

Zeitschrift: Gewerkschaftliche Rundschau : Vierteljahresschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes
Herausgeber: Schweizerischer Gewerkschaftsbund
Band: 56 (1964)
Heft: 7-8

Artikel: Die revidierte Krankenversicherung
Autor: Bernasconi, Giacomo
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-354137>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 18.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Die revidierte Krankenversicherung

Am 17. Juni ist die Referendumsfrist für das von den eidgenössischen Räten in ihrer Frühjahrssession verabschiedete Revisionsgesetz zum Ersten Titel des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) vom 13. Juni 1911 abgelaufen. Dieser Erste Titel des KUVG regelt die soziale *Krankenversicherung*. Sowohl die Verbände der Krankenkassen wie auch die Schweizerische Aerztekammer haben beschlossen, das Referendum gegen das Gesetz *nicht* zu ergreifen. Von irgendwelcher anderer Seite war mit einem solchen ohnehin nicht zu rechnen. Das Revisionsgesetz hat deshalb diese letzte Hürde unangefochten passiert und wird als Ganzes am 1. Januar 1965 in Kraft treten. Die Artikel 33 (Ordnungsmaßnahmen) und 35 bis 38 (Bundesbeiträge) werden rückwirkend auf den 1. Januar 1964 in Kraft gesetzt.

Ein langer Leidensweg

Damit kommt ein langer Leidensweg der Revision des Bundesgesetzes über die Regelung der sozialen Krankenversicherung zum Abschluß. Im Jahre 1948 wurde durch die dafür eingesetzte Expertenkommission eine *Totalrevision* des Teils Krankenversicherung des KUVG an die Hand genommen. Ihre Arbeiten wurden im Jahre 1954, also vor nunmehr zehn Jahren, mit der Vorlage eines umfangreichen Berichtes und eines Vorentwurfes zu einem Bundesgesetz über die Kranken- und Mutterschaftsversicherung abgeschlossen. Im Vernehmlassungsverfahren schieden sich die Geister vor allem an dem im Vorentwurf enthaltenen, auf Minderbemittelte beschränkten Obligatorium der Mutterschaftsversicherung und am sogenannten Arztrecht so sehr, daß die verantwortlichen Behörden die Revisionsvorlage in den Schubladen des Bundeshauses verstauen ließen, bis Bundesrat *H. P. Tschudi* bald nach seinem Amtsantritt im Jahre 1960 die Initiative zu einer stark reduzierten *Teilrevision* ergriff, bei der die beiden «heißen Eisen» liegengelassen werden sollten.

Der Verzicht hat zunächst nicht viel genützt. In der parlamentarischen Behandlung der amputierten Vorlage gelang es den Ärzten, den Ständerat zu einer Rückweisung der Vorlage, der die ärztliche Standesorganisation als Kompromiß zugestimmt hatte, an den Bundesrat zu bewegen, mit dem Auftrag, eine tragbare Regelung des Arztrechtes in die Revision einzuschließen. In der Folge schien es, als sei ein neuer Kompromiß auch für diesen Punkt gefunden, bis die Aerzte ein weiteres Mal aus der Verständigungsfront ausbrachen und eine einseitig ihren Begehren Rechnung tragende Regelung des Arztrechtes forderten.

Materielle Verbesserungen

Der materielle Inhalt der Revisionsvorlage war eigentlich von Anfang an unbestritten, und es ist um so mehr zu bedauern, daß seine Inkraftsetzung durch den Streit um formelle Revisionspostulate so lange verschleppt wurde. In der Hauptsache handelt es sich um folgende Neuerungen:

Die Versicherungsleistungen

In der *Taggeldversicherung* wird das Mindesttaggeld von 1 Fr. auf 2 Fr. erhöht, und alle Taggeldkassen sind künftig auch den erwerbstätigen Frauen zu öffnen. Die Mindestleistungsdauer ist von bisher 180 innerhalb 360 Tagen auf 720 innerhalb 900 Tagen erweitert worden.

Die bisher freiwillige *Tuberkuloseversicherung* wird nunmehr zur gesetzlichen Pflichtleistung.

In der *Krankenpflegeversicherung* werden neben Arzt und Arznei bei der ambulanten Behandlung wissenschaftlich anerkannte Heilanzeigen, Analysen und die viel umstrittene chiropraktische Behandlung, bei der Heilanstaltsbehandlung dazu noch ein täglicher Pflegebeitrag, bei ärztlich verordneten Badekuren ein täglicher Kurbeitrag zu neuen Pflichtleistungen erklärt. Bei ambulanter Behandlung sind die Leistungen der Krankenversicherung künftig zeitlich unbeschränkt zu gewähren, während die Krankenkassen bisher nur auf eine Leistung während 180 innerhalb 360 Tagen verpflichtet waren. Beim Aufenthalt in einer Heilanstalt wird die bisher gleich lange Pflichtleistung (180 innerhalb 360 Tagen) auf 720 innerhalb 900 Tagen erweitert. Bezügern von Leistungen der eidgenössischen Invalidenversicherung dürfen keine Leistungen auf die Bezugsdauer angerechnet werden. Dazu kommt noch die wichtige Bestimmung, daß Invalide nicht ungünstiger behandelt werden dürfen als andere Versicherte.

Erheblich ausgebaut werden auch die bisher als Wochenbettleistungen bezeichneten *Leistungen bei Mutterschaft*. In der Krankenpflegeversicherung werden (auch neben evtl. Arztkosten) die Hebammenkosten übernommen, durch den Bundesrat festzusetzende Beiträge an eine allfällige Entbindungstaxe im Spital, an die Kosten der Pflege des Kindes, solange es sich mit der Mutter in der Heilanstalt aufhält, oder an die Kosten der Pflege und Behandlung des Kindes geleistet, solange es innerhalb von zehn Wochen nach der Geburt der Behandlung in der Heilanstalt bedarf. Im weiteren haben die Kassen höchstens vier Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und eine Kontrolluntersuchung innerhalb von zehn Wochen nach der Niederkunft zu übernehmen.

Die Bundesbeiträge

In der *Krankenpflegeversicherung* werden die bisherigen festen Kopfbeiträge durch prozentuale ersetzt und betragen 10 Prozent für Männer, 35 Prozent für Frauen und 30 Prozent für Kinder auf Grund des Landesdurchschnitts der Krankenpflegekosten des Vorjahres.

In der *Krankengeldversicherung* wird der bisherige Kopfbeitrag von Fr. 3.50 pro Versicherten auf 2 Fr. reduziert, aber *allen* Kassen gewährt, auch wenn der Versicherte in zwei oder mehr Kassen für ein Teilkrankengeld versichert ist.

An die *Mutterschaftsleistungen* gewährt der Bund einen Beitrag von 40 Prozent der durchschnittlichen Pflegekosten des Vorjahres und in der Krankengeldversicherung einen Beitrag von 50 Fr. je Wochenbett. Das Stillgeld wird von bisher 20 Fr. auf 50 Fr. erhöht.

Bei *Erkrankungen an Tuberkulose* werden die bisherigen Subventionen an die Tuberkuloseversicherung beibehalten, das heißt daß der Bund den Kassen in der Krankenpflegeversicherung 40 Prozent ihrer Aufwendungen ersetzt.

Für besondere *Pflegeleistungen* an Invalide deckt der Bund 75 Prozent der Kassenaufwendungen.

In Berggebieten richtet er den Kassen in der Krankenpflegeversicherung einen jährlichen *Bergzuschlag* je Versicherten aus, der bis zu einem Drittel der durchschnittlichen Pflegekosten gehen kann. An die *Wartegelder* für Aerzte in Berggebieten leistet der Bund ein Viertel unter der Voraussetzung, daß die Kantone ebenfalls einen Beitrag in mindestens gleicher Höhe leisten.

Kompromiß um das Arztrecht

Bis zuletzt drohten die Bestimmungen über das sogenannte Arztrecht, das heißt über die Regelung der Beziehungen zwischen Aerzten und Krankenkassen, zum «Schicksalsartikel» des neuen Gesetzes zu werden. Schließlich ist auch hierfür ein Kompromiß zustande gekommen, der zwar weder die Aerzte noch die Krankenkassen voll zu befriedigen vermag, den nun aber beide «faute de mieux» in Kauf zu nehmen gewillt sind. Ob es ein guter Kompromiß sein wird, wird erst die Erfahrung zeigen.

Die Aerzte beriefen sich stets auf das sicher notwendige gute Verhältnis zwischen Arzt und Patient, das durch die unnötige Einmischung dritter – lies in diesem Falle der Krankenkassen – gestört werde. Ihr Verhältnis zu den Krankenkassen wollten sie ausschließlich durch die beidseitig ausgehandelten Verträge, aber nicht durch gesetzliche Bestimmungen geregelt wissen. Dabei war die Schwierigkeit, auch für den allfällig vertragslosen Zustand die Behandlung der Krankenpatienten nach tragbaren Tarifen sicherzustellen.

Die Krankenkassen ihrerseits wehrten sich gegen die nach ihren Auffassungen unsoziale Einteilung ihrer Mitglieder in Einkommensklassen mit unterschiedlichen Prämien und Arzttarifen und gegen das Verlangen der Aerzte, ihren Patienten (und nicht den Krankenkassen) direkt Rechnung stellen zu können und die Kassen dadurch zu bloßen Rückvergütungsinstrumenten zu machen.

In bezug auf die Klasseneinteilung haben die Aerzte ihre Begehren weitgehend durchsetzen können.

Während die Beiträge der Kassen bisher einzig nach dem Eintrittsalter bemessen wurden, dürfen sie künftig nach Eintrittsalter, Geschlecht und nach örtlich bedingten Kostenunterschieden abgestuft werden. Dabei dürfen allerdings die Frauenprämien der einzelnen Kassen nur bis zu 10 Prozent (bisher bis zu 25 Prozent) höher angesetzt werden als die Männerprämien. Den Ausgleich für die höheren Kosten der weiblichen Versicherten finden die Kassen wenigstens teilweise in den besonderen Bundesbeiträgen an die Krankenpflegeversicherung der Frauen. Richten sich die Vergütungen für ärztliche Leistungen nach den Einkommens- und Vermögensverhältnissen der Versicherten, so sind die Mitgliederbeiträge der Kassen auch nach diesem Kriterium abzustufen.

Die Taxen für ärztliche Leistungen werden grundsätzlich in Verträgen zwischen den Kassen und den Aerzten festgesetzt, wobei diese Taxen auf Versicherte in sehr guten wirtschaftlichen Verhältnissen keine Anwendung finden, falls nicht in den Verträgen selbst etwas anderes vereinbart ist. Für diese Versicherten setzen die Kantonsregierungen nach Anhörung von Kassen- und Aerztevertretern die Einkommens- und Vermögensgrenzen fest.

In den Verträgen können die Taxen der Aerzte nach den Einkommens- und Vermögensverhältnissen der Versicherten in *zwei* Gruppen oder bei Einschluß der Versicherten in *sehr* guten Verhältnissen in *drei* Gruppen abgestuft werden. Die Verträge bedürfen der Genehmigung der Kantonsregierungen, die zu prüfen haben, ob die vereinbarten Taxen und übrigen Vertragsbestimmungen mit Gesetz und Billigkeit im Einklang stehen.

Im vertragslosen Zustand richten sich die Taxen ein Jahr lang nach dem im Geltung stehenden kantonalen Rahmentarif, der erst nach Ablauf dieses vertragslosen Jahres geändert werden darf. Desgleichen gilt eine vorher vertraglich vereinbarte Klasseneinteilung während dieses Jahres unverändert weiter. In Notfällen kann die Kantonsregierung für befristete Zeit Maßnahmen treffen, um die tarifgemäße Behandlung der wenig bemittelten Versicherten zu garantieren.

Grundsätzlich wird nunmehr der Versicherte Honorarschuldner gegenüber dem Arzt, sofern durch Vertrag nichts anderes vereinbart wird. Die Kasse wird zum «tiers garant», das heißt sie hat dem Versicherten die statutarischen Leistungen auszurichten und nicht mehr

die Arzt-, Apotheker- und Spitalrechnungen direkt zu bezahlen; die Bezahlung dieser Rechnungen obliegt dem Versicherten, dem persönlich Rechnung gestellt wird.

Die finanziellen Konsequenzen

Bisher wurde die Krankenversicherung durch den Bund jährlich mit gegen 62 Mio Fr. subventioniert. Die Vorschläge des Bundesrates hätten Aufwendungen des Bundes von rund 90 Mio Fr. erfordert. Das nun zustande gekommene Gesetz wird die Subventionen des Bundes auf mehr als das Doppelte des bisherigen Betrages, nämlich auf rund 127 Mio Fr. heben, wovon rund 95 Mio Fr. gegenüber bisher 48 Mio auf die Krankenpflegebeiträge entfallen. Dabei darf nicht übersehen werden, daß die Aufwendungen des Bundes künftig mit einer weiteren Zunahme der Krankenpflegekosten automatisch steigen werden, weil die Kopfbeiträge je Versicherten nunmehr nicht mehr in festen, sondern in prozentualen Beiträgen, gemessen an den mittleren Krankenpflegekosten je Fall, ausgerichtet werden.

Bewährungsprobe noch zu bestehen

Ohne Zweifel bringt das neue Gesetz in den erweiterten Pflichtleistungen und erhöhten Bundesbeiträgen einen wesentlichen sozialen Fortschritt. Dabei ist allerdings zu beachten, daß ein Teil der neuen Pflichtleistungen durch die meisten Kassen schon bisher auf Grund statutarischer Bestimmungen gewährt wurden. Wie sich das reichlich kompliziert geregelte Verhältnis zwischen Krankenkassen und Aerzten auf Grund des neuen Arztrechtes gestalten wird, muß indessen erst die Erfahrung in der Zukunft erweisen. Der beidseitig erbittert geführte, jahrelange Kampf und das wiederholte Ausscheren der Aerzte aus beidseitig erarbeiteten und vereinbarten Lösungen ist leider kein sehr gutes Omen.

Giacomo Bernasconi