

Zeitschrift: Zeitschrift für öffentliche Fürsorge : Monatsschrift für Sozialhilfe : Beiträge und Entscheide aus den Bereichen Fürsorge, Sozialversicherung, Jugendhilfe und Vormundschaft

Herausgeber: Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe

Band: 79 (1982)

Heft: 2

Artikel: Strukturen der schweizerischen Krankenhausversicherung

Autor: Brand, H.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-838671>

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: 05.05.2025

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

Strukturen der schweizerischen Krankenversicherung

I. Einleitung

Die soziale Krankenversicherung ist heute in den europäischen Ländern ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitswesens – oder anders gesagt – der sozialen Sicherheit. Fast überall und zur Hauptsache wird sie als bedeutender Zweig der Sozialversicherung geführt. Die Krankenversicherung kann, muss aber nicht unbedingt eine staatliche Einrichtung sein. Der Charakter der schweizerischen Krankenversicherung besteht vielmehr darin, dass sie von Bund und Kantonen gesetzlich geregelt wird und Beiträge von Dritten – sei es von Arbeitgebern oder der öffentlichen Hand – die Solidarität der Versicherten ergänzen. Die schweizerische Krankenversicherung darf als Beispiel einer *freiheitlich gestalteten Sozialversicherung* gelten.

Auf eidgenössischem Boden ist die soziale Krankenversicherung erst verhältnismässig spät gesetzlich geregelt worden. Die Entwicklung geht ins Jahr 1890 zurück, als die Stimmbürger den *Verfassungsartikel 34^{bis}* angenommen haben, der den Bund zur Gesetzgebung über die Kranken- und Unfallversicherung ermächtigt hat. Das Ausführungsgesetz dazu – nämlich das *Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG)* – ist freilich erst im Jahre 1911 von den eidgenössischen Räten verabschiedet und vom Bundesrat nach der Volksabstimmung vom 4. Februar 1912 (Referendum) am 1. Januar 1914 in Kraft gesetzt worden.

Einige Zahlen, welche die volkswirtschaftliche Bedeutung der sozialen Krankenversicherung unterstreichen:

Die Gesamteinnahmen aller schweizerischen Sozialversicherungszweige, einschliesslich der Pensionskassen, haben 1980 die 32-Milliarden-Franken-Grenze überschritten.

Unter ihnen nimmt die soziale Krankenversicherung mit rund 6 Milliarden Franken, hinter den beruflichen Vorsorgeeinrichtungen und der AHV, den dritten Platz ein. Rund 97 % der Einnahmen = 5,8 Milliarden Franken wurden für *Versicherungsleistungen aufgewendet*.

Die Anfänge der sozialen Krankenversicherung gehen weit in das 16. Jahrhundert zurück. Vom ersten paritätischen Hilfsverein der Meister und Gesellen der Steinmetz- und Maurerzünfte von Zürich, Basel und Strassburg über die ersten Fabrik-Krankenkassen in Glarus, Aarau, Schönenwerd, der schweizerischen Stickerei-Industrie, weiteren Hilfskassen von Berufsverbänden und Gewerkschaften haben sich diese Vereinigungen bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts auf rund 2000 Hilfskassen mit über einer halben Million Mitglieder vermehrt.

Die eigentlichen Krankenkassen im heutigen Sinn sind aber erst mit dem KUVG von 1911 entstanden. Im Jahre 1964 ist dieses Gesetz teilrevidiert, mit 11 Verordnungen des Bundesrates und 10 Verfügungen des EDI (Ausführungserlasse) ergänzt worden und steht heute noch in Kraft.

II. Der Charakter des KUVG

Das *KUVG* ist im ersten Teil im wesentlichen ein *Subventionsgesetz*. Der zweite Teil bezieht sich z. Z. noch auf die obligatorische Unfallversicherung (SUVA). Er wird ab 1. 1. 1983 durch ein *separates und neues Unfallversicherungsgesetz* UVG ersetzt.

Alle Krankenkassen, welche die Anforderungen des KUVG erfüllen, haben Anspruch auf Bundesbeiträge. Der Bund beschränkt sich also darauf, die Krankenversicherung durch Gewährung von Beiträgen an die Krankenkassen zu fördern. Soweit das KUVG keine entgegenstehenden Vorschriften enthält, richten sich die Krankenkassen nach ihrem Gutfinden ein.

Gestützt auf die Bundesverfassung kann der Bund für die Krankenversicherung ein Obligatorium einführen, entweder ein Gesamtobligatorium oder ein Teilobligatorium für bestimmte Bevölkerungskreise, Kinder, Schüler, Pensionierte oder Personen mit einem bestimmten Einkommen. Auf die Einführung eines Obligatoriums hat der Bund mit Rücksicht auf eine negative Volksabstimmung im Jahre 1900 jedoch verzichtet.

Wir kennen also noch heute kein Bundesobligatorium! Der Bund hat die Kompetenz an die Kantone abgetreten, die ihrerseits dieses Recht an die Gemeinden weitergeben können. Dabei gilt die öffentlich-rechtliche Versicherungspflicht heute noch normalerweise nur für die Krankenpflegeversicherung.

Obligatorien bestehen in 16 Kantonen unter Mitwirkung der Gemeinden. 6 Kantone haben diese Befugnis ganz an die Gemeinden abgetreten. In 4 Kantonen bestehen keine Obligatorien.

Zusammenfassend können wir somit feststellen, dass das Gesundheits- und Krankenversicherungswesen nach wie vor Sache der Kantone ist, sich die föderalistische Staatsform also über Jahrhunderte entwickelt und behauptet hat.

III. Durchführung der sozialen Krankenversicherung

Die soziale Krankenversicherung wird durch eine grössere Zahl von bundesrechtlich *anerkannten* Krankenkassen durchgeführt. So steht es im Art. 34^{bis} der Bundesverfassung. Die relativ grosse Zahl ergibt sich aus der historischen Entwicklung. Es gibt also keine verfassungsrechtlichen oder gesetzlichen Bestimmungen, die eine Reduktion der bestehenden Krankenkassen durchsetzen könnten, wie das gelegentlich gefordert wird. Eine gewisse Konzentration ist allerdings in den letzten Jahren eingetreten. Von ursprünglich 1019 Kassen im Jahre 1964 sind Ende 1979 noch rund 490 Kassen selbständig tätig. Die Gründe: zunehmend administrative personelle Probleme bei vorwiegend nebenamtlich verwalteten Kassen, dann aber auch finanzielle Schwierigkeiten und überalterte Mitgliederbestände ohne genügenden Nachwuchs (Kinder, Jugendliche, jüngere Versicherte).

Die Verwaltungskosten liegen im Durchschnitt aller Kassen unter 8% der Gesamtausgaben. Die relativ grosse Zahl der Kassen hat auf die Summe der Verwaltungskosten keinen Einfluss.

Bei einer gegenwärtigen Versicherungsdichte von rund 96% verteilen sich die mehr als 6 Millionen Versicherten auf folgende 4 *Kassenarten*:

3,5 Mio in 8 zentralisierten Kassen (nach bundesamtlicher Definition)

2,1 Mio in 238 regional oder örtlich tätigen Kassen

½ Mio in 152 Betriebskrankenkassen

½ Mio in 93 öffentlichen Kassen

Zentralisierte Krankenkassen sind Kassen mit Tätigkeit in der ganzen Schweiz mit Zentralverwaltungen und dezentralisierten Sektionsverwaltungen.

Regionale oder örtliche Kassen sind in einem geographisch eingeschränkten Gebiet tätig.

Betriebskrankenkassen nehmen einen statutarisch umschriebenen Personenkreis auf, Angehörige eines Betriebes evtl. inkl. Familienangehörige.

Bei diesen drei Kassenarten handelt es sich organisatorisch um *private Krankenkassen* = 82% aller Kassen. Auf sie ist ziviles Recht, das ZGB, anwendbar, neben dem KUVG natürlich. Die privaten Kassen organisieren sich in verschiedenen Rechtsformen: als Genossenschaft, Verein oder Stiftung.

Rund 18% entfallen auf *öffentliche Krankenkassen*. Die 93 öffentlichen Kassen sind öffentlich-rechtlich selbständige Institutionen, die von den Gemeinden oder Kantonen eingeführt werden, und zwar dann, wenn ein Versicherungsobligatorium vorgeschrieben wird.

Diese Gliederung hat nach unserer Philosophie ihre Vorteile: Sie entspricht offensichtlich den Bedürfnissen und dem Individualismus der schweizerischen Bevölkerung, weil dadurch der persönliche Kontakt zwischen Versicherten und Kasse besser gewährleistet ist. Die Krankenkasse/Sektionen sind immer in der Nähe der Mitglieder.

Dazu kommt immer noch die meist positive Einstellung der Mitglieder. Sie fühlen sich gewissermassen für das Wohlergehen «ihrer Kasse» verantwortlich.

IV. Bundes-Anerkennung der Krankenkassen

Damit die Krankenkassen vom Bund anerkannt werden, haben sie gesetzlich festgelegte Anerkennungsbedingungen zu erfüllen, u. a. sind sie verpflichtet:

1. – jeden Schweizerbürger, der die statutarischen Aufnahmebedingungen erfüllt und ohne Rücksicht auf den Gesundheitszustand als Mitglied aufzunehmen.
2. – die Krankenkassen müssen Sicherheit dafür bieten, dass die gesetzlichen Verpflichtungen erfüllt werden können, d. h. es sind je nach Grösse finanzielle Reserven vorgeschrieben (im obern Grenzfall betragen sie weit über 100 Millionen Franken)

3. – sie müssen die Krankenversicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betreiben. Dieser Grundsatz besagt, dass für gleiche Versicherungsleistungen unter gleichen Voraussetzungen auch gleiche Beiträge geleistet werden müssen. Dabei dürfen die Frauenprämien nur 10% höher sein als die Männerprämien, obwohl die Behandlungskosten der Frauen mehr als 50% höher sind.
4. – die Krankenkassen müssen den Versicherten mindestens Krankenpflege oder ein tägliches Krankengeld anbieten, wobei die gesetzlichen Mindestleistungen bei Krankheit und auch bei Mutterschaft auszurichten sind. Im Leistungskatalog sind auch die grossen Risiken eingeschlossen, die von den grossen Kassen selbst, bei *kleinen und mittleren Kassen über Rückversicherer* getragen werden.

V. Verbandsstrukturen

Aufsichtsbehörde der Kassen ist das *Bundesamt für Sozialversicherung* (EDI unterstellt).

Die anerkannten Krankenkassen sind vorläufig noch in drei Landesverbänden zusammengeschlossen, nämlich im

Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen, in der *Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande*, in der *Federazione ticinese delle Casse malati*.

Die Bildung eines gesamtschweizerischen Verbandes ist im Studium.

Von den drei Landesverbänden ist das *Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen* bei weitem die stärkste Organisation. Es vertritt über Kassen und Kassenverbände mit Sitz in der deutschen Schweiz mehr als 6 Millionen Versicherte.

Der Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande gehören die lokalen und regionalen Krankenkassen mit Sitz in der Westschweiz an. Die welschen Kassen versichern etwa 350 000 Mitglieder.

In der Federazione ticinese delle Casse malati sind die lokalen und regionalen Kassen und die Sektionen der zentralisierten Krankenkassen mit Sitz im Tessin und mit 250 000 Versicherten zusammengeschlossen.

Die föderalistische Struktur des Gesundheits- und Krankenversicherungswesens bedingt, dass die Vertrags- und Tarifverhandlungen in den Kantonen geführt werden. Das erfordert, dass die Krankenkassen für diese Aufgaben *Kantonalverbände* bilden, die mit kantonalen Partnerorganisationen (Ärzte, Spitalträger usw.) verhandeln. Diesen Kantonalverbänden gehören alle in diesem Kanton tätigen Kassen an, auch die Sektionen/Agenturen von regionalen und zentralisierten Kassen.

Die *Kantonsregierungen* haben in dieser Struktur die Aufgabe, alle Verträge und Tarife zu genehmigen. Dabei haben sie zu prüfen, ob die Steuern und sonstigen vertraglichen Bestimmungen mit dem Gesetz und der Billigkeit im

Einklang stehen. Diese Genehmigung erstreckt sich auch auf schweizerische Verträge, wie z. B. mit dem Schweiz. Apothekerverein, den Chiropraktoren und Physiotherapeuten.

In unserer Verbandsstruktur nehmen die *Rückversicherungsverbände* eine bedeutende Stellung ein. Sie decken vor allem die langdauernden und kostspieligen Risiken im Sinne eines Finanzausgleichs ab. Vom früher vorherrschenden Tbc-Risiko ist mit der Zeit eine Verlagerung eingetreten auf die Lähmungsbehandlungen, auf bestimmte schwere Behandlungen, wie z. B. Herzoperationen, Implantationen und Haemodialysen, d. h. meist jahrelange Behandlungen mit der künstlichen Niere usw. Ein Nierenpatient (von über 900 pro 1980) kostet jährlich im Durchschnitt über 30 000 Franken.

Die Rückversicherer ermöglichen, dass auch Kassen mit kleinen Beständen die genau gleichen Leistungen erbringen können wie die grossen Kassen mit mehreren hunderttausend Mitgliedern.

Mit diesen Ausführungen habe ich versucht, Ihnen einen summarischen Überblick über die historisch gewachsenen Strukturen zu geben.

H. Brand, Sekretär des Konkordates
der Schweiz. Krankenkassen,
Solothurn

Organisation und Aufgaben der Krankenkassen

Krankheit gehört zu den Wechselfällen des Lebens. Gesund zu werden, kann Kosten verursachen, die der Einzelne oft kaum allein zu tragen vermöchte. Gegen die wirtschaftlichen Folgen der Krankheit zu schützen, ist die zentrale Aufgabe der Krankenkassen.

Zur Deckung der Heilungskosten dient die gesetzlich geregelte *Krankenpflegeversicherung* und ergänzend die Spitalzusatzversicherungen. Die *Krankengeldversicherung* deckt den Erwerbsausfall bei einer durch Krankheit bedingten Arbeitsunfähigkeit. Die Krankenpflege- und die Krankengeldversicherung (mindestens Fr. 2.– pro Tag) gelten als gesetzliche Grundversicherung. Eine anerkannte Krankenkasse hat mindestens eine der beiden Versicherungsarten zu führen. Weitere Versicherungsarten sind bundesrechtlich zugelassen, jedoch nicht vorgeschrieben. Aus der Sicht des Finanzhaushaltes aller Kassen ist die Krankenpflegeversicherung der wichtigste Zweig, denn rund 80 % aller Kassenleistungen entfallen laut Statistik des Bundesamtes auf Krankenpflege.