

Zeitschrift: Der Armenpfleger : Monatsschrift für Armenpflege und Jugendfürsorge
enthaltend die Entscheide aus dem Gebiete des Fürsorge- und
Sozialversicherungswesens

Herausgeber: Schweizerische Armenpfleger-Konferenz

Band: 59 (1962)

Heft: 2

Artikel: Probleme der sozialen Krankenversicherung und die Armenpflege
[Fortsetzung und Schluss]

Autor: Stebler, Otto

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-836605>

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: 04.12.2024

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

Der Armenpfleger

Beilage zum
«Schweizerischen Zentralblatt
für Staats-
und Gemeindeverwaltung»

Monatsschrift für Armenpflege und Jugendfürsorge
Offizielles Organ der Schweizerischen Armenpfleger-Konferenz
Mit Beilage: Eidgenössische und kantonale Entscheide
Redaktion: Dr. A. Zihlmann, Allg. Armenpflege,
Leonhardsgraben 40, Basel
Verlag und Expedition: Art. Institut Orell Füssli AG, Zürich
«Der Armenpfleger» erscheint monatlich
Jährlicher Abonnementspreis Fr. 13.-
Der Nachdruck unserer Originalartikel ist nur unter Quellen-
angabe gestattet

59. Jahrgang
Nr. 2 1. Februar 1962

Probleme der sozialen Krankenversicherung und die Armenpflege

Von Dr. *Otto Stebler*, Kantonaler Armensekretär, Solothurn (Fortsetzung und Schluß)

Wie wir bereits schon dargelegt haben, müssen die Armenpflegen vielfach Heilungskosten übernehmen, weil diesen Bedürftigen die Krankenversicherung verwehrt ist. Sie können auf Grund der Statutenbestimmungen nicht in die freiwillige soziale Krankenversicherung aufgenommen werden. Der neue Gesetzesentwurf sieht nun auch *Erleichterungen der Aufnahme in die Krankenversicherung* vor. Die unbefriedigende gegenwärtige Rechtslage im KUVG soll durch Einführung einer einheitlichen Regelung behoben werden. Die Gesetzesvorlage sieht vor, daß inskünftig die Aufnahme aus gesundheitlichen Gründen oder wegen Schwangerschaft nicht abgelehnt werden darf. Die Kassen können jedoch Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen oder solche, die vorher bestanden haben und zu Rückfällen führen können, von der Versicherung ausschließen. Der Ausschluß fällt aber spätestens nach fünf Jahren dahin. Den Invaliden ist dadurch der Beitritt zu einer Krankenversicherung gewährleistet; sie gelangen spätestens nach fünf Jahren in den vollen Genuß der Krankenkassenleistungen.

Eine weitere Verbesserung der Leistungen der Krankenkassen muß auch darin erblickt werden, daß die *Freizügigkeit* im Gesetzesentwurf wesentlich verbessert wurde. Unter Freizügigkeit in der Krankenversicherung versteht man das Recht eines Kassenmitgliedes zum Übertritt in eine andere Krankenkasse, sofern gewisse, im Gesetz umschriebene Freizügigkeitsgründe gegeben sind. Der Anspruch auf Freizügigkeit wird wirksam, wenn das Mitglied wegen Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet der Kasse oder wegen Berufs- oder Anstellungsänderung aus seiner Kasse statutengemäß austreten muß, ebenfalls wenn sich die Kasse auflöst oder die Eigenschaft als anerkannte Krankenkasse verliert. Der Anspruch des Zügers besteht gegenüber jeder Kasse, deren allgemeine Aufnahmebedingungen er erfüllt und in

Ermangelung einer solchen gegenüber jeder andern Kasse seines Wohnortes. Nach dem neuen Gesetzesentwurf ist die übernehmende Krankenkasse verpflichtet, den Zuzüger im Rahmen der von ihr gewährten Leistungen in dem Umfange zu versichern, in welchem er vorher versichert war. Es wird damit wohl der größte Mangel behoben werden, der darin besteht, daß die Kassen die Zuzüger nur zu den gesetzlichen Mindestleistungen zu versichern verpflichtet sind. Diese Herabsetzung auf die gesetzlichen Mindestleistungen bedeutet vor allem für die alten und kranken Zuzüger praktisch den Verlust eines wirksamen Versicherungsschutzes.

Diese verschiedenen Neuerungsbestrebungen und Leistungsverbesserungen im Krankenversicherungsschutz sind sicher schon recht beachtlich und können dazu führen, daß doch dieser und jener Unterstützungsfall behoben bzw. vermieden werden kann. Sie sind daher seitens der Armenpflegen sehr zu begrüßen.

5. Die Finanzierung der Krankenkassen

Bereits wurde schon dargelegt, daß vor allem die finanziellen Verhältnisse vieler Krankenkassen sehr im Argen liegen. Die Erhöhungen der Arzt- und Spitaltarife, die Verteuerung der Medikamente, die stark steigenden Schadenziffern drängten die Kassen in den letzten Jahren immer mehr in eine defizitäre Finanzlage, in der sie sich nur durch massive Prämienerhöhungen und durch erhöhte Bundes-subventionen über Wasser halten konnten. Der vorgesehene Ausbau der Leistungen der Krankenkassen wird selbstverständlich noch in weiterem Maße die Lage der Kassen verschlechtern, weshalb selbstverständlich auch ein Ausbau der Einnahmen der Kassen in die Wege geleitet werden mußte. Als Finanzierungsquellen stehen den Kassen die Leistungen der Versicherten, die Beiträge des Bundes sowie allenfalls solche der Kantone, Gemeinden oder Arbeitgebern und die übrigen Einnahmen (Zinsen usw.) zur Verfügung. Betrachten wir die derzeitigen Leistungen, dann können wir feststellen, daß rund vier Fünftel der Einnahmen der Kassen von den Versicherten mit Prämien, Selbstbehalten usw. aufgebracht werden, während die Bundesbeiträge als zweitgrößter Posten noch rund ein Zehntel der Einnahmen ausmachen. So betragen die Einnahmen im Jahre 1959:

436,615 Millionen Franken	Leistungen der Versicherten	oder 80,3%
46,557 Millionen Franken	Bundesbeiträge	oder 8,5%
25,432 Millionen Franken	Beiträge von Kantonen und Gemeinden	oder 4,7%
11,936 Millionen Franken	Beiträge von Arbeitgebern	oder 2,2%
23,286 Millionen Franken	Übrige Einnahmen (Zinsen usw.) . .	oder 4,3%
<u>543,826 Millionen Franken</u>	Einnahmen	

Der vorgesehene Ausbau der Sozialleistungen der Krankenkassen hat eine Erhöhung der Versicherungskosten zur Folge. Das unter dem geltenden Recht angewendete Umlageverfahren mit einem Schwankungsfonds hat sich bisher bewährt und hat vor allem den besonderen Verhältnissen in der sozialen Krankenversicherung am besten Rechnung getragen. Diese bewährte Finanzierungsmethode soll beibehalten werden, sie wird auch am besten imstande sein, die nun schon seit Jahren beobachteten Kostensteigerungen, die hauptsächlich auf die Teuerung (steigende Arzt- und Spitaltarife) und die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft (neue kostspielige Medikamente) und Behandlungsmethoden zurückzuführen sind, zu begegnen. Es sollen aber auch die Kassen in verstärktem Maße dazu angehalten werden, Reserven zu bilden, um allen Eventualitäten gerecht werden zu können. Da die wichtigsten Kostenfaktoren der Krankenpflegeversi-

cherung nicht zuverlässig vorausgeschätzt werden können, müssen die Krankenkassen die Mitgliederbeiträge ohnehin laufend überprüfen und anpassen, was sich beim Umlageverfahren leicht durchführen läßt. Zu den Aufwendungen des Versicherten gehören die Mitgliederbeiträge oder Prämien, die Selbstbehalte und die Krankenscheingebühren. Bei der Festsetzung der *Mitgliederbeiträge* haben die Kassen den Grundsatz der Gegenseitigkeit (Art. 3 Abs. 3 KUVG) zu beachten. Dieser Grundsatz verlangt unter anderem, daß für gleiche Versicherungsleistungen unter den gleichen Bedingungen gleiche Mitgliederbeiträge zu erheben sind. Die Mitgliederbeiträge sind gemäß dem Gesetzesentwurf für die Krankenpflege- und Krankengeldversicherung getrennt festzusetzen und so zu bemessen, daß sich beide Versicherungszweige selber erhalten und die nötigen Reserven gebildet werden können. Die Neuregelung sieht vor, daß die Beiträge bzw. Prämien nach Eintrittsalter, Geschlecht und nach örtlichen Verhältnissen abgestuft werden können; die Beiträge für Frauen dürfen jedoch diejenigen für Männer um höchstens 25% übersteigen. Weiter darf der *Selbstbehalt* nach geltender Ordnung im Durchschnitt nicht weniger als ein Zehntel und im Einzelfall nicht mehr als ein Viertel betragen. Da die Auffassungen über den Zweck und die Bedeutung der Selbstbehalte weit auseinandergehen, ist eine Mittellösung vorgesehen. Es soll der Selbstbehalt nicht im Einzelfall, sondern im Durchschnitt nicht mehr als ein Viertel, aber auch nicht weniger als ein Zehntel des Gesamtbetrages derjenigen Krankenpflegekosten ausmachen, auf denen die Kasse einen Selbstbehalt erheben muß. Kein Selbstbehalt darf dem Versicherten bei Spitalbehandlung, bei den Mutterschaftsleistungen, auf den Beiträgen an Badekuren und, wie bisher, in der Tuberkuloseversicherung auferlegt werden. Die Möglichkeit zur Erhebung von Krankenscheingebühren soll beibehalten werden, wobei das Nähere durch Verordnung zu regeln ist.

Ein Ausbau der *Bundesbeiträge* erweist sich als unbedingt notwendig. Die *Grundbeiträge* beziehen sich auf die Krankenpflege- und Krankengeldversicherung sowie auf die Leistungen bei Mutterschaft. Nach geltendem Recht sind sie pro Versicherten und Jahr, das heißt als Kopfbeiträge, frankenmäßig festgelegt. Dieses System hat zur Folge, daß die Beiträge bei steigender Kostenentwicklung laufend durch Gewährung von zusätzlichen Beiträgen durch befristete Bundesbeschlüsse ergänzt werden müssen. Der Gesetzesentwurf sieht nun eine Lösung vor, die eine immer wiederkehrende Gewährung von zusätzlichen Beiträgen in der *Krankenpflegeversicherung* beseitigt, indem die Kopfbeiträge nach einem bestimmten Prozentsatz der im Landesmittel errechneten durchschnittlichen Krankenpflegekosten des Vorjahres bemessen werden soll. Der für den Kopfbeitrag maßgebende Prozentsatz wird für Männer auf 10%, für Frauen auf 20% und für Kinder auf 30% festgelegt. Die auf diese Weise errechneten Kopfbeiträge werden denjenigen Kassen um Fr. 2.– gekürzt, welche die Arzneimittel nicht wenigstens im Umfang der vom Bundesrat aufgestellten Liste der pharmazeutischen Spezialitäten übernehmen. Dieses neue Subventionssystem ist zu begrüßen, zumal es so gestaltet ist, daß die neuen Beiträge höher ausfallen als die bisherigen. Die Beiträge für Krankenpflegeleistungen bei *Mutterschaft* sollen ebenfalls im Verhältnis zu den landesdurchschnittlichen Pflegekosten des Vorjahres festgesetzt werden. Nach dem Gesetzesentwurf beträgt der Beitrag je Wochenbett 40%. In der *Krankengeldversicherung* wird das bisherige Kopfbeitragsystem mit festem Frankenansatz beibehalten und es ist ein einheitlicher Ansatz von Fr. 2.– vorgesehen; als Wochenbettbeitrag soll Fr. 20.– ausgerichtet werden. Das Mindeststillgeld wird neu auf Fr. 50.– festgelegt und weiterhin vom Bund übernommen.

Das System der prozentualen Subventionierung der Kosten hat sich in der *Tuberkuloseversicherung* bewährt. Es soll deshalb unverändert beibehalten werden. Es werden somit wie bisher bei Erkrankung an Tuberkulose in der Krankenpflegeversicherung 40% und in der Krankengeldversicherung 36% der ausgerichteten Leistungen vom Bund übernommen.

Bezüglich der Beiträge für die Krankenpflege *Invalider* sollen die Leistungen an die IV-Rentner und die Minderjährigen, die nach einer Hospitalisierung von 360 aufeinanderfolgenden Tagen sich weiterhin ununterbrochen in einer Heilanstalt aufhalten müssen, vom Bund zur Hälfte übernommen werden. Auch der *Bergzuschlag* wird analog dem neuen Subventionssystem variabel sein und auf einen Viertel der im Landesmittel errechneten Krankenpflegekosten festgesetzt werden. Die Höhe des Bergzuschlages wird weiterhin für jede Kasse unter Berücksichtigung des Tätigkeitsgebietes einheitlich festgelegt.

Die Neugestaltung der Bundesbeiträge namentlich in der Krankenpflegeversicherung ist mit einer Erhöhung der Subventionsansätze verbunden. Die Belastung des Bundes wird demzufolge ansteigen. Die durch den Ausbau der Versicherungsleistungen bedingte Zunahme der Versicherungskosten wird aber mit erhöhten Bundesbeiträgen nicht kompensiert, so daß doch die Versicherten selber einen ansehnlichen Teil der Mehrkosten finanzieren müssen. Trotzdem ist der Ausbau des Versicherungswerkes im vorgezeigten beschränkten Rahmen als wesentlicher Fortschritt gegenüber dem heutigen Stand dieses Sozialwerkes anzusehen. Es hat sich gezeigt, daß der Leistungsausbau der Krankenversicherung sich für verschiedene Unterstützungsfälle, die sich in der Armenpflege ergeben, günstig auswirken wird. Es darf auch angenommen werden, daß Unterstützungsfälle auf Grund der Neuregelung des Versicherungsschutzes vermieden werden können, was vor allem zu begrüßen wäre. Die Verwirklichung dieser Gesetzesrevision im vorgezeigten Rahmen darf daher als Fortschritt angesehen werden, der sich zum Wohle weiter Bevölkerungskreise auswirken wird. Über kurz oder lang wird sich die Öffentlichkeit jedoch mit den vorläufig beiseite gestellten Problemen des Obligatoriums der Krankenversicherung und der Neuordnung des Verhältnisses zwischen Ärzten und Kassen befassen müssen.

Ausland

Swiss Benevolent Society, London. Der obgenannte schweizerische Hilfsverein in London unter dem Ehrenpräsidium des schweizerischen Botschafters legt alljährlich einen Rechenschaftsbericht ab.

Das Sekretariat, mit regelmäßigen Sprechstunden, besorgt Herr Jules Zimmermann, Conway Street 31, Fitzroy Square, London W. 1. Die Ausgaben pro 1960 belaufen sich auf 9653 englische Pfund. Bund und Kantone leisteten einen Beitrag von 6500 Schweizerfranken. Der Appell des Bundes an die Kantone, ihre Beiträge für die ausländischen Hilfsgesellschaften zu erhöhen, blieb mit einer Ausnahme unbeachtet. Die Haupteinnahmen des Hilfsvereins fließen aus den Kapitalanlagen, den Mitgliederbeiträgen und sonstigen Zuwendungen. Dem Verein stehen eine Reihe von Fonds zur Verfügung; er vermittelt auch die Auszahlung der eidgenössischen AHV-Renten. Der Verein ist Eigentümer des «Swiss Hostel for Girls», einer außerordentlich wertvollen Einrichtung. Das Hotel zählt 55 Betten und ist immer gut besetzt. Die Schweizerkolonie trifft sich dort oft im Foyer oder im Speisesaal.