Erhebliche neue Aufgaben und Ausgaben kommen anderweitig auf sie zu.

Höhere Bundesbeiträge?

- Das bisherige Finanzierungssystem der Krankenversicherung vermag somit den künftigen Anforderungen nicht mehr zu genügen. Die Erschliessung neuer Finanzierungsquellen erweist sich als unausweichlich. Vor allem: ohne einen Beitrag der Wirtschaft in Form AHV-artiger, erwerbsprozentualer Beiträge geht es nicht mehr weiter.

Neue Finanzierungsquellen!

Ohne Beitrag der Wirtschaft geht es nicht weiter

- In dem nachmaligen Vorschlag der Allianz wurde eine weitere Ueberlegung aufgenommen: Für gesundheitsschädigende Produkte soll beim Kauf ein "Gesundheitsrappen" entrichtet werden, der via Tabak, Alkohol und Bleibenzin an die 800 Mio Franken aufgebracht hätte.

Sondersteuern

Gesundheitsrappen

Beachtliche Quelle

Die Besteuerung dieser Produkte drängt sich auf: der gesundheitsschädigende Zusammenhang ist nachweisbar. Es werden für diese gesundheitsschädigenden Produkte rund 4 Mia Franken jährlich aufgewendet. Allein ein Zigarettenraucher gibt im Laufe seines Raucherlebens 40 x mehr als Fr. 600.-- p/a, also rund Fr. 25'000.--, aus: er produziert damit laufend eine Schädigung seiner Gesundheit (chronische Bronchitis, Kreislaufschäden und dergleichen), zu deren Behandlung die Krankenversicherung oft mehr aufzuwenden hat als Fr. 25'000.--!

4 Mia Franken für Gesundheitsschädigung!

Weshalb soll da nun nicht gleichfalls das Haftungsprinzip des Verursachers gelten? Weshalb soll der Raucher sich durch tausendfränkigen Aufwand gesundheitlich schädigen können, die Schadenkosten aber auf die anderen abwälzen dürfen?

Der Ständerat konnte bereits in seinen ersten Beratungen sich mit diesem Gedanken nicht befreunden, in der Folge dann auch der Nationalrat nicht. Die wichtigsten gesundheitsschädigenden Waren, nämlich Alkohol und Tabak, seien von Verfassung wegen steuerlich der AHV vorbehalten. Theoretisch wäre es denkbar, die Alkohol- und Tabaksteuer dennoch für die KV zu erhöhen und andere analoge Produkte überdies steuerlich zu erfassen: Viele Sozialpolitiker und Standesvertreter, auf deren Unterstützung die zu verwirklichende Neuordnung der KV angewiesen ist, befürchteten jedoch darin eine "Untergrabung der Finanzierung" des heute noch erstrangigen Sozialwerkes - der AHV. Ueberdies war die entschiedene Opposition aus der welschen Schweiz und aus Kantonen mit Wein- oder Stumpfenfabrikation in den Räten spürbar: in der Volksabstimmung hätte derart leicht eine breite Nein-Koalition für die Neuordnung der KV erwachsen können.

Es blieb somit gar kein anderer Weg mehr, der Gewähr dafür bot, die unbestritten nötigen zusätzlichen Finanzen zu beschaffen, als das Modell, das von der Allianz vorgeschlagen wurde:

Selbstschädiger nach dem Verursacherprinzip behaften - nicht andere allein tragen lassen!

Parlament nicht für Gesundheitsrapen: "referendumspolitische Hürde" - AHV-Reserve

Politisch einzig gangbarer Weg: Finanzierungsmodell der Allianz!

- |  |  |
|--|--|
| - Unter angemessener Selbstbeteiligung durch Individualprämien der Versicherten (also: Prämie + Franchise!), | Angemessene Selbstbeteiligung:<br>Prämien + Franchise  |
| - durch Subventionen des Bundes und der Kantone  | Bundessubventionen 20%                                 |
| - und <u>zusätzlich mittels eines ergänzenden, allgemeinen Beitrages nach den Regeln der AHV</u>             | Ergänzender erwerbsprozentualer Beitrag                |
| - <u>die Finanzierung der KV sicherzustellen!</u>  | Leitgedanken (Vorschlag) der Allianz:<br>siehe Anhang! |

Die Behandlung der Verfassungsvorlage im Parlament brachte einige Modifikationen dieses Allianz-Modells.

Modifikation des Allianzmodells durch das Parlament

- |   |  |
|---|--|
| - Entgegen dem Rat der Allianz wurde die Höhe dieses allgemeinen Beitrages nach den Regeln der AHV nicht in Proportionen des Gesamtaufwandes der KV festgelegt, sondern durch fixe Prozentsätze: es sollen höchstens 3% vom Erwerbseinkommen für die KV erhoben werden, bei Arbeitnehmern je zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu tragen. | Nicht Proportionalisierung des allgemeinen Beitrages: Prozentsatz fixiert<br><br>Höchstens 3% vom Erwerbseinkommen       |
| - Der Verwendungszweck dieser neu erschlossenen Finanzmittel wurde nicht "insbesondere" für Spital, Mutterschaft, Prophylaxe und Hauspflege vorgesehen, sondern abschliessend für diese vier Leistungsbereiche festgelegt.  | Verwendung der neuen Mittel: nicht "insbesondere" sondern abschliessend für Spital, Mutterschaft, Prophylaxe, Hauspflege |

- Die Art und Weise, wie diese neuen Finanzmittel diesen KV-Leistungen zufließen werden, wird durch Gesetz noch festzulegen sein: der Verfassungsartikel lässt diese Frage offen. Die Allianz hatte vorgeschlagen, diese "über die bestehenden Versicherungsträger" fließen zu lassen, wodurch nicht eine neue, überflüssige, zentralistische "Superkasse" entstehen würde, sondern die Einheit der Krankenkassen gewährleistet bliebe.

Mittelfluss sei nicht präzise festgelegt - Muss durch Gesetz noch festgelegt werden

Entscheidend: Wahrung der Einheitlichkeit der KV

Keinen neuen, zentralistischen Apparat!

Die Bundesräte Tschudi und Hürlimann und Kommissionsreferent Ständerat Hofmann haben immerhin den hierauf vorgebrachten Bedenken der Allianz Rechnung getragen und eindeutige Erklärungen sowohl hinsichtlich der Verteilung wie des Flusses dieser Mittel zu Protokoll gegeben: Man wird bei der Gesetzgebung an diesen Erklärungen nicht vorbeikommen.

Offizielle Zusicherungen bieten Gewähr

Bundesrat Hürlimann:

"... Weil es Verfassungsrecht ist, möchte ich hier erklären, was der Kommissionspräsident bereits gesagt hat: Es ist nicht entschieden, in welcher Art das Geld, das wir nachher erheben, auf die vier Bereiche, die wir jetzt abschliessend umschrieben haben, verteilt wird, und es steht auch nicht fest, in welcher Weise das Geld letztlich fließen soll. Ich für mich möchte auch bei dieser Gelegenheit feststellen, dass wir alles Interesse haben, beispielsweise die bisherigen Versicherungsträger in die ganze Verteilung dieser Mittel miteinzubeziehen, um ja nicht die Administration des Bundes über Gebühr in diesem Bereich anwachsen lassen zu müssen. "

Wortlaut der Erklärung von BR Hürlimann

Als Resultat der parlamentarischen Auseinandersetzung mit den Vorschlägen der Allianz liegt nun ein Verfassungsartikel vor, über den der Stimmbürger am 8.12.1974 zu entscheiden haben wird.

Sein Wortlaut: (siehe Anhang)

.....

Der Verfassungsartikel der Eidgenössischen Räte (siehe Anhang)

- Dieser Verfassungsartikel berücksichtigt die legitimen Anliegen, die in den verschiedenen parlamentarischen Vorstössen zum Ausdruck kamen:

Er berücksichtigt die Anliegen, die in den parlamentarischen Vorstössen vorgetragen worden waren

- Die Leistungen werden ausgebaut.
- Massnahmen zur Eindämmung der Kostenexplosion werden möglich.
- Die Finanzierung der Krankenversicherung wird neu geordnet und bringt einen verbesserten sozialen Lastenausgleich.

Leistungsausbau  
Kostenbremse  
Finanzgrundlage

- Er erreicht dies ohne Umwälzung unseres Gesundheitswesens, das auf der freien Wahl von Arzt und Krankenkasse beruht.

- Er ermöglicht ein echtes, eidgenössisches Solidaritätswerk ohne unnötige Bürokratie und Zwang.

Solidaritätswerk  
ohne Bürokratie  
und Zwang

Es wäre zu hoffen und zu erwarten gewesen, dass SPS/SGB ihre Sonderinitiative zurückzögen und den Weg freilegten für eine wahrhaftige Neuordnung der KV durch Sicherung einer einhelligen Annahme dieser Verständigungsvorlage.

Hoffnung auf Rückzug der SPS/SGB-Sonderinitiative zer schlagen

Diese Hoffnung ist zerschlagen! Die Neuordnung der KV durch die Verfassungsvorlage ist gefährdet,

Neuordnung  
nun gefährdet!

- da SPS/SGB-Sonderinitiative der Verständigungsvorlage des Gegenvorschlages entgegengestellt bleibt
- und dadurch über zwei Vorlagen abzustimmen sein wird, was die Gefahr einer Ansammlung von Nein-Stimmen heraufbeschwört: man kann nämlich zweimal NEIN, nicht aber zweimal JA stimmen!

Da 2xJA nicht möglich, wohl aber 2xNEIN - Gefahr einer Nein-Kumulation

Was immer an Gründen seitens der Befürworter der SPS/SGB-Sonderinitiative zur Rechtfertigung dieses Verhaltens vorgetragen wird - es hält einer sachlichen Prüfung nicht stand!

Es gibt keine sachliche Rechtfertigung für das Beharren auf der SP/SGB-Initiative

- Es gibt nur eine realisierbare Vorlage: den Gegenvorschlag der Eidgenössischen Räte!
- Wer eine echte und gute Neuordnung der KV als nationales Solidaritätswerk will, muss den Grundsätzen dieses Gegenvorschlages zustimmen:

JA - für seine freie Wahl von Arzt und Krankenkasse

JA - für seine Beitragssolidarität ohne Zwang und Bürokratie

JA - für seine Kostenbremse

JA - für seinen Leistungsausbau

JA - für das Einvernehmen von Aerzten und Krankenkassen im Dienste der Kranken

AUSEINANDERSETZUNG

Beim Gegenvor-  
schlag weiss man,  
woran man ist!  
Er ist klar, re-  
alistisch und  
kann verwirklicht  
werden!

Ständerat Dr. P. Hofmann, Kommissionspräsident  
der 2. Kammer, wies am Krankenkassentag vom  
18. Mai 1974 in Baden zu Recht darauf hin, dass

- der Text der Initiative keineswegs  
zwingend vorschreibe, die Erwerbs-  
prozente nach den Regeln der AHV/IV  
zu erheben.

Es liesse sich denken, dass in diesem Fal-  
le wie in den Nachbarländern verfahren und  
ab einem bestimmten Einkommen die Prozent-  
höhe sukzessive herabgesetzt würde: für  
die unteren Einkommen käme man dann nicht  
mehr mit den von der "gk" ("Gewerkschafts-  
korrespondenz", Pressedienst des SGB)  
präsentierten Milchmädchenrechnung von  
5,2% aus; es könnten dann leicht sieben,  
acht oder mehr Prozente werden für diese  
Beitragszahler!

Dieser Hinweis trifft in der Tat zu. Das Risiko  
besteht, dass bei der unklaren Textformulierung  
der Initiative so verfahren würde.

Den Versicherten - vorab den Arbeitern, Angestellten, Kleingewerblern und Beamten - ist nicht damit geholfen, dass die Initianten (wie dies SGB-Sekretär Fritz Leuthy am Krankenkassentag vom 18. Mai 1974 tat) treuherzig erklären, so hätten sie dies nicht gemeint. Sie mögen es anders gemeint haben, aber, sie haben nicht dafür gesorgt, dass man dies eindeutig auch so versteht.

Jedenfalls sind die Initianten beim Vollzug ihrer Initiative durch die Gesetzgebung wohl die letzten, die imstande wären, eine derartige Interpretation ihrer in dieser Hinsicht nicht eindeutigen Initiative zu verhüten. Sie haben schon bei der zu Ende gegangenen parlamentarischen Beratung von Initiative und Gegenvorschlag offenbart, wie wenig sie in der Lage sind, den Ausgang der parlamentarischen Behandlung einer Vorlage in ihrem Sinne zu beeinflussen. Um wieviel weniger wären sie erst dazu fähig, wenn der Vollzug ihrer vom Parlament eindeutig abgelehnten Initiative zur Debatte stände!

Der Gegenvorschlag bietet dank der Allianz eine gute Grundlage, um die legitimen Anliegen der einfachen Leute wahrzunehmen und im Gesetz zu sichern!

Im Unterschied zu den Postulaten der Initianten, die sich schon bei der parlamentarischen Beratung von Initiative und Gegenvorschlag als nicht massgeblich für den Ausgang der Beratungen erwiesen, sind wesentliche Anliegen der

Allianz Krankenkassen/Aerzte/Zahnärzte in der Vorlage des Parlamentes enthalten:  
Einheitlichkeit der Versicherung - Sicherung der Möglichkeit, dass die lohnprozentualen Mittel über die bestehenden Versicherungsträger fliessen werden - (und nicht über eine anonyme, zentralisierte Staatskasse) - Tarifschutz - Beitragsobligatorium - Sicherung des Versicherungscharakters der Krankenkassen durch Limitierung der Erwerbsprozente, usw., usf.

Die Initianten haben bei diesen Beratungen einzig zutage gefördert, dass sie nicht fähig sind, einen Kompromissvorschlag, wie er sich während längerer Zeit als Möglichkeit abzeichnete, Wirklichkeit werden zu lassen. Sie haben damit beides verscherzt:  
ihre eigene Sache und einen tragbaren, ausgewogenen Kompromiss, dem auch sie hätten zustimmen können.

Der "Gegenvorschlag" komme  
das Volk teuer  
zu stehen

Nicht der Gegenvorschlag, sondern die unbremste Kostenexplosion, insbesondere im Spitalsektor, kommt das Volk teuer zu stehen!

- Im Gegensatz zur Initiative, die vor dieser Kostenexplosion fatalistisch resigniert oder gar kapituliert, will der Gegenvorschlag diese unter Kontrolle bringen und wirksam dämpfen.  
Der Gegenvorschlag sieht Massnahmen gegen die Kostenexplosion vor:

die Allianz wird auf dieser Grundlage die Kostenexplosion bekämpfen helfen. Der Gegenvorschlag ist - im Unterschied zur Initiative - von seiner Struktur her kostenbremsend.

- Die Allianz fordert gezielten Einsatz der Mittel, sowohl der erwerbsprozentualen Beiträge wie der öffentlichen Subventionen, insbesondere für den sozialen Lastenausgleich, zur Verbilligung der Prämien bei unteren Einkommensschichten.

Bisher wurden die öffentlichen Subventionen nach dem "Giesskannensystem" ausgeschüttet: jeder Versicherte, auch der wohlhabendste, bekam gleichviel an öffentlichen Zuschüssen an seine Prämie. Auf der Grundlage des Gegenvorschlages wird die Allianz für eine Vollzugsgesetzgebung eintreten können, die mit dieser Absurdität aufräumt.

- Dank dem vom Gegenvorschlag gewährleisteten gegliederten (also nicht anonymem zentralistischem) Krankenkassensystem mit freier Wahl von Arzt und Kasse wird die Transparenz der Gesundheitskosten gesichert. Man weiss, woher das Geld kommt und wohin es fliesst!

Die Initiative birgt zumindest die Gefahr einer zentralistischen Bundeskasse in sich: das Geld wird anonym administriert, verteilt, umgeleitet und weitergegeben. Man weiss, wieviel erhoben wird an Erwerbsprozenten, aber man würde schwerlich wissen können, was alles damit angefangen wird ...

- Der Gegenvorschlag hält auch das individuelle Kostenbewusstsein wach. Dies kann nur erzielt werden, wenn die Krankenversicherung nicht ausschliesslich durch anonyme Mittelbeschaffung (Steuern, Lohnprozent) finanziert wird, wie dies die Initiative vorsieht.

Die Initiative  
sei sozial

Wenn man unter "sozial" das versteht, was mit dem Anruch von öffentlicher Fürsorge und Wohltätigkeit versehen ist, so trifft es zu. Im Unterschied dazu will

- der Gegenvorschlag weder eine Fürsorgekasse für Kranke noch eine neue Wohltätigkeitsinstitution schaffen, die - um mit Pestalozzi zu reden - anstelle von Rechten blosser Gnade gewährt.
- Der Gegenvorschlag will und verwirklicht ein echt soziales Solidaritätswerk, würdig der Tradition, die unsere AHV geschaffen hat: Wie die AHV schafft der Gegenvorschlag eine soziale Versicherung mit Rechten und Pflichten, die auf der Solidarität des ganzen Volkes gegenüber jedem unter uns beruht. Im Gegensatz zur Initiative, die dies durch Beitrittszwang erzielen möchte, erreicht der Gegenvorschlag dies ohne Bürokratie und Zwang durch einen allgemeinen, für alle verbindlichen Solidaritätsbeitrag.

Der Gegen-  
schlag bringe  
den Versicherten  
hohe Beiträge  
und wenig an  
Mehrleistungen

Wie Nationalrat Dr. Richard Müller, Präsident der SP-Fraktion der Bundesversammlung, vor den Delegierten des KSK am 18.5.1974 zutreffend feststellte:

- Der Leistungsausbau ist allseits unbestritten. Der Unterschied zwischen SPI und Gegenvorschlag besteht nicht hinsichtlich dieses Leistungsausbaus: SPI wie dieser brächten im wesentlichen dasselbe. Der Unterschied besteht vielmehr darin,
- dass dies beim Gegenvorschlag durchwegs ohne Zwang und Bürokratie erreicht wird, also ohne Beitrittsobligatorium und bei Unterstellung der weiteren Risiken, wie etwa auch weitergehender Zahnbehandlungskosten, unter die freiwillige Versicherung.
- Dieser Leistungsausbau - zudem auf dem Hintergrund der vorerst noch ungebremsten allgemeinen Kostenexplosion - erheischt ab 1976 enorme zusätzliche Mittel: heute - etwa 3 Milliarden, 1976 - ca. 6 Milliarden Franken!
- Wenn der Gegenvorschlag - nicht zuletzt wegen der konkurrierenden, nicht zurückgezogenen SPI - am 8. Dezember 74 das Volks- und Ständemehr nicht erreichen würde, müssten die Versicherungs-

prämien für die Krankenkassenmitglieder ungefähr verdoppelt werden, wollte man den unbestritten nötigen Leistungsausbau sowie die von den Kantonen gesuchte Spitalkostenneuregelung sicherstellen. Für das eine wie das andere Problem muss so oder so eine Lösung gefunden werden: die öffentliche Hand ist dazu nicht in der Lage.

- Der Gegenvorschlag beugt gerade dieser Gefahr vor: er sichert geringere Individualprämien als sie bei seiner Verwerfung nötig würden!

Die SPI belaste  
den Einzelnen  
weniger als der  
Gegenvorschlag

Dies trifft aus zwei Gründen nicht zu. Ja, eigentlich ist sogar das Gegenteil wahr!

- Wie auf Seite 27 dargelegt, besteht in der Initiative keine Gewähr, dass die Erwerbsprozente, wie behauptet, "bloss" 5,2% - im Gegensatz zum Gegenvorschlag, der höchstens 3% vorsieht - betragen werden.
- In der Initiative ist aber auch keine Sicherung dafür enthalten, 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 entsprechen müsse.

Für Wohlhabendere kann sie höher, für weniger Begüterte kann sie entschieden niedriger sein!

Die SPI sei gesamthhaft, selbst bei einem Einkommen von Fr. 60'000.-- "billiger" als der Gegenvorschlag

Dies kann nur behaupten, wer die volle Wahrheit verschweigt!

Die volle Wahrheit ist: Die Allianz hat bereits fundierte Modelle für die Gesetzgebung auf der Grundlage des Gegenvorschlages ausgearbeitet. Diese entlasten - allerdings im Gegensatz zur SPI - nicht primär die Einkommen von Fr. 60'000.--.

- Es mag sein, dass die SPI bei einem Einkommen von Fr. 60'000.-- den Versicherten etwas billiger kommt als das Allianzmodell auf der Grundlage des Gegenvorschlages! Aber, es ist ja nicht Sache von Sozialwerken diese Einkommensgruppe zu begünstigen!
- Die Allianz-Modelle sorgen in der Tat besser für die Einkommen bis Fr. 25'000.-- als für jene von Fr. 60'000.-- pro Jahr. Und dies: weil hier nicht Subventionen mit der Giesskanne - für reich und arm in gleicher Weise - ausgeschüttet, sondern diese gezielt eingesetzt werden!

Wie die wahre Wirklichkeit im sachlichen Vergleich aussieht, zeigen die nachfolgenden Tabellen und Rechnungsgrundlagen.

Die SPI bringe  
jedoch volle  
Solidarität mit  
den Kranken

---

Dies trifft nicht zu. Das Beispiel der "gk"  
zeigt für die SPI dreierlei deutlich:

- j e d e r m a n n - ob gesund oder krank -  
hat ein ganzes Leben lang an die Gesamt-  
heit der Krankheits- und Zahnpflegekosten  
beizutragen
- j e d e r m a n n - ob gesund oder wirk-  
lich krank - hat auch an die Kosten jener  
beizusteuern, die wegen geringfügigster  
Beschwerden auf Kosten der Krankenkasse  
den Arzt aufsuchen
- j e d e r m a n n - ob reich oder arm -  
hat auch jene Krankheitskosten tragen zu  
helfen, die ein Bessergestellter ohne  
Schwierigkeiten durchaus zu einem guten  
Teile selber übernehmen könnte.

Dies ist nicht Solidarität mit den Kranken, son-  
dern Strapazierung der Solidarität wegen Baga-  
tellen oder gar Solidarität am falschen Ort!

- Dieses Kostendeckungssystem einer miss-  
brauchten Solidarität (gemäss SPI) lädt  
geradezu ein, wegen jeder Bagatelle den  
Arzt aufzusuchen -
- es versteckt, dass jedermann jahraus,  
jahrein auch an die unnötigen KV-Kosten  
zahlen muss (die durch Bagatellen und  
Uebernahme von unnötigen, da vom Besser-  
gestellten leicht tragbaren Leistungen

entstehen) -

- und da keiner direkt realisiert, wie sehr ihn selber dieses alles belastet, wirkt das Kostendeckungssystem der Initiative auch aus diesem Grunde kostentreibend.

Die SPI sei vorteilhafterweise eine umfassende KV: sie erspare dem Betroffenen zusätzliche Kosten

---

- Auch das Allianzmodell, das mit dem Gegenvorschlag verwirklicht würde, gewährleistet, dass bei schwerwiegenden Leiden und bei Spitalaufenthalt dem Kranken keine zusätzlichen Kosten erwachsen.
- Aber, bei geringfügigen Beschwerden sollen Massnahmen getroffen werden, damit nicht länger auch sogenannte "Bagatellen" die Allgemeinheit immer mehr belasten.
- Im Unterschied hierzu beschert die SPI jedermann - ohne Rücksicht darauf, ob berechtigt oder unnötig: man muss nur Kosten verursachen, und schon springt die "billige Versicherung" bei. Die Initiative will dies verfassungsmässig gewährleisten. Ist dies wirklich eine billige Lösung?

Diese wahrhaftig "billige Lösung" führt zwangsläufig

- zu weiterer Anheizung der Kostenexplosion

- zur Bestrafung des gegenüber seiner Gesundheit verantwortungsbewussten Einzelnen
- zu einer Konsumenten-Mentalität der Versicherten gegenüber dem Solidaritätswerk "Krankenversicherung".

Massgebliche sozialdemokratische und gewerkschaftliche Sozialpolitiker warnen gerade vor dieser Art "billiger Lösung" !

---

Was hierzu zu sagen ist, hat eine Experten-Gruppe sozialdemokratisch-gewerkschaftlicher Exponenten eindringlich ausgesprochen. In dem Bericht des VPOD - einer Gewerkschaft, der man wahrlich nicht nachsagen kann, ihr sozialpolitischer Kurs sei konservativ - (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.

Es heisst dort wörtlich:

"... auch psychologische Argumente sprechen eindringlich zugunsten eines auf Beitragszahlung fussenden Finanzierungssystems. Die Steuern waren und bleiben Grundlage der "Fürsorge". Keinesfalls darf aber die KV 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. -

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) -

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)

Es ist unsozial, den Kranken um so stärker zu belasten, je schwerer krank er ist und je entsprechend höhere Kosten er verursacht:

der Gegenvorschlag schwäche die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken

---

Das Gegenteil ist wahr. Die Solidarität des Gesunden zum Kranken wird verstärkt. Vor allem gegenüber den Leidenden mit langdauernden und schwerbelastenden Krankheiten. Und: Beim Allianzmodell mit Hilfe des Gegenvorschlages weiss ein jeder, woran er ist und was für Kosten allfällige Krankheit mit sich bringt. Der Gegenvorschlag räumt im Unterschied zur SPI gerade hier jegliche Unklarheiten aus.

- Beim Allianzmodell weiss ein jeder, je nachdem, wie er sich in gesunden Tagen frei entschieden hat, was an Kosten auf ihn zukommt, wenn er krank werden sollte: mehr als die Fr. 100.-- oder Fr. 200.-- oder Fr. 400.-- pro Jahr, für die er sich entschieden hat und denen gemäss er mehr oder weniger Prämie zahlen muss, wird er auf keinen Fall zu tragen haben!
  
- Die beiden niederen sozialen Einkommensklassen werden - trotz gleichfalls verbilligter Prämien! - mittels öffentlicher Subventionen auf Kostenanteile von Fr. 35.-- bzw. Fr. 65.-- pro Jahr entlastet!

- In Zukunft wird Krankheit neben dem Leiden nicht auch noch Ungewissheit über die Kosten bedeuten!
  
- Bei der SPI weiss man das nur vage und nach dem Hörensagen jener, die im Parlament nicht stark genug sind, für ihre Versprechungen auch die nötigen Mehrheiten zu schaffen.

Franchisen seien eine (unsoziale) doppelschneidige Sache: sie könnten die rechtzeitige Behandlung verhindern

---

Nicht beim Gegenvorschlag. Dieser sieht ausdrücklich unentgeltliche präventiv-medizinische Leistungen vor, die durch den allgemeinen erwerbsprozentualen Beitrag finanziert werden. Jeder hat Anrecht auf medizinische Vorsorgeuntersuchungen. So ist Sorge dafür getragen, dass rechtzeitig schwerwiegende Krankheiten erkannt und behandelt werden können.

Dank dem System des Gegenvorschlages wird es aber überhaupt erst möglich sein, an die tatsächliche Gewährung medizinischer Vorsorgeuntersuchungen - auch zahnheilkundlicher Art - zu denken! Erst durch die Entlastung von Aerzten, Personal, medizinischer Infrastruktur und Krankenkassen von geringfügigen Belanglosigkeiten werden überhaupt ausreichend Fachkräfte, Einrichtungen und Mittel für diesen Dienst zur Verfügung stehen.

Bei der SP-I ist  
die ganze Zahnbe-  
handlung einge-  
schlossen -  
beim Gegenvorschlag  
kämen diese Kosten  
noch hinzu

---

Die Kosten für bestimmte zahnärztliche Leistungen werden durch den Gegenvorschlag garantiert. Richtig ist, dass nicht die gesamte Zahnheilkunde einfach gratis zur Verfügung gestellt wird. Dies aus einem sehr einfachen Grund: Auf keinem Gebiet so sehr wie bei der Zahngesundheit trägt der Einzelne in den meisten Fällen ganz entscheidend durch sein Verhalten dazu bei, ob seine Zähne gesund bleiben oder verfallen: Zahnhygiene, Essgewohnheiten, Schleckereien und dergleichen bestimmen in grossem Masse mit, ob jemand schon sehr früh zum Zahnarzt muss oder überhaupt erst in vorgeschrittenerem Alter zahnärztliche Hilfe braucht - und auch: ob im Fall der Fälle der Schaden gross oder geringfügig ist. Anonyme Leistung auf diesem Gebiet leistet der Vernachlässigung von individueller Zahnpflege und Sorgfalt zum eigenen Gebiss Vorschub. Die Leidtragenden sind dann nicht jene, die sich dies zuschulden kommen lassen: es belastet sie ja auch finanziell nicht weiter, sondern alle jene, die verantwortungsbewusst sind und Sorge tragen auch für ihre Zähne.

Aus diesem Dilemma hilft nur die beitragsgetragene Freiwilligkeit der Versicherung bei angemessener Kostenbeteiligung im Schadenfall. Zahnärztliche Prophylaxe und u.a. kieferchirurgische Eingriffe werden auch beim Gegenvorschlag von der Krankenpflegeversicherung übernommen. Ueberdies werden

die Krankenkassen bei Annahme des Gegenvorschlages verpflichtet werden, eine Zahnkostenversicherung einzuführen: diese wird die Kosten für konservierende Behandlungen und Prothetik zu übernehmen haben.

Der Unterschied zwischen Initiative und Gegenvorschlag liegt also nicht bei den künftigen Leistungen, sondern in der Finanzierungs- bzw. Versicherungsart. Der Gegenvorschlag honoriert verantwortungsvolles Verhalten des einzelnen in Sachen Zahnhygiene. Er ist im Unterschied zur SPI keine kostenlose Vollkasko-Versicherung für bedenkenlose Deckung von Zahnkosten, die sehr oft durch eigene Nachlässigkeit selber verschuldet sind. (Man stelle sich vor, welche Sorgfalt im Straßenverkehr herrschte, wenn eine faktisch unentgeltliche Vollkasko-Versicherung bestünde! Für die, die ohnehin keine Sorge tragen, wäre alle Tage Feiertag! Und die, die sich verantwortungsbewusst verhalten, könnten dafür aufkommen!)

Im gerechneten Beispiel kann daher füglich auf diese Zusatzrechnung verzichtet werden. Das, was gesundheitspolitisch nötig ist, ist durch den Gegenvorschlag möglich und daher in der Rechnung bereits enthalten. Alles übrige ist freiwillig versicherbar und schlägt selbst dann für den Familienvater mit seinen zwei Kindern (die ja ohnehin von der Schulzahnpflege betreut werden) im Laufe des Lebens bei verantwortungsbewusstem Verhalten nicht so zu Buche, dass dies das Budget durcheinanderbrächte.

Der Gegenvorschlag werde nicht genug Mittel für den Ausbau der KV bringen: er fixiere den allgemeinen Beitrag bei 3%. Die Gesundheitskosten stiegen rascher als die übliche Teuerung - das Geld werde daher bald nicht mehr reichen!

Hier sei die Allianz mit ihrem Vorschlag - 30 - 50 % des Gesamtaufwandes der KV - eben nicht durchgedrungen

---

In der Tat steigen die Gesundheitskosten seit Jahren um 4 bis 7 % stärker als die allgemeine Teuerung.

Die Allianz hat daher vorgeschlagen, die Höhe des allgemeinen Beitrages nach den Regeln der AHV proportional zum Gesamtaufwand der KV in der Verfassung festzulegen. So wären allfällig nötige Anpassungen leichter durchführbar gewesen, falls und solange in naher Zukunft die Kostenexplosion noch nicht unter Kontrolle gebracht werden könnte.

Dem wurde - nicht ganz zu Unrecht! - entgegengehalten:

- die Dynamisierung der Erwerbsprozente nach dem Mass der explosiven Kosten (vor allem im Spitalwesen) werde eine Dämpfung der Kostenentwicklung überhaupt nie möglich werden lassen: automatisch würde mehr hereingeholt und entsprechend auch widerstandslos dann ausgegeben.

Die Erwerbsprozente wurden daher auf höchstens 3 Prozent fixiert.

- Damit wurde aber auch ein Alarmsignal für die Kantone und für den Bund gesetzt!
  
- Die Kantone werden angesichts dieser starreren Formel weniger leicht Erfolg mit allfälligen Versuchen haben, in allzu "grosszügiger" Weise ihre kantonalen steuerlichen Spitalbudgets zu Lasten der Krankenversicherung (mittels entsprechend höherer Spitaltarife) zu entlasten.
  
- Der Bund bleibt damit gemahnt, seinerseits nicht der Versuchung zu erliegen, seine Subventionen an die Krankenversicherung (von bisher 20% des Gesamtaufwandes), die dem Familienausgleich zugute kommen sollten, "einzufrieren" oder unter 20% absinken zu lassen: er riefte damit der Notwendigkeit einer Verfassungsrevision für die Erhöhung der Erwerbsprozente zugunsten der Krankenversicherung! In dieser Hinsicht ist der festgesetzte Prozentsatz vielleicht das Gewissen, das die Ratsherren bei inkonsequent einseitigen finanziellen Massnahmen in Sachen Krankenversicherung doch weniger gut schlafen liesse!

Andererseits steht gleichzeitig zweierlei fest:

- Die in der Verfassung vorgesehenen 3% allgemeiner Beitrag zulasten des Erwerbseinkommens würden, bei voller Ausschöpfung, im Jahre 1976 45 - 50% des Gesamtaufwandes der KV decken.
  
- Alles spricht dafür, dass diese 3 Erwerbsprozentage gar nicht voll ausgeschöpft werden müssen, um 1976 die KV leistungsgerecht und neu zu ordnen.  
Sofern sich der Gegenvorschlag in der Volksabstimmung erfolgreich durchzusetzen vermag, wird die Allianz nachmals in der Lage sein, wirksam kostenbremsende Massnahmen zu entwickeln und durchzusetzen.

Ohne die Mitarbeit der Krankenkassen/Ärzte/Zahnärzte wird die Kostenexplosion im Gesundheitswesen überhaupt nie unter Kontrolle gebracht werden können - auf Dauer würden damit die zu deckenden Lasten einen Galopp der Erwerbsprozentage auslösen, dem weder die SPI noch der Gegenvorschlag wegen des Widerstandes im Volke zu folgen vermöchte!  
Es hängt somit entscheidend eigentlich alles davon ab, dass das Allianzmodell mit Hilfe des Gegenvorschlages zum Durchbruch gelange.

Die SPS habe wegen der zu geringen erwerbsprozentualen Mittel, die der Gegenvorschlag vorsehe, ihre Initiative nicht zurückziehen können

---

Wenn etwas u.a. nicht wahr ist, so ist es gerade diese Behauptung, die blosser Ausflucht ist, um nicht die volle Verantwortung für die Risiken der Volksabstimmung vom 8.12.1974 tragen zu müssen!

- Es ging der SPS schon zu Beginn der parlamentarischen Behandlung von Initiative und Gegenvorschlag überhaupt nicht um das Ausmass dieses allgemeinen Beitrages!

Die SPS hat im Ständerat als eine Art "Brücke zu Verständigung" einen Antrag einreichen lassen, der mit weit weniger als 3% vom Erwerbseinkommen sich zufrieden gab - sofern nur das Vollobligatorium, d.h. der Zwang zum Beitritt in eine Krankenkasse in der Verfassung verankert worden wäre!

Antrag Weber im Wortlaut

Wortlaut des Antrages Weber im Ständerat

---

" Die Krankenpflegeversicherung ist für die gesamte Bevölkerung obligatorisch. Sie 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 ein allgemeiner Beitrag nach den Regeln der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erhoben, der zugunsten der gesamten Bevölkerung insbesondere für die Verbilligung der

Heilanstaltsbehandlung zu verwenden ist; er darf bei Erwerbstätigen 2 Prozent des Erwerbseinkommens nicht übersteigen und wird bei Arbeitnehmern zur Hälfte vom Arbeitgeber übernommen. "

Wäre dieser Antrag angenommen worden, hätte konsequenterweise die SPS/SGB-Initiative zurückgezogen werden müssen, womit eine zeitgemäße Neuordnung der KV langfristig finanziell nicht zu sichern gewesen wäre.

- Es ging und geht bei der Auseinandersetzung um SPI und Gegenvorschlag, wie der Antrag Weber u.a. zeigt, den Initianten gar nicht so sehr um eine solide finanzielle Fundierung für die neugeordnete Krankenversicherung. Es geht vielmehr um eine ideologisch zum "Grundsatz" hochstilisierte Frage: es geht um die heilige Kuh des Versicherungs-Obligatoriums, die aus den sozialpolitischen Programmen der Dreissigerjahre müh- und unglücklich in unsere Zeit hinübergeschleppt wird. (Wenngleich heilige Kühe bekannterweise die Leute zwar nicht nähren, sondern, von ihnen gemästet, sie bestenfalls selig weiterdarben lassen.)
  
- Es ging und geht also im Grunde um die Frage: soll für alle Einwohner unseres Landes, reich oder arm, der Zwang zum Beitritt in eine Krankenkasse mit allen den daraus erwachsenden unerwünschten Konsequenzen gelten?

Oder soll unser Krankenkassenwesen nicht vielmehr ohne Bürokratie und Zwang auf der Grundlage eines allgemein verbindlichen Solidaritätsbeitrages jedermann frei und offen stehen?

I. Obligatorium:

1.1 Ohne Obligatorium -  
Komplikation:  
Vorbehalte

---

Nur jene sind "unter Vorbehalt" versichert, die jahrzehntelang zuwarteten und sich nicht versicherten und erst jetzt, da sie krank sind und froh wären, eine Krankenkasse zu haben, sich versichern lassen wollen. Solche "soziale" Zeitgenossen, die erst an die Solidarität denken, wenn sie von den anderen "ziehen" wollen, riskieren in der Tat, dass die Krankenkasse sie wohl aufnimmt, aber, nur unter dem Vorbehalt, für das im Zeitpunkt des Eintrittes bestehende Leiden nicht aufkommen zu müssen.

- Der "Vorbehalt" ist ein Schutz der verantwortungsbewussten, solidarischen, seit Jahr und Tag Versicherten vor der asozialen Ausnützung ihres Gemeinschafts-sinnes durch Egoisten, Eigenbrödler, "Trittbrettfahrer", "Gelbe" und wie immer man diese Art Leute bezeichnen möge.

- Schon heute sind die mit Vorbehalt Versicherten nicht lebenslänglich benachteiligt: nach höchstens 5 Jahren Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse fällt dieser ohne weiteres dahin.
  
- Das Allianzmodell, das mit Hilfe des Gegenvorschlages im Gesetz nachmals verankert werden soll, sieht zudem vor, dass nach Inkrafttreten des Gesetzes jedermann, der noch nicht versichert ist, sich innert einem Jahr vorbehaltlos soll versichern können.
  
- Ueberhaupt keine Vorbehalte wird es bei der im Gegenvorschlag vorgesehenen obligatorischen Krankengeldversicherung der Arbeitnehmer geben.

1.2 Komplikation  
bleibt: danach  
wird es weiter  
"Vorbehalte"  
geben

---

Es ist davon auszugehen, dass nach Inkrafttreten des neuen KUVG (Kranken- und Unfall-Versicherungs-Gesetzes) alle bisher mit "Vorbehalt" Versicherten sowie die wegen Ueberschreitung der Altersgrenze Unversicherten, die nie zuvor an eine Krankenkasse dachten, ohne weitere Benachteiligung in eine Krankenkasse aufgenommen werden können. Wenn dem nachgelebt wird, müsste niemand Bedenken haben, irgendwann einmal unter einem "Vorbehalt" zu leiden.

Es ist weiter davon auszugehen, dass, wie die Statistik zeigt, praktisch alle Neugeborenen gleich nach der Geburt durch die Eltern versichert und von den Krankenkassen ohne "Vorbehalt" aufgenommen werden.

Als Leute, die irgendwelche "Vorbehalte" zu einem späteren Zeitpunkt fürchten müssten, bleiben somit:

- In die Schweiz zurückkehrende Auslandsschweizer, die alt und/oder krank heimkommen.

Für diese Mitbürger sieht die Allianz eine Lösung vor, die unbillige Härte vermeidet.

- Verantwortungslose, Asoziale, Querulanten, Egoisten und Drückeberger, die auch nach der Neuordnung der KV über all jene spotten, die vorsorglicherweise das Richtige vorkehren.

Nach Auffassung der Allianz besteht kein Anlass, sich um die Härte, die diese Leute trifft, zu scheren: hier soll in der Tat die "Fürsorge" einspringen. Auf keinen Fall geht es an, die soziale Krankenversicherung um dieser Leute willen mit Zwang und Bürokratie zu versehen oder sie gar auf das Niveau einer Fürsorgeinstitution zu degradieren!

- (In SP- oder Gewerkschaftsversammlungen: Die Allianz schlägt diesen Leuten gegenüber ein gleiches Verhalten vor, wie es gewerkschaftlich Organisierte seit Jahr und Tag und verständlicherweise "Gelben" gegenüber bekunden.)

1.3 Komplikation:  
und die Alten,  
die wegen der  
Altersgrenze  
nicht mehr  
versichert  
werden?

---

Hier gilt grundsätzlich was unter 1.1 gesagt wurde.

- Die Allianz vertritt in Uebereinstimmung mit allen Behörden und Parlamentskommissionen die Lösung, der schon im Flimser Modell allerseits zugestimmt wurde: innert einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes soll sich jedermann, der sich bisher nicht versichern konnte, versichern können.

1.4 Komplikation:  
es wird in  
einigen Jahren  
wieder nicht-  
versicherte  
Betagte geben

---

Hier gilt grundsätzlich das unter 1.2 Gesagte.

1.5 Komplikation:  
die SPI-  
Finanzierung  
sei einfach

---

- Das (scheinbar) Einfachere ist hier keineswegs das Bessere oder Zweckmässigere!

- Die scheinbar "einfachere" Finanzierung führt zu sozial ungerechten "Giesskannenlösungen" und untergräbt sozial verantwortungsbewusstes Verhalten (siehe: Modell-Gegenüberstellungen). Sie schlägt alles "über einen Leist", arm und reich. Soziale Gerechtigkeit setzt nicht einfache, sondern angemessene Finanzierung und Lösungen voraus. Das Allianzmodell wird diesem Kriterium gerecht.
  
- Die "einfache" Lösung der Finanzierungsfrage verringert die Transparenz, die Durchsichtigkeit der Kosten. Das Geld kommt anonym herein und geht anonym auch leichter wieder hinaus. Das Kostenbewusstsein wird geschwächt.
  
- Die "einfache" Lösung bringt einfach keinen recht ausgewogenen Sozial- und Familienausgleich.
  
- Zudem ist die von der SPS vorgetragene Finanzierungsformel vage und vieldeutig (s.S. 27).

1.6 Komplikation:  
mit der SPI  
würde die  
Problematik  
der Grossrisiko-  
Versicherung  
wegfallen, die  
auch im Gegen-  
vorschlag an-  
gelegt ist

---

- Das Allianzmodell, auf das sich der Gegenvorschlag stützt, bewahrt die Einheit der KV: es wird also nicht einen anonymen, zentralistischen Grossrisiko-Apparat und eine dezentralisierte, leistungsschwache Versicherung für die ambulante Behandlung geben. Beides - schwere Leiden und ambulant behandelbare Krankheiten - wird von ein und derselben, leistungsstarken Krankenkasse gedeckt werden, und die Kasse wird frei und offen und transparent sein für jedermann.
  
- Gleichzeitig darf aber auch nicht übersehen werden, dass zwischen schweren und "geringfügigeren" Leiden immerhin hinsichtlich der finanziellen Konsequenzen gewisse, erhebliche Unterschiede bestehen, die einen unterschiedlichen Lastenausgleich rechtfertigen. Es liegt daher nahe, den allgemeinen erwerbsprozentualen Beitrag vorab für schwere Erkrankungen einzusetzen. Dies kommt jedermann zugute, denn die Versicherungsträger werden die daraus finanzierten Verbilligungsbeiträge für die Behandlungskosten solcher Leiden jedermann gewähren, wie dies der Gegenvorschlag bei den Spalkosten vorsieht.

- Mit dieser Lösung trägt der Gegenvorschlag dazu bei, dass die Spitalbehandlungen nicht privilegiert, wohl aber deren aufwendigere Kosten sozial erträglich gehalten werden. Die Krankenkassen werden dadurch in die Lage versetzt, ohne massive Erhöhung der Individualprämien für die Spitalbehandlung auch künftig voll aufzukommen.

1.7 Die SPI  
brächte vollen  
Leistungsausbau  
- auch zahnärztliche  
Behandlung

---

Siehe hierzu Seiten 42/43

1.8 Wenn heute  
schon 92% (und  
morgen: 98%)  
der Bevölkerung  
in einer Krankenkasse  
versichert sind:  
weshalb sollen  
da nicht gleich  
alle 100% versichert  
werden?

---

- Wie die Statistik belegt, entspricht ein Obligatorium keiner Notwendigkeit: 92% der Bevölkerung sind sozial in KrK versichert; 3% der Bevölkerung sind privat in KrK versichert und 3% der Bevölkerung werden voraussichtlich über die Uebergangsregelungen für Betagte nach Inkrafttreten des neuen KUVG einer Krankenkasse neu beitreten.

Total würden also danach rund 98% der Bevölkerung auch ohne Bundeszwang versichert sein. Von den restlichen zwei vom Hundert ist der eine materiell so gestellt, dass er sich nicht versichern müsste (oder dies zumindest glaubt). Es bleibt der eine vom Hundert, von dem schon früher gesprochen wurde: um dieses Zeitgenossen willen soll aber nicht ein Bundesobligatorium mit Bürokratie, Zwang und Kontrolle den Solidaritätscharakter unserer Krankenkassen zerstören und sie zu Vollzugsorganen einer Zwangsversicherungsanstalt umwandeln.

- Ein Zwangsmitglied ist nicht dasselbe wie ein Mitglied, das aus Einsicht und Verantwortungsgefühl einer Gemeinschaft beiträgt. Selbst unsere Gewerkschaften waren bisher gegen das "closed shop"-System, d.h. gegen die Zwangsorganisation nicht organisationswilliger Arbeitnehmer: so, wie diese sich ja wahrscheinlich nicht durch besondere Kollegialität auszeichnen, zeichnen sich Zwangsversicherte auch nicht durch besonderes Engagement am Geschick ihrer Krankenkasse und deren Gedeihen aus.
  
- Wer frei sich entscheidet, handelt aus individueller Selbstverantwortung, wer gezwungen wird, wird "befürsorgt" !

- Beitrittszwang erzeugt "Leistungsberechtigte", die sich nicht mehr verantwortlich fühlen und die um so eher Leistungen beanspruchen, je stärker sie zum Beitritt zu einer Kasse gezwungen werden mussten. Die "surconsommation médicale" erfährt dadurch einen weiteren, gesundheitspolitisch bedenklichen Auftrieb.
  
- Schliesslich kann die Frage zurückgegeben werden: Wenn unter dem freiwilligen System heute schon 92% und morgen 98% krankenkassenversichert sein werden, wieso dann wegen der verbliebenen (allmählich wegfallenden) 2% noch Zwang ausüben ?!

27. Juni 1974

**Geltende Verfassungsartikel**

*Artikel 34bis*

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

<sup>2</sup> Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären.

*Artikel 34quinquies, Abs. 4*

<sup>4</sup> Der 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.

**Krankenversicherungsinitiative**

Artikel 34bis und Artikel 34quinquies, Abs. 4 der Bundesverfassung sind durch folgende Bestimmungen zu ersetzen:

*Artikel 34bis (neu)*

<sup>1</sup> Der Bund richtet auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Mutterschaftsversicherung sowie die Unfallversicherung ein. Er berücksichtigt die bestehenden Krankenkassen.

<sup>2</sup> Die Krankenpflegeversicherung einschliesslich Zahnbehandlungskosten 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.

<sup>3</sup> Die Erwerbsersatzversicherung ist mindestens für die in Absatz 2 erwähnten Fälle obligatorisch. Sie ist so zu ordnen, dass das Krankengeld wenigstens 80 Prozent des vorher bezogenen Einkommens, für Nichterwerbstätige mindestens den Taggeldern der Invalidenversicherung entspricht. Die Grenze des versicherbaren Höchsteinkommens wird durch das Gesetz festgelegt.

<sup>4</sup> Die Unfallversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund kann das Obligatorium auf weitere Kreise der Bevölkerung ausdehnen.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Der Bund und die Versicherungsträger fördern alle Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen.

<sup>7</sup> Der Bund führt die Koordination mit den übrigen Zweigen der Sozialversicherung herbei.

<sup>8</sup> Alles übrige regelt die Gesetzgebung.

**Gegenvorschlag der eidgenössischen Räte**

*Artikel 34bis (neu)*

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Die Krankengeldversicherung 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.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> 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.

*Artikel 34quinquies, Abs. 4 BV wird aufgehoben.*

Leitgedanken zum Vorschlag der Allianz

Aufgabe der Neuordnung

- die Krankenversicherung in Stand zu setzen, den heutigen Anforderungen sachlich und finanziell gerecht zu werden
- die hohe Qualität der ärztlichen und jene der Spitäler für die ganze Bevölkerung weiterhin zu gewährleisten
- und der Kostenexplosion im Gesundheitswesen wirksam zu begegnen

Zweckmässiger Weg

- Erhaltung der Einheitlichkeit der Krankenversicherung, - also Vermeiden jeglicher Aufspaltung, etwa in einen zentralisierten Apparat zur Deckung des Grossrisikos und eine dezentralisierte freiwillige "Restversicherung"
- Zuführung zusätzlicher Mittel kraft eines Beitragsobligatoriums aufgebracht Mittel für die einheitliche Krankenversicherung, also Verzicht auf bundesrechtliches Beitritts-Obligatorium

Bei der heutigen Versicherungsdichte von über 90 Prozent besteht keine zwingende Notwendigkeit für ein bundesrechtliches Beitrittsobligatorium. Es bleibt in der Kompetenz der Kantone, von ihnen als notwendig erachtete Beitrittsobligatorien zu dekretieren. Andererseits kann die Krankenversicherung, soll sie ihre Aufgabe weiterhin erfüllen, auf zusätzliche Mittel nicht verzichten. Diese können nach dem gegenwärtigen Stand der Dinge nur durch eine Erweiterung der Solidarität aufgebracht werden. Bisher bestand lediglich eine Solidarität "gesunder Versicherter" mit "kranken Versicherten". Diese Erweiterung führt zu erwerbsproportionalen Beiträgen der Allgemeinheit sowie zu Sondersteuern auf gesundheitsschädigenden Gütern.

Konzept

- Die aus dem Beitragsobligatorium fliessenden zusätzlichen Mittel haben in einem ausgewogenen Verhältnis zu stehen zu den Individualprämien sowie den Bundesbeiträgen, die ihrerseits einen Fünftel des Gesamtaufwandes nicht übersteigen sollten.

- Die Gesetzgebung wird zu gewährleisten haben, dass diese zusätzlichen Mittel in einer Art und Weise geleitet werden, welche das zentralisierte und derart einen hohen Grad von Kontrolle garantierende System unserer Krankenversicherung nicht zerstört. Indem sie über das bewährte System der Krankenkassen fliessen, wird eine zentralistische KV-Anstalt des Bundes vermieden.
- Es wird Sache der Ausführungsgesetzgebung sein, festzulegen, in welchem Umfang, wofür und wie jedermann der aus dem Beitragsobligatorium fliessenden zusätzlichen Mittel teilhaftig werden soll.
- Die aus dem Beitragsobligatorium fliessenden zusätzlichen Mittel werden als ergänzender allgemeiner Beitrag verstanden, der nicht an die Stelle risikogerechter Individualprämien tritt und seine Begrenzung auch in der Belastbarkeit der Arbeitnehmer und Arbeitgeber, also der schweizerischen Wirtschaft, findet.
- Es wäre wünschenswert, die Proportionen der verschiedenen Beiträge in der Verfassung zu verankern. Eine übereinstimmende Formel für diese Proportionen liegt seitens der Allianz nicht vor, - dies ist letztlich ein politischer Entscheid.

Nach Auffassung der Krankenkassen-Vertreter sind folgende Proportionen (gemessen am Gesamtaufwand) erforderlich:

Individualprämie 30 Prozent, aus dem Beitragsobligatorium fliessende Mittel 50 Prozent, Bundesbeitrag 20 Prozent.

Die Vertreter der Aerzteschaft erachten folgende Prozentsätze als angemessen:

Individualprämie 40 bis 50 Prozent, aus dem Beitragsobligatorium fliessende Mittel 30 bis 40 Prozent, Bundesbeitrag 20 Prozent.

### Charakterisierung

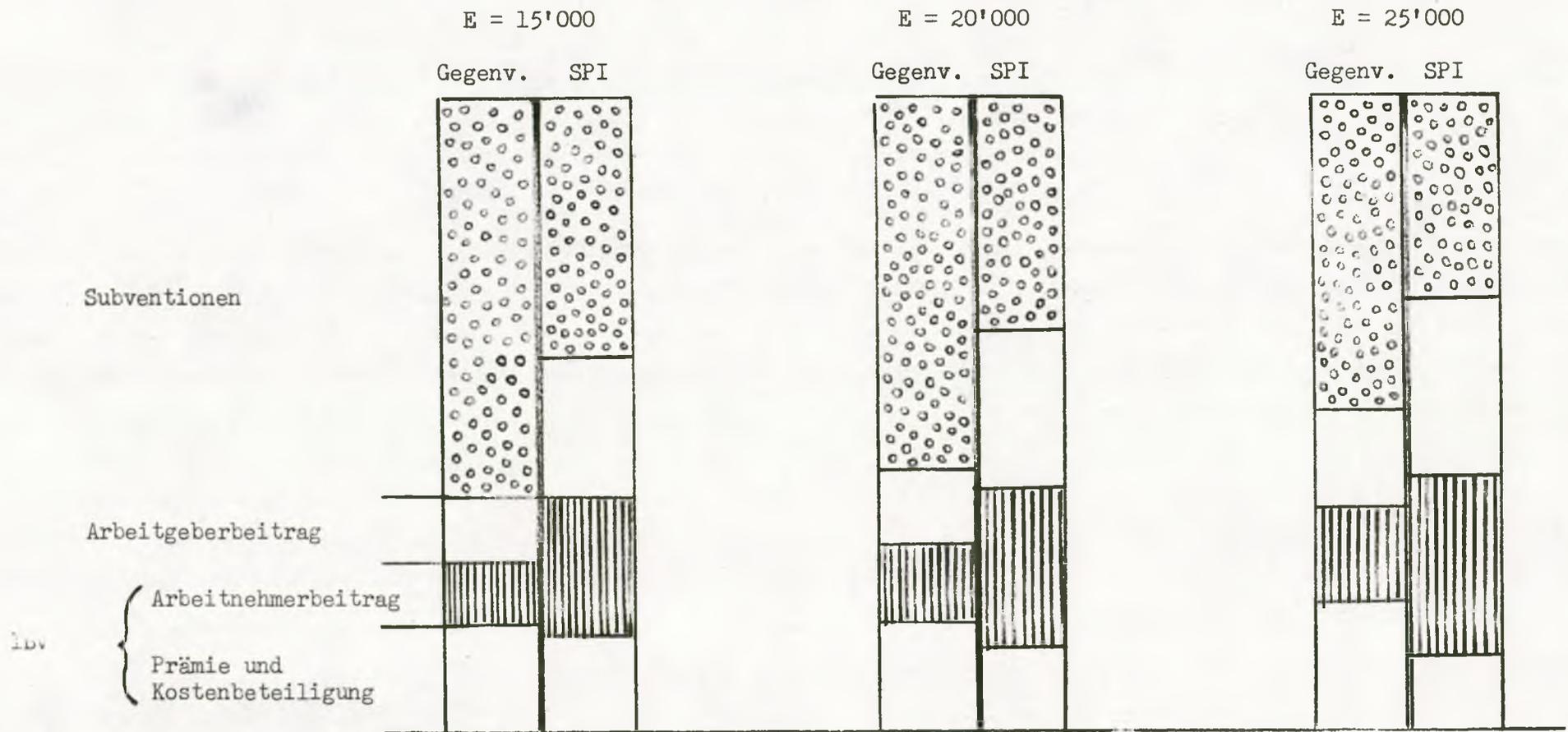
Im Unterschied zum Gegenvorschlag des Bundesrates wird nicht auf den Grossrisikogedanken abgestellt. Das "Grossrisiko" lässt sich schwerlich definieren. Wie immer die Formulierung gewählt würde, erwächst aus dem Grossrisikogedanken eine gesundheitliche Bedenkenlosigkeit: Das "kostenlos Kostspielige" erzeugt zwangsläufig den Trend zur Kostenproliferation.

In Uebereinstimmung mit den Ueberlegungen des Bundesrates wird darauf abgestellt, die kosten- und umtriebsmässig erheblich ins Gewicht fallende Beanspruchung von versicherten Leistungen wegen Kleinfällen einzudämmen.

Es wird daher abgestellt auf eine künftige Versicherungsstruktur, die der individuellen und sozialen Leistungsfähigkeit zur Vorsorge ebenso wie dem individuellen Bedürfnis im Notfall Rechnung trägt. Die Allianz erachtet die Wahlfreiheit als richtig, sich mit unterschiedlichen Individualprämien für einen entsprechend abgestuften Beginn der Krankenkassenleistung zu versichern. Pro (erwachsenen) Versicherten und Jahr hätte die Leistung der Krankenkasse bei zum Beispiel Fr. 100.- bzw. Fr. 200.- oder Fr. 400.- einzusetzen, wobei Bund und Kantone zu sorgen haben, dass sich die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen zu tragbaren Bedingungen versichern können.

Die Allianz stimmt darin überein, dass auf dem Gebiete des Arztrechtes der "status quo" erhalten bleiben soll, ebenso der geltende Tarifschutz für die Versicherten.

Finanzierungsmodell für eine Familie mit 2 Kindern



IBV = individueller Beitrag

# BEGRIFFSBESCHREIBUNGEN ZUR NEUORDNUNG DER KRANKENVERSICHERUNG

---

## Allianz

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

## Oberbegriffe

## Ambulante Behandlung

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

## Behandlungs- formen

## Ambulatorium

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

## Krankenhaus Spitäler

## 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.

## Recht

### Eigenleistung

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

Finanzierung  
Versicherungswesen

### Finanzierungsobligatorium

s. Beitragsobligatorium

Finanzierung

### FMH Foederatio Medicorum Helveticorum

s. "Verbindung der Schweizer Aerzte"

### Verbindung der Schweizer Aerzte

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

### Franchise

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

Finanzierung  
Versicherungswesen

### 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 selbstständig sind, untereinander im freien Wettbewerb stehen und ihnen keine Leistungslimiten auferlegt werden.

Gesundheits-  
schutz

### Gesundheitsschäden durch Nikotin bzw. Raucherwaren

Chronische Bronchitis, Lungenkrebs, Kreislaufstörungen, Gefässerkrankungen, Herzinfarkt.

- Von 90 starken Rauchern, die zur Zeit 35 Jahre alt sind, sterben innerhalb 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. auf 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.

Morbidität  
Nikotin

### Gesundheitsschäden durch Treibstoffe

Vor allem durch gesundheitsgefährdende Immissionen des Automobilverkehrs. Bei der Verbrennung von Benzin und Dieselöl entstehen: das giftige Kohlenmonoxyd; im weiteren Sinne, 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.

Morbidität  
Benzin

## Kleinfälle

s. Bagatellfälle

Versicherungswesen

## Kostenexplosion

Ueberproportionale Zunahme der Kosten im Gesundheitssektor im Vergleich zu den Lebenshaltungskosten. 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.

Kosten  
Entwicklungstendenzen

## Krankengeldversicherung

Lohn- und Verdienstausfallversicherung im Krankheitsfalle.

Krankenversicherung

## Krankenkassen (anerkannte)

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

Versicherungswesen

## Krankenpflegeversicherung

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.

Krankenversicherung

Nikotinbedingte Gesundheitsschäden

"Gesundheitsschäden durch Nikotin"

Morbidität

Obligatorium

Gesetzliche Verpflichtung für bestimmte Bevölkerungsgruppen oder die gesamte Bevölkerung, sich bei einer Krankenkasse gegen bestimmte Risiken zu versichern.

Krankenversicherung

Praxis

Räumlichkeiten und Einrichtungen zur ärztlichen bzw. zahnärztlichen Behandlung im Besitze des frei erwerbenden Arztes oder Zahnarztes.

Institutionen

Privatassekuranz

Privatrechtliche Versicherungsgesellschaften, meist in der Rechtsform von gewinnorientierten Aktiengesellschaften, seltener von Genossenschaften, organisiert. Sie beanspruchen keine Beiträge der öffentlichen Hand.

Versicherungs-

Restaurative Zahnheilkunde

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

Behandlungsform der Zahnheilkunde

Rückversicherung

Weitergabe eines Teils der versicherten Risiken an einen Rückversicherer zwecks breiterer Risikoverteilung.

Versicherungswesen

Schweizerische Zahnärztesgesellschaft

Standesorganisation der Zahnärzteschaft.  
Präsident: Dr. med. dent. Claude Schreyer, 23, av. César-Roux, Lausanne  
Sekretariat: Hirschengraben 11, Bern  
2<sup>1</sup>600 Mitglieder.

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)

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).

Tätigkeiten

Zahnärztliche Prophylaxe

Einfache, jedermann zugängliche, billige Massnahmen der Ernährung, der Mundhygiene 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 anschliessend der Patienten selbst.

Gesundheitsfürsorge

Vorsorgemassnahmen

Zahnpflegeversicherung (Versicherung der Zahnpflegekosten)

Derzeit: freiwillige Versicherung mit Individualprämien, freier Rechnungsstellung des Zahnarztes und Rückvergütung nach Versicherungsbedingungen.  
Inskünftig: Pflichtleistungen der Krankenpflegeversicherung für Jahresuntersuchung und rein medizinische Leistungen mit dazugehörigen Medikamenten und Röntgenbildern.

Versicherungswesen  
Zahnheilkunde