

Zeitschrift: Gewerkschaftliche Rundschau : Vierteljahresschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes

Herausgeber: Schweizerischer Gewerkschaftsbund

Band: 60 (1968)

Heft: 9

Artikel: Neuregelung der Krankenversicherung

Autor: Bachmann, J.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-354346>

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: 25.01.2026

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

Neuregelung der Krankenversicherung

In der «Gewerkschaftlichen Rundschau», Heft 4, April 1968, wurden die Leser aufgefordert, zum Artikel von Kollege Dr. W. Siegrist, Basel, Stellung zu nehmen. Kollege Siegrist vertritt die Auffassung, daß ein volles Krankenversicherungsobligatorium zur Zeit in der Schweiz nicht zu verwirklichen wäre, weshalb er einen stufenweisen Ausbau vorsieht. Seine Auffassungen leuchten ein. Es ist sicher richtig, daß heute noch das Vollobligatorium auf viele Widerstände stoßen müßte und eine Armee von Vorurteilen und unsachlichen Schlagworten dagegen mobilisiert würde. Anderseits hat sich aber die Lage in der Krankenversicherung durch das neue Gesetz in den letzten Jahren doch so verschlechtert und verschlechtert sich immer noch mehr, daß die Überzeugung wächst, es gehe auf dem bisherigen Weg, mit den zu vielen stoßenden föderalistischen Unterschieden, nicht mehr. Diese Einsicht wächst vor allem auch im bisher am meisten renitenten Mittelstand. Nehmen wir nur die Einkommensgrenzen für die sogenannten Bestbemittelten. Im Kanton Bern sind sie dank der Uneinigkeit der Kassen besonders niedrig und erfassen sogar kleine Angestellte und Beamte. In andern Kantonen sind sie beträchtlich höher und in wieder anderen wird überhaupt keine Ausscheidung vorgenommen. Die gleichen unverständlichen Unterschiede bestehen auch bei den Arzt- und Spitaltarifen. Böses Blut wird auch dadurch geschaffen, daß die Kassen die Behandlungen durch Chiropraktiker nur in einigen Kantonen bezahlen müssen, in einigen andern, wozu auch wieder der Kanton Bern gehört, aber nicht.

Zudem hat die Fragestellung von Kollege Siegrist durch den letzten Parteitag der SPS doch einen etwas andern Aspekt erhalten. Nachdem nun nicht nur die Christlichsozialen, sondern auch die SPS und wie zu hoffen ist auch der SGB für das Obligatorium eintreten, scheinen dessen Chancen doch nicht mehr so schlecht zu stehen. Auch der gewiß nicht obligatoriumsfreundliche «Bund» sah sich kürzlich veranlaßt, die Ärzte davor zu warnen, durch Übersteigerung ihrer Begehren den Trend zum staatlichen Gesundheitsdienst zu fördern.

Bei der Einführung der Versicherungspflicht stellt sich nun die Frage, soll das Obligatorium wie bei der AHV/IV das *ganze Volk* erfassen oder sollten nur die sogenannten Wenigerbemittelten als versicherungspflichtig erklärt werden. Persönlich lehne ich ein beschränktes Obligatorium vor allem aus zwei Gründen ab.

1. Es wäre unverständlich, wenn nun gerade die SPS und die Gewerkschaften, die sich zum Ziel gesetzt haben, die sozialen Klassenunterschiede zu beseitigen und die darin auch große Erfolge erzielt haben, nunmehr durch eine Initiative die Klassendiskriminierung verfassungsrechtlich verankern wollten. Schon das heutige, in vielen Kantonen bestehende System der vertraglichen Klasseneinteilung mit Bezug auf die Tarife (der von den Ärzten als «Armentarif» bezeichnete

untere Tarif, der Tarif für die oberen Gehaltsklassen und die vom Tarifzwang befreite Behandlung der Bestsituierten) muß als stoßend bezeichnet werden und schafft Unwillen. Wohl wird behauptet, daß bei den «Armentarifen» und den höheren Tarifen kein Unterschied in der Behandlung gemacht werde. Das trifft bei vielen Ärzten auch zu. Die Erfahrung zeigt aber, daß es bei weitem nicht überall so ist. Die Ärzte selbst haben ja seinerzeit die Notwendigkeit, von den Bessersituierten höhere Tarife zu verlangen, damit begründet, daß diese Patienten auch höhere Ansprüche an die Behandlung stellten. Anderseits ist es auch begreiflich, daß in unserem Wirtschaftssystem, wo noch immer das Geld als oberster Wertmaßstab gilt, derjenige, der für eine bestimmte Behandlung mehr zu zahlen hat als ein anderer, entsprechend höhere Ansprüche auf Leistung stellen kann.

Im neuen System soll daher jeder zum gleichen Tarif behandelt werden. Der unterschiedlichen finanziellen Leistungskraft der Versicherten muß durch eine entsprechende Abstufung der Beiträge (wie bei der AHV/IV in Einkommensprozenten) Rechnung getragen werden, wie dies von sozialdemokratischer Seite schon vor Jahren verlangt wurde. Diese prozentuale Abstufung der Beiträge läßt sich aber nur bei einem Obligatorium durchführen.

2. Würden nur die Wenigerbemittelten dem Obligatorium unterstellt, könnten die Besserbemittelten zur Finanzierung der Krankenversicherung gar nicht beigezogen werden. Entweder müßte dann die obligatorische Krankenversicherung von ganz namhaften Beiträgen der öffentlichen Hand leben, was dann erst recht zur Diskriminierung als «Armenversicherung» und entsprechender Schlechterbehandlung der hier Versicherten führen würde. Andernfalls aber müßten die Wenigerbemittelten viel zu hohe Beiträge entrichten, was nicht nur ihre Tragfähigkeit übersteigen würde, sondern auch zu unerwünschten Begehrlichkeiten gegenüber den Kassen führen würde. Es zeigt sich nämlich bereits heute, daß mit den leider unvermeidlichen Beitragserhöhungen der Krankenkassen auch die Einstellung überhand nimmt: «Wenn ich schon so hohe Beiträge zu bezahlen habe, dann will ich aber auch etwas von der Kasse profitieren.»

3. Noch ein Wort zum «Kässeliwesen». Daß Kollege Siegrist als Mitglied des Büros des Krankenkassen-Konkordats die Existenzberechtigung so vieler Mini-Kässeli bejaht, kann man ihm nicht übelnehmen. Als Vorsteher des Amts für Krankenversicherung des Kantons Basel-Stadt weiß er aber sicher auch, wie bemühend es für einen sozial aufgeschlossenen Menschen ist, sich mit einer Unzahl von kleinen Kassen herumschlagen zu müssen, die ihren Mitgliedern nur ganz ungenügende Leistungen ausrichten. (Man darf nicht übersehen, daß das KUVG nur Mindestleistungen vorschreibt und vor allem die ÖKK Basel auf Grund des kantonalen Obligatoriumsgesetzes viel weitergehende Leistungen gewährt.) Diese kleinen Kassen sind aber auch organisatorisch gar nicht mehr in der Lage, ihre Mitglieder, vor

allem wenn sie in andern Landesgegenden wohnen, richtig zu betreuen. Wir haben schließlich 25 kantonale Arzttarife und eine gar nicht genau feststellbare Zahl von verschiedenen Spitaltarifen. Manchmal erschweren auch sprachliche Schwierigkeiten den Verkehr zwischen diesen kleinen Kassen und ihren in anderen Sprachgebieten wohnenden Versicherten. Eine Umstrukturierung der Versicherungsträger, wie dies ja auch vom letzten Parteitag der SPS verlangt wurde, ist heute nicht mehr zu umgehen.

J. Bachmann, Bern

Der Beitragsbedarf der deutschen Rentenversicherung bis 1978

Was Arbeiter und Angestellte voraussichtlich bezahlen müssen

«Mit freundlicher Erlaubnis der Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden entnehmen wir den nachstehenden Artikel der deutschen Zeitschrift «Arbeit und Sozialpolitik», Doppelheft 4/5 – 1968. Wenn er sich auch ausschließlich auf Finanzierungsprobleme der deutschen Rentenversicherung bezieht, vermag er unsere Leser sicher zu interessieren, besonders im Zusammenhang mit der Diskussion um den Ausbau unserer AHV zur Volkspension mit für sich allein existenzsichernden Renten, und im Zusammenhang mit den Besprechungen zur Einführung der dynamischen Rente. Die Diskussion um diese Probleme vernachläßigt ganz wichtige Aspekte, wenn sie sich nicht auch auf die Beitrags- und Finanzierungsfragen erstreckt. Der Artikel vermittelt jedenfalls wichtige Einsichten inbezug auf den Finanzbedarf bei einem entsprechenden Ausbau der AHV-IV.»

Redaktion der
«Gewerkschaftlichen Rundschau.»

Sehen wir einmal davon ab, daß die Renten am Ende des ersten Jahrzehnts der Rentenreform für ein 40-jähriges Versicherungsleben statt der erhofften Renten von 60 Prozent nur 45 Prozent der letzten oder vergleichbaren Bezüge erreichen, so war dieses Jahrzehnt für die Finanzen der gesetzlichen Rentenversicherung außerordentlich glücklich:

Der Beitragssatz von 14 Prozent konnte dank ungewöhnlich günstiger Umstände und des rentensenkenden time-lag gehalten und ein Vermögen von fast 28 Md. DM angesammelt werden.

Jetzt nähern wir uns den 70ern, die – was die Finanzen der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten betrifft – nicht rosig aus-