

Zeitschrift: Gewerkschaftliche Rundschau : Vierteljahresschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes

Herausgeber: Schweizerischer Gewerkschaftsbund

Band: 53 (1961)

Heft: 10

Artikel: Probleme der schweizerischen Krankenversicherung

Autor: Siegrist, Willy

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-353993>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.01.2026

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

GEWERKSCHAFTLICHE RUNDSCHAU

MONATSSCHRIFT DES SCHWEIZERISCHEN GEWERKSCHAFTSBUNDES
ZWEIMONATLICHE BEILAGEN: «BILDUNGSSARBEIT» UND «GESETZ UND RECHT»

HEFT 10 - OKTOBER 1961 - 53. JAHRGANG

Probleme der schweizerischen Krankenversicherung

Die nachfolgenden Ausführungen folgen einem Referat, das der Verfasser, Herr Dr. W. Siegrist, Verwalter der Oeffentlichen Krankenkasse Basel-Stadt (OeKK) am 25. Januar 1961 vor der Generalversammlung der Schweizerischen Vereinigung für Sozialpolitik gehalten hat. Das Referat ist im Heft 1, Jahrgang 1961, der «Schweizerischen Zeitschrift für Sozialversicherung» gedruckt erschienen. Leider ist diese vorzügliche Zeitschrift bei den Funktionären und Vertrauensleuten unserer Gewerkschaften noch viel zu wenig verbreitet. Anderseits zeigt Dr. Siegrist u. E. für die Lösung einiger Probleme der Krankenversicherung gangbare Wege auf, die auch bei uns ernsthaft diskutiert werden sollten. Der Nachdruck des Referates rechtfertigt sich deshalb, und wir sind dem Verfasser und der Zeitschrift für Sozialversicherung für die Erteilung des Nachdruckrechtes sehr dankbar.

Redaktion «Gew. Rundschau».

I. Einleitung

Die schweizerische Gesetzgebung über die soziale Krankenversicherung stammt aus dem Jahre 1911, das heißt aus einer Zeit, da dieser Zweig der Sozialversicherung noch weitgehend in den Kinderschuhen steckte. Infolge der stürmischen Entwicklung, die sich in den letzten Jahrzehnten auf den verschiedensten Gebieten abzeichnete, welche die Krankenversicherung berühren, muß das Gesetz heute in vielen Teilen als überholt angesehen werden. Betrachtet man die Entwicklung der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen (1914: 360 000; 1959: 4,3 Millionen), die Steigerung des finanziellen Umsatzes (1914: 8 Millionen; 1959: 550 Millionen) und vor allem die Umwälzungen, die auf dem Gebiet der Medizin und der Pharmazeutik in den letzten 50 Jahren zu verzeichnen waren, so muß es sogar als erstaunlich bezeichnet werden, daß der unter ganz andern Verhältnissen durch das Bundesgesetz gesteckte Rahmen nicht schon längst gesprengt wurde.

Darüber, daß die Bundesgesetzgebung einer Revision unterzogen werden muß, ist man sich einig. Leider ist dies aber fast das einzige Problem von größerer, grundsätzlicher Tragweite, über das

bei den Revisionsbestrebungen Einigkeit herrscht. Der im Jahre 1954 von einer eidgenössischen Expertenkommission ausgearbeitete Gesetzesentwurf zu einer Revision der Kranken- und Mutterschaftsversicherung scheiterte an den entgegengesetzten Auffassungen der interessierten Kreise. Infolge der Schwierigkeiten, die man innert nützlicher Frist nicht glaubte überwinden zu können, wird nun eine *Teilrevision* in Aussicht genommen, die es wohl erlaubt, gewisse vordringliche Fragen neu zu regeln, die aber anderseits eine Reihe von Problemen ungelöst lassen muß. Dieser Weg mag richtig sein, wenn am gegenwärtigen Aufbau der Krankenversicherung grundsätzlich nicht gerüttelt werden soll, er wäre jedoch als falsch oder jedenfalls nur als *vorübergehende Notlösung* zu bezeichnen, falls sich zeigen sollte, daß gewisse Fragen nur durch eine *grund-sätzliche Umgestaltung* der Krankenversicherung befriedigend gelöst werden könnten. Wir möchten diese Frage nicht zum vorneherein beantworten, sondern am Schluß unserer Ausführungen nochmals darauf zurückkommen. Auf die Partialrevision soll im übrigen im folgenden nicht näher eingetreten werden, sondern es geht uns mehr darum, Fragen zu behandeln, die auch nach dieser Revision noch nicht oder nicht befriedigend gelöst sein werden.

Die soziale Krankenversicherung stellt eine überaus große Zahl von Problemen, deren Lösung *schwer* ist. Wir sehen dies aus Diskussionen im Ausland, insbesondere in unsern beiden Nachbarstaaten Deutschland und Frankreich, wo seit Jahren Reformbestrebungen im Gange sind. In der Schweiz komplizieren sich die Verhältnisse noch dadurch, daß infolge des föderalistischen Aufbaus und der Referendumsdemokratie weitere Komponenten in Berücksichtigung gezogen werden müssen. Im Rahmen dieser Ausführungen können daher nur *einige* Probleme herausgegriffen und kurz beleuchtet werden; gleichzeitig sollen gewisse Lösungsmöglichkeiten angedeutet werden, wobei wir uns infolge der komplexen Materie und der zum Teil fragwürdigen praktischen Realisierarbeit der einen oder andern Lösung eines abschließenden Urteils über den einzuschlagenden Weg enthalten möchten.

Bei der Beurteilung der einzelnen Probleme wollen wir uns stets den *Zweck* der sozialen Krankenversicherung vor Augen halten. Diesen sehen wir darin, *unsere Bevölkerung vor einer finanziellen Notlage zu schützen, in die sie infolge von Krankheiten geraten kann*. Wohl soll es den einzelnen, auf freiwilliger Grundlage aufgebauten Sozialversicherungsträgern frei gestellt sein, in jedem Krankheitsfall, ob dieser von geringerer oder größerer finanzieller Tragweite ist, seinen Mitgliedern unter die Arme zu greifen; ein Eingriff der Oeffentlichkeit aber, sei es in bezug auf die *Zwangsversicherung*, sei es in der Form finanzieller Unterstützung, rechtfertigt sich wohl dann, wenn es darum geht, *das Entstehen einer Notlage zu vermeiden*. Anderseits muß die Sozialversicherung so-

wohl hinsichtlich des Kreises der Versicherten wie hinsichtlich ihrer Leistungen so umfassend sein, daß sie eine Notlage auch *wirklich* vermeiden kann. Infolge der schwerwiegenden finanziellen Auswirkungen, die eine Erkrankung mit sich bringen kann – einerseits Erwerbsausfall, anderseits hohe Behandlungskosten – und angesichts des vollzogenen Wandels in der sozialen Struktur und insbesondere der wirtschaftlichen Stellung der Arbeiter und Angestellten, müssen wir uns zum vornherein darüber klar sein, daß die soziale Krankenversicherung sich heute *nicht mehr auf die Versicherung der ärmern Bevölkerungsschichten beschränken kann, sondern eine Angelegenheit des ganzen Volkes geworden ist*. Deshalb können auch die Krankenkassen, trotzdem dies gewisse Kreise noch so haben möchten, *keine sogenannten Armenkassen* mehr sein, sondern Kassen, in denen sich *alle Bevölkerungskreise*, die infolge hoher Ausgaben durch Krankheit in finanzielle Schwierigkeiten geraten, versichern können.

Die Bedeutung der sozialen Krankenversicherung geht daraus hervor, daß die schweizerische Bevölkerung jährlich rund einen Achtel ihrer Arbeitskraft wegen Gesundheitsschäden verschiedener Art einbüßen soll, was einer jährlichen Verminderung unseres Volkseinkommens um rund 2 Milliarden Franken entspricht. Dies sollte uns dazu zwingen, persönliche sowie Standesinteressen zurückzustellen und nach Lösungen zu suchen, die dem Zweck der Versicherung am ehesten gerecht werden.

Stellen wir uns die Frage, ob die heutige Regelung dem Ziel und Zweck der sozialen Krankenversicherung, nämlich der Vermeidung einer finanziellen Notlage durch Krankheit, zu genügen vermag, so müssen wir darauf eindeutig mit *Nein* antworten. Trotz der starken Zunahme der Zahl der Versicherten und trotz der Vervielfachung der durch die Versicherung gedeckten Kosten ergibt sich aus den Statistiken der Armenbehörden, daß auch heute noch die *Krankheit der Hauptgrund für die Entstehung von Armengenösigkeit* ist. Dies liegt u. E. in zwei Ursachen begründet, nämlich:

1. in der immer noch *ungenügenden Erfassung weniger bemittelter Personen* durch die Versicherung und
2. in *ungenügenden Leistungen* der Krankenversicherung.

Wir wollen im folgenden auf diese zwei Probleme näher eintreten und anschließend auf die Fragen der *Finanzierung* zu sprechen kommen.

II. Kreis der Versicherten

Ohne auf größere Opposition zu stoßen, sind in der Schweiz in den Nachkriegsjahren als umfassende, *obligatorische Volksversicherungen* die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung eingeführt worden. Ganz anders in der Kranken-

versicherung. Von einem umfassenden Obligatorium analog der Alters- und Hinterlassenenversicherung oder Invalidenversicherung wagt überhaupt niemand zu sprechen, weil eine solche Forderung kaum ernst genommen würde. Aber auch ein Teilobligatorium, das sich auf die weniger bemittelten Bevölkerungskreise beschränken würde, gilt nach wie vor als unpopulär und wird insbesondere aus Kreisen der Aerzteschaft auf das entschiedenste bekämpft. Angesichts der Tatsache, daß die Krankheit und besonders chronische Erkrankungen zu den wichtigsten Ursachen wirtschaftlicher Hilfsbedürftigkeit gehören, ist diese unterschiedliche Einstellung zunächst unverständlich. Man sollte doch meinen, daß die Vorsorge für das Alter *viel eher* dem einzelnen überlassen werden kann als die Vorsorge für Krankheiten. Das Alter ist *voraussehbar*; Krankheit trifft einen *unverhofft*. Ein hohes Alter wird *angestrebt*, sparen für diese Zeit daher weniger als Last empfunden; Krankheit ist *unerwünscht*, jedermann hofft, ja erwartet, daß es ihn niemals treffe; die Vorsorge für diese Zwecke ist daher viel weniger naheliegend.

Die Gegner des Versicherungsbefreiungsbefehls verneinen denn auch weniger die Frage des *Bedürfnisses* nach einem umfassenderen Versicherungsschutz der weniger bemittelten Kreise, sondern sie sehen darin vor allem einen *ersten Schritt zur Verstaatlichung der Medizin*. Es wäre wohl müßig, an dieser Stelle diese Bedenken zu zerstreuen zu suchen, obwohl auf Grund von Erfahrungen im Ausland eigentlich eher der gegenteilige Standpunkt eingenommen werden könnte, daß *ein mangelnder Versicherungsschutz eines Tages zu einer Radikallösung in der Form eines staatlichen Gesundheitsdienstes führt*, nicht aber eine gut ausgebaute obligatorische Versicherung. Man muß sich auch fragen, ob die wesentlichen Vorteile, die mit einer obligatorischen Krankenversicherung verbunden wären, neben dem an die Wand gemalten Schreckgespenst der Verstaatlichung der Aerzteschaft überhaupt noch objektiv gewürdigt und die Vor- und Nachteile sachlich gegeneinander abgewogen werden. Angesichts der geringen Wahrscheinlichkeit der Verwirklichung einer solchen Idee eines umfassenden Obligatoriums möchten wir davon absehen, der Frage an dieser Stelle weiter nachzugehen; dagegen sollte im Zusammenhang mit der Neuordnung des Arztrechtes, das in der bevorstehenden Teilrevision unberührt belassen werden soll, in näherer Zukunft aber doch wird revidiert werden müssen, abgeklärt werden, ob nicht in der Obligatoriumsfrage ein *Kompromiß* gefunden werden könnte. Wir möchten hierbei die folgenden drei Lösungsmöglichkeiten zur Diskussion stellen.

a) Die erste Möglichkeit bestünde in der *Beschränkung der obligatorischen Versicherung auf schwere Erkrankungen*. Nach der Morbiditätsstatistik der Oeffentlichen Krankenkasse Basel kosteten im Jahre 1948 nahezu die Hälfte aller Krankheitsfälle weniger als

20 Fr., drei Viertel aller Fälle weniger als 50 Fr. Wenn sich die Zahlen infolge der seither eingetretenen Teuerung auch etwas verschoben haben, so geht daraus doch mit aller Deutlichkeit hervor, wie stark die Krankenversicherung wenigstens in bezug auf die Zahl der Fälle durch Krankheiten von geringerer finanzieller Bedeutung belastet wird. Es wäre nun eine Lösung denkbar, wonach die obligatorische Versicherung nur vorgesehen würde für Fälle, wo eine Krankheit einen bestimmten Kostenbetrag erreicht hat. Die öffentliche Krankenkasse Basel-Stadt hat vor Jahresfrist auf freiwilliger Basis eine solche Versicherung geschaffen. Danach steht es den Personen, die nicht unter das kantonale Versicherungsobligatorium fallen, frei, anstelle der klassischen Krankenpflegeversicherung, welche die Kosten vom ersten Tag der Erkrankung an übernimmt, zu einer erheblich niedrigeren Prämie eine Versicherung abzuschließen, die erst in Funktion tritt, wenn die Kosten einen vom Versicherten gewählten Betrag von 30 Fr., 50 Fr. oder 100 Fr. übersteigen. Es wurde also eine *Franchise* eingeführt, in deren Rahmen der Versicherte für die Kosten, die durch die Behandlung von sogenannten *Bagatellfällen* entstehen, *selbst* aufkommt. Eine ähnliche Lösung wäre für das Versicherungsobligatorium denkbar, wobei die Franchise nötigenfalls nach der Höhe der Einkommen der Versicherten abgestuft werden könnte.

Diese Regelung hätte den großen Vorteil, daß den Aerzten neben der obligatorischen Versicherung ein freies Betätigungsfeld belassen werden könnte. Die obligatorische Versicherung würde erst dann zu spielen beginnen, wenn aus dem Bagatellfall *kostenmäßig ein Ernstfall* würde.

b) Sollte eine solche Regelung immer noch als ein zu schwerwiegender Eingriff oder als zu kompliziert gehalten werden, so wäre die Frage zu prüfen, ob eine Kompromißlösung nicht in einer *Beschränkung des Obligatoriums auf die Versicherung für Spitalkosten* gefunden werden könnte. Es darf doch wohl angenommen werden, daß die Ursache zu einer finanziellen Notlage infolge von Krankheit in der großen Mehrzahl der Fälle *in langdauernden, teuren Spital-, Sanatoriums- oder Anstaltsbehandlungen* liegt und daß Krankheiten, die ambulant ärztlich behandelt werden können, meistens nicht so schwerwiegend sind und auch nicht derart hohe Kosten verursachen. Durch dieses einfache, äußere Kriterium wäre eine Beschränkung des Versicherungzwangs auf schwerere Erkrankungen sehr leicht gemacht. Die Bedenken, die von Seiten der Aerzteschaft gegen das Obligatorium geltend gemacht werden, würden damit dahinfallen, da die *freie Arztpraxis unberührt* bliebe.

c) Endlich stellt sich als dritte Möglichkeit ein Problem, das bisher unseres Wissens ebenfalls nicht in die Diskussion einbezogen wurde, nämlich das eines *Versicherungsobligatoriums für Lohnersatz* im Falle von Krankheit. Während die Auseinandersetzung

gen über das Obligatorium bisher fast ausschließlich die *Krankenpflegeversicherung*, das heißt die Versicherung gegen Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei- und Spitalbehandlung, betrafen, blieb die gesetzliche Neuordnung der *Krankengeldversicherung* im Hintergrund. In vielen Fällen ist diese Lücke auf dem Weg über die Gesamtarbeitsverträge geschlossen worden. Die Zahl der für Krankengeld versicherten Personen hat zwar eine ansehnliche Höhe erreicht (je rund 1,1 Millionen Männer und Frauen), doch kann diese Versicherung in der großen Mehrzahl der Fälle nicht als eigentliche Versicherung gegen Lohnausfälle gewertet werden. Sie ist vielmehr darauf zurückzuführen, daß die Krankenkassen aus finanziellen Ueberlegungen ihre für Krankenpflege versicherten Mitglieder zur *Mitversicherung* eines bescheidenen Krankengeldes von 1 Fr. oder 2 Fr. pro Tag verpflichten. 1959 betrug denn auch das durchschnittliche Taggeld lediglich Fr. 4.76, woraus ohne weiteres hervorgeht, daß damit der Lohnausfall auch nicht annähernd gedeckt ist. Das in dieser Hinsicht vorbildliche holländische System gewährt bei einer Prämie von 0,75 bis 1,5 Prozent der Bruttolohnsumme allen Erkrankten 80 Prozent ihres Lohnes oder Gehaltes als Krankengeld. Für Ledige erfolgt bei Krankenhausbehandlung eine Kürzung um zwei Drittel. Auch in der Schweiz könnte das Problem des Lohnersatzes bei Krankheit, einschließlich im Falle der Mutterschaft, mit einer Prämie von durchschnittlich 2 Prozent der Lohnsumme, das heißt der Hälfte der Prämie der Alters- und Hinterlassenenversicherung, so gelöst werden, daß der Versicherte bei voller Arbeitsunfähigkeit, entsprechend der Regelung bei der Suva, Anspruch auf ein Taggeld in der Höhe von 80 Prozent seines Lohnes erheben könnte. Nachdem nach konstanter Praxis auch die Arbeitgeber an diese Versicherung zur Abgeltung der Lohnzahlungspflicht gemäß OR 335 ihre Beiträge zahlen, muß es als erstaunlich bezeichnet werden, mit welch geringer Mehrbelastung dieses schwerwiegende Problem gelöst werden könnte. Zugegebenermaßen wären mit einem solchen Krankengeld-Versicherungsboligatorium, das wohl kaum wie das Krankenpflege-Versicherungsboligatorium auf die Opposition der Aerzteschaft stoßen würde, die Fragen der Pflegeversicherung, das heißt der Deckung der Kosten für Arzt, Arznei und Spitalbehandlung, nicht geregelt; es ist aber nicht von der Hand zu weisen, daß diese Kostendeckung bei Erhalt eines ausreichenden Lohnersatzes während längerer Dauer *nicht mehr so schwerwiegend* wäre wie im Falle eines gleichzeitigen Ausfalls des Lohnes. Wir möchten deshalb hoffen, daß man dieser Frage im Zusammenhang mit der zurzeit in Diskussion stehenden Neuregelung des Dienstvertragsrechts alle Beachtung schenkt.

Wenn wir uns so lange bei der Frage des Versicherungsboligatoriums aufgehalten haben, so nicht nur deshalb, weil wir ein

Bedürfnis hierzu zur Erfassung der außenstehenden, weniger bemittelten Bevölkerungsschichten nach wie vor als sehr dringend ansehen (1959 waren für Krankenpflege 3 735 000 Personen versichert, bei einem Bevölkerungsstand von 5 240 000 macht dies 71,3 Prozent aus), sondern auch deshalb, weil eine Reihe von Problemen, die in der freiwilligen Versicherung *ungelöst* bleiben müssen, im Falle eines Obligatoriums sich von einer ganz andern Seite zeigen und *viel leichter* geregelt werden können. Es geht auch nicht *nur* darum, durch die Zwangsversicherung gewisse uneinsichtige Kreise in die Versicherung zu zwingen, sondern überdies um die Beseitigung des stoßenden Umstandes, daß *ganze Kreise von Personen, die die Krankenversicherung außerordentlich nötig hätten, in der freiwilligen Versicherung überhaupt nicht oder nur beschränkt versicherbar sind*. Wir denken hierbei an *Kranke, an Invalide, an Alte*, die bei den Krankenkassen vor verschlossenen Türen stehen. Wir denken an die leidigen sogenannten *Vorbehalte*, die in der freiwilligen Versicherung für bestehende Krankheiten angebracht werden müssen. Wir denken an das *Problem der Finanzierung*, das auf eine ganz andere Grundlage gestellt werden könnte, und wir denken nicht zuletzt an das *Arztrecht und die Arzttarife*, die sich ebenfalls in einem andern Licht zeigen würden. Wir werden darauf später noch kurz zu sprechen kommen.

III. Ungenügende Leistungen der Krankenversicherung

Die *Leistungen* der Krankenversicherung sind in den letzten Jahren vornehmlich *auf freiwilliger Basis stark ausgebaut* worden. Rund zwei Drittel aller Versicherten haben heute im Falle ambulanter ärztlicher Behandlung – vorbehältlich des vom Versicherten zu tragenden Selbstbehalts – Anspruch auf Uebernahme der Kosten durch die Kasse *während unbeschränkter Dauer*. Vom Gesichtspunkt des Versicherten (nicht von demjenigen des Arztes) aus betrachtet, können die Leistungen bei ambulanter Behandlung sowohl hinsichtlich der Leistungsdauer als auch hinsichtlich des Leistungsinhaltes im großen und ganzen als befriedigend angesehen werden. Gewisse erwünschte Verbesserungen sind im Zusammenhang mit der bevorstehenden Teilrevision des KUVG vorgesehen.

Anders liegen die Verhältnisse bei *Spitalbehandlungen*. Zwar ist auch hier in den letzten Jahren eine wesentliche Verbesserung der Leistungsdauer vorgenommen worden, so daß heute – trotzdem das Bundesgesetz lediglich eine Mindestdauer von 180 Tagen vorschreibt – rund 50 Prozent aller Versicherten Anspruch auf Spitalbehandlung während 360 Tagen, weitere nahezu 50 Prozent sogar auf eine Leistungsdauer von 540 oder 720 Tagen haben. Dieser Ausbau ermöglicht in der Regel den Uebergang zur Invalidenversicherung. Mangels der Uebernahme der Krankenpflegeleistungen durch

die Invalidenversicherung besteht jedoch noch eine *schwerwiegende Lücke*, da die Kosten einer notwendigen Spitalbehandlung keinesfalls durch die Rente der Invalidenversicherung getragen werden können. Wie die ausländischen Erfahrungen zeigen, sind die Leistungen für Krankenpflege der Invaliden um ein Vielfaches höher als für Mitglieder der ordentlichen Krankenversicherung. *Es ist deshalb vom sozialen Standpunkt aus nicht verständlich, weshalb dieses erhöhte Risiko der medizinischen Betreuung der Invaliden nicht in die Versicherung einbezogen werden kann, zumal mehr als die Hälfte aller Invaliditätsfälle als Folge von Krankheit entsteht, so daß für die meisten Rentner nach wie vor Krankenpfleemaßnahmen notwendig bleiben.* Der Einbezug dieser Leistungen in die Krankenversicherung, was zurzeit mit der Teilrevision vorgesehen ist, bietet ebenfalls Schwierigkeiten, da die Kosten nicht den Krankenkassen aufgebürdet werden können und mangels des Krankenversicherungsbilditoriums nicht alle bei der Invalidenversicherung versicherten Invaliden auch einer Krankenkasse angehören und in den Genuß ihrer Leistungen gelangen. Auch hier stellt somit das fehlende Krankenversicherungsbilditorium Probleme, die außerordentlich schwer zu lösen sind.

Unbefriedigend gelöst, aber überaus komplex, ist im Falle notwendiger Spitalbehandlung die *Höhe der Leistung* der Krankenversicherung. Das Ungenügen der Versicherung bei Spitalbehandlung beruht somit heute *weniger auf der Leistungsdauer als auf dem Leistungsinhalt*. Eine für Krankenpflege, das heißt für Arzt, Arznei und Spitalbehandlung, versicherte Person sollte von ihrer Versicherung erwarten dürfen, daß sie bei Behandlung auf der Allgemeinabteilung eines Spitals nur mit einem Selbstbehalt oder Verpflegungskostenbeitrag belastet wird. Demgegenüber bietet die schweizerische Regelung die bunte Musterkarte. Einheitlich ist bei den verschiedensten Regelungen nur, daß die Krankenpflegeversicherung auf Grund ihrer heutigen Finanzierungsgrundlagen in keiner Weise in der Lage ist, die überaus hohen Spitalkosten *auch nur annähernd* zu decken. Während die Selbstkosten pro Patiententag 1959 in den Kantonsspitalen über 30 Fr., in den Universitätsspitalen gar über 50 Fr. betrugen, machten die Leistungen der Krankenkassen durchschnittlich Fr. 8.17 aus. Dank großzügiger Zuschüsse der öffentlichen Hand konnte in Zürich und Basel eine für die Versicherten mustergültige Regelung getroffen werden. Bei Verpflegung und Behandlung auf der Allgemeinabteilung eines öffentlichen oder privaten Vertragsspitals hat das Kassenmitglied beispielsweise in Basel pro Tag lediglich einen Verpflegungskostenbeitrag von 1 Fr. bis 3 Fr., je nach Höhe des Einkommens, zu entrichten. Vom Spital erhält das Mitglied überhaupt keine Rechnung, weder für ärztliche Behandlung, Operationen noch für die Verpflegung. Zugegebenermaßen müssen die Leistungen der Kassen,

die sich auf Fr. 7.50 pro Spitaltag stellen, aber auch hier als bescheiden bezeichnet werden. Ein Großteil der Kosten muß durch öffentliche Mittel, sei es durch Uebernahme des Defizites oder durch Gewährung kantonaler Subventionen, gedeckt werden. Den Privatspitalern gewährt der Kanton Basel-Stadt beispielsweise neben der Tagespauschale der Krankenkasse von Fr. 7.50 einen Beitrag von Fr. 11.25 pro auf der Allgemeinabteilung verpflegtes, gegen Krankheit versichertes Mitglied.

Ganz anders liegen die Verhältnisse in Kantonen und Gemeinden, die den Spitalern nur bescheidene Mittel zufließen lassen. Teilweise erfordert dies höhere Leistungen der Krankenkassen, vor allem aber werden die *Versicherten* zusätzlich mit Spitalrechnungen belastet, sei es für Röntgen, Laboruntersuchungen, Operationen usw., die schlechthin als untragbar bezeichnet werden müssen. Wenn die Versicherung nur noch einen Bruchteil der entstehenden Kosten zu tragen vermag, so gerät sie derart in *Mißkredit*, daß dringend für Abhilfe gesorgt werden muß.

Die Lösung dieser Fragen bietet beinahe unüberwindbare Schwierigkeiten. Eine bundesgesetzliche Regelung des Verhältnisses der Spitäler zu den Krankenkassen erscheint zum vornherein als ausgeschlossen. Man kann den Spitalern nicht vorschreiben, welche Kosten sie den Krankenkassen und den Patienten auferlegen dürfen, *ohne gleichzeitig für die Deckung des Einnahmenausfalls besorgt zu sein*. Angestrebt wird heute eine Erhöhung der Leistungen der Krankenkassen. Ob dies mit dem bisherigen System der Finanzierung ausschließlich durch Prämien der Versicherten und Beiträge des Bundes in genügendem Ausmaß zur Zufriedenheit der Versicherten und der Spitäler gelöst werden kann, erscheint jedoch zweifelhaft; jedenfalls würde dies eine sehr erhebliche Erhöhung der Bundesbeiträge bedingen. Da vermehrte Leistungen der Krankenkassen an die Spitäler für die Kantone und Gemeinden eine bedeutende Entlastung darstellen würden, kann man sich fragen, ob nicht der Zeitpunkt gekommen wäre, *die Kantone durch das Bundesgesetz, entsprechend der Regelung in andern Zweigen der Sozialversicherung, zu gewissen Beitragsleistungen an die Krankenversicherung zu verpflichten*.

Nicht unerwähnt lassen möchten wir bei der Besprechung der Frage der Leistungen der Krankenversicherung das Problem der *Gesundheitsvorsorge*, das zurzeit im Zusammenhang mit der Reform der deutschen Krankenversicherung diskutiert wird. Im Interesse der Volksgesundheit ist es angezeigt, auch von seiten der Versicherung das möglichste zu tun, *um Krankheiten vermeiden oder möglichst früh erkennen zu können*. So sieht der deutsche Gesetzesentwurf vor, daß Versicherte, die das 40. Lebensjahr vollendet haben, sich zur frühen Erkennung von Krankheiten innerhalb von drei Jahren einmal ärztlich untersuchen lassen können. Außerdem

kann die Kasse an sogenannten «Vorsorgekuren» Beiträge gewähren, wenn nach ärztlichem Gutachten zu befürchten ist, daß der Versicherte in absehbarer Zeit arbeitsunfähig würde. Solche Kuren können jedoch nur in Kuranstalten unter ärztlicher Leitung durchgeführt werden.

Auch das ist ein Gebiet, mit dem sich die schweizerische Krankenversicherung in absehbarer Zeit wird befassen müssen.

IV. Finanzierung

Der für eine befriedigende Krankenversicherung erforderliche Leistungsausbau verlangt selbstverständlich *zusätzliche finanzielle Mittel*. Auch die Entwicklung der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft wird forschreiten und ihrerseits eine weitere Kostensteigerung verursachen. Die Bevölkerung wird älter, für Krankheiten anfälliger und verursacht damit erhöhte Krankenpflegekosten. Die Krankenpflegeversicherung befindet sich daher *ständig in finanziellen Schwierigkeiten*. Die Einnahmen vermögen trotz laufenden Prämierhöhungen den stets wachsenden Ausgaben nicht zu folgen. Endlich finden periodisch unerfreuliche Auseinandersetzungen zwischen den Krankenkassen und der Aerzteschaft über die Honorierung der ärztlichen Leistungen statt, wobei sich infolge der entgegengesetzten Interessen und der zwangsläufigen Zurückhaltung der Kassen unerfreuliche *Mißstimmungen* ergeben, während im Interesse der Versicherung ein *enges Vertrauensverhältnis* notwendig wäre. Die Aerzte sind der Auffassung, daß der gut situierte Versicherte durch seine Prämien und auf Grund des Sozialtarifs nicht seiner Leistungsfähigkeit entsprechend an die Kosten der Krankenbehandlung bezahle und fordern deshalb eine Gruppeneinteilung der Versicherten. Die Kasse soll den Arzt für die Behandlung eines gut Situierten *besser* honorieren als für die Behandlung eines weniger Bemittelten, und sie soll die *Prämie* entsprechend dieser Mehrleistung *abstufen*.

Die Abstufung der Prämien nach der Leistungsfähigkeit des Versicherten halten wir für *richtig*. Demgegenüber *verbietet* jedoch das geltende KUVG eine derartige Staffelung der Prämien. Es verpflichtet vielmehr die Kassen, bei gleichen Leistungen auch die gleichen Prämien zu erheben. *Dieses Verbot hat unseres Erachtens in der Sozialversicherung keinen Platz*. Was in jeder andern Sozialversicherung, so der AHV, der Invalidenversicherung (IV), der Erwerbsersatzordnung für Wehrpflichtige (EO) und der Arbeitslosenversicherung (ALV) als selbstverständlich gilt und vom Bundesgesetzgeber *zwingend vorgeschrieben* wird, nämlich die *Abstufung der Prämien nach dem Einkommen*, ist in der sozialen Krankenversicherung verboten. Wenn auch *hier* bisher eine befriedigende Lösung nicht gefunden werden konnte, so wohl zur Haupt-

sache wegen des fehlenden Obligatoriums. In der freiwilligen Versicherung stößt ein derartiges System infolge der unterschiedlichen Zusammensetzung des Mitgliederbestandes der einzelnen Kassen und aus andern Gründen auf wohl unüberwindbare Schwierigkeiten.

Es ist leicht verständlich, daß im Falle einer Abstufung der Prämien nach dem Einkommen eine *höhere* Prämieneinnahme erzielt werden könnte als bei Erhebung einer Einheitsprämie, *die sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der schwächsten Mitglieder ausrichten muß*. Damit würden auch die gotsituierten Kreise gesamthaft viel mehr an das Gesundheitswesen leisten, als wenn sie dies mit ihren «Privathonoraren» gemäß dem Zufall ihrer Erkrankung tun. Im Moment, wo die gotsituierten Kreise in dieser Form ihren Beitrag an das Gesundheitswesen leisten, sollte es auch für den Arzt nichts Anstößiges haben, diese Leute zu einem Einheitstarif zu behandeln, vorausgesetzt natürlich, daß dieser *im Gesamtdurchschnitt eine angemessene Entschädigung* ermöglicht und es sich nicht um einen sogenannten Armentarif handelt. Einer unterschiedlichen Honorierung des Arztes, je nachdem ob er gut Situierte oder weniger Bemittelte behandelt, können wir hauptsächlich deshalb *nicht* zustimmen, weil dadurch beim weniger Bemittelten – ob berechtigt oder nicht – die Meinung aufkommen müßte, er müsse sich mit einer Massenbehandlung begnügen, während sich der Reiche dank der besseren Bezahlung des Arztes eine individuelle Behandlung leisten könne. Die wohl einfachste Lösung, die jedoch nur bei Verwirklichung eines Vollobligatoriums durchführbar wäre, läge in der Erhebung einer Prämie in Prozenten der Lohnsumme analog der AHV und der IV. Erstaunlich ist dabei, daß zur Finanzierung der heute landesüblichen Krankenpflegeversicherung *ein einziges Prozent der Lohnsumme als ausreichend* angesehen werden könnte.

Eine weitere Möglichkeit zur Abstufung der Prämien nach dem Einkommen sehen wir in der *entsprechenden Verwendung der Beiträge der öffentlichen Hand* an die Krankenkassen. Der Bund gewährt den Kassen pro versichertes Mitglied, unbekümmert um dessen Einkommen, *einheitliche* Beiträge. Es wäre nun denkbar, diese Beiträge *zur Verbilligung der Prämien der weniger Bemittelten* zu verwenden, den besser Situierten dagegen *keinen* staatlichen Beitrag zukommen zu lassen. Zugegebenermaßen hätte dies die Einschätzung des Mitgliederbestandes der Kassen nach dem Einkommen zur Voraussetzung, was jedoch auch bei der von den Aerzten gewünschten Klasseneinteilung nicht zum umgehen ist. Es hätte aber den großen Vorteil, daß die Prämien *besser nach der Leistungsfähigkeit der Versicherten abgestuft* würden und daß keine Mitglieder in den Genuß von Beiträgen der öffentlichen Hand gelangen, die sie gar nicht nötig haben. Das System einer derartigen Prämienabstufung mittels öffentlicher Beiträge ist über-

dies in verschiedenen Kantonen, so in Zürich, Basel und Bern, praktisch erprobt und hat sich sehr bewährt.

Falls nicht andere Quellen zur Finanzierung der Krankenversicherung mit herangezogen werden können, wird sich unseres Erachtens auf die Dauer zwangsläufig ein *Abgehen von der Einheitsprämie* aufdrängen, da diese mit den steigenden Ausgaben eine solche Höhe erreichen wird, daß sie für die weniger Bemittelten kaum mehr tragbar wäre. Dadurch würden gerade diejenigen Kreise von der Versicherung abgehalten, die sie am nötigsten haben.

Zusammenfassend darf man wohl sagen, daß *das schweizerische System der Finanzierung* der Krankenversicherung sowohl im Vergleich mit den übrigen schweizerischen Sozialversicherungen als auch im Vergleich mit allen ausländischen Lösungen *einmalig* ist. Fast durchwegs wird im Ausland die Krankenversicherung mittels *Beiträgen der Arbeitgeber und der Versicherten* finanziert; bekanntlich sah auch die Lex Forrer Arbeitgeberbeiträge an die obligatorische Krankenversicherung vor. In seiner Botschaft vom 10. Dezember 1906 verzichtete der Bundesrat mit Rücksicht auf die ablehnende Volksabstimmung von 1900 auf die Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung, wobei er beifügte: «Als Anhänger des Obligatoriums entschließen wir uns nur ungern, es hier aufzugeben.» Durch Artikel 2 des Gesetzesentwurfs wollte er den Kantonen jedoch nicht nur die Kompetenz geben, das Obligatorium einzuführen, sondern er wollte ihnen auch die *Befugnis* einräumen, *Arbeitgeberbeiträge zu erheben*. Erst im Verlauf der parlamentarischen Beratung des KUVG ist dieser Antrag des Bundesrats in ein Verbot an die Kantone zur Einführung von Arbeitgeberbeiträgen umgewandelt und bis heute nicht mehr angetastet worden. Es wäre der Mühe wert, einmal besondere statistische Erhebungen über die Frage durchzuführen, wie viele Krankheiten auf den Arbeitsplatz und den Beruf zurückzuführen sind. Das Ergebnis einer solchen Untersuchung wäre nicht nur für die Beurteilung der Arbeitgeberbeiträge, sondern auch für die Abklärung der Frage von Interesse, *ob und wo in vermehrtem Maße mit der Gesundheitsvorsorge eingesetzt werden sollte*.

V. Schlußbemerkungen

Es ist anzunehmen, daß uns die Krankenversicherung auch nach Durchführung der gegenwärtigen Teilrevision noch vor verschiedene weitere Probleme stellen wird, die wir im Rahmen dieser Ausführungen nicht anführen konnten. Wenn es auch durchaus denkbar ist, die Revision *in Etappen* durchzuführen und in gewissen periodischen Abständen die *dringendsten* Probleme vorwegzunehmen, so müssen wir uns doch darüber klar sein, ob die angestrebten Revisionen *in die allgemeine Konzeption passen*, die man sich von einer zukünftigen Krankenversicherung macht. Es darf aber gesagt

werden, daß die vorgesehene Teilrevision des KUVG auch eine Reform, wie wir sie aufzuzeigen versucht haben, *nicht beeinträchtigen* würde. Gewisse *grundätzliche* Umstellungen scheinen aber auf die Dauer kaum vermeidbar zu sein. Es mag jedoch sein, daß die Fragen noch nicht zur Gesetzgebung ausgereift sind. Wenn diese Ausführungen dazu beitragen würden, das eine oder andere Problem neu zu diskutieren und allenfalls der Lösung einen kleinen Schritt näherzubringen, so hätte es seinen Zweck erreicht.

Dr. Willy Siegrist, Basel.

Die Krankenversicherung in Österreich

Die österreichische Krankenversicherung wurde bereits vor mehr als siebzig Jahren gesetzlich einheitlich geregelt. Heute wird sie auf Grund des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) durchgeführt, das seit dem Jahre 1956 in Kraft steht. In der Zwischenkriegszeit, aber auch seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges, ist es gelungen, die Leistungen der Krankenversicherung zugunsten der österreichischen Bevölkerung weitgehend auszubauen und zu verbessern. Die Durchführung der Versicherung ist in Österreich bundeseinheitlich geregelt, und daher ist die Zersplitterung der Krankenversicherung wesentlich geringer als etwa in der Schweiz.

Wir wollen uns hier mit der Krankenversicherung nach dem ASVG beschäftigen. Nach diesem Gesetz sind die Arbeiter und Angestellten, aber auch die Rentner der Sozialversicherung, die Arbeitslosen und die Rentner der Kriegsopfersversorgung und der Opferfürsorge versichert. Sonderregelungen und Sonderinstitute bestehen unter anderem für gewisse Gruppen von Selbständigen und für öffentlich Bedienstete.

Neben der obligatorischen Krankenversicherung für die genannten Personen besteht auch die Möglichkeit, nach dem Ende einer Pflichtversicherung eine freiwillige Weiterversicherung einzugehen. Dies gilt sowohl für einen vormals Pflichtversicherten, der beispielsweise aus der Beschäftigung ausgetreten ist, wie auch für die Familienangehörigen, die nach dem Tod eines Versicherten die Versicherung freiwillig fortsetzen wollen.

Die Dienstgeber haben jeden von ihnen Beschäftigten in der Krankenversicherung Pflichtversicherten binnen drei Tagen nach Beginn der Pflichtversicherung bei der zuständigen Krankenkasse anzumelden und binnen drei Tagen nach dem Ende der Versicherung dort abzumelden. Die Dienstgeber haben den Krankenkassen auch alle jene Daten zur Verfügung zu stellen, die für die Leistungsgewährung nicht nur in der Krankenversicherung, sondern in der gesamten Sozialversicherung, also auch in der Unfall- und Pensionsversicherung, maßgeblich sind. Denn die Krankenkassen heben