Zeitschrift: Die Staatsbürgerin : Zeitschrift für politische Frauenbestrebungen
Herausgeber: Verein Aktiver Staatsbürgerinnen
Band: 28 (1972)
Heft: 7-8

Artikel: Frauenanliegen zur Neuregelung der Krankenversicherung
Autor: Arnold, Sylvia
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-845690

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: 10.12.2025

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

der Expertenkommission erwogen, ohne definitiv beantwortet zu werden, die Frage, ob eine Ausländerin bei ihrer Heirat mit einem Schweizer das Bürgerrecht weiterhin automatisch bekommen soll. Tatsächlich kennen nur noch Italien und Spanien die gleiche grosszügige Regelung wie die Schweiz.

Zum Zeitpunkt der Delegiertenversammlung war die Arbeit der Expertenkommission noch nicht abgeschlossen. Die Referentin konnte deshalb erst über den damaligen Stand der Beratungen berichten, und es darf gehofft werden, dass die Postulate der Frauen bei der endgültigen Formulierung der Revisionsvorschläge mehr Beachtung finden.

Margrit Baumann

Frauenanliegen zur Neuregelung der Krankenversicherung

Laut geltender Ordnung verpflichtet Artikel 6 des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes die Krankenkassen, beide Geschlechter für die Aufnahme gleich zu halten, «sofern es sich nicht um Kassen solcher Berufe, Berufsverbände oder Betriebe handelt, die nur Angehörige des einen Geschlechts in sich schliessen». Die Kassen können also nicht grundsätzlich das schlechte Risiko «Frau» ablehnen; das heisst aber nicht, dass die Mitgliedschaft zu den gleichen Bedingungen erfolgen muss. Nach Art. 6bis Abs. 2 können die Mitgliederbeiträge nach Eintrittsalter, Geschlecht und nach örtlich bedingten Kostenunterschieden abgestuft werden; jene für die Frauen dürfen jedoch die der Männer um höchstens 10 Prozent übersteigen.

Der letztgenannte Absatz kam erst 1964 ins Gesetz. Vorher lag die Begrenzung bei 25 Prozent; gemäss Statistik liegt der effektive Kostenunterschied für die Krankenpflegeversicherung im Landesmittel gut doppelt so hoch. In der Krankengeldversicherung sind die Kosten schon wegen der geringeren Krankengeldansätze der Frauen nicht direkt vergleichbar. Auf diesem Gebiet brachte übrigens die Revision von 1964 insofern einen Fortschritt, als Art. 12bis Abs. 2 nun vorschreibt, dass die Bedingungen für die Einreihung in Krankengeldklassen für Erwerbstätige nicht nach dem Geschlecht verschieden sein dürfen. Vorher pflegten die Kassen Frauen nur in die niedrigen Krankengeldklassen aufzunehmen. Dass hier die Gleichstellung erreicht wurde — allerdings auch wiederum bei einer höheren Frauenprämie — illustriert den Wandel, der sich auf beruflicher Ebene vollzogen hat.

Das Krankengeld hat aber nicht nur die Funktion eines Lohnersatzes, sondern wird — in geringen Beträgen und unter Vorbehalt der Überversicherung — auch Nichterwerbstätigen gewährt. Das Minimum beträgt 2 Fr. pro Tag. Über das Maximum sagt das Gesetz nichts; Überversicherung dürfte dort gegeben sein, wo z. B. eine Hausfrau höher versichert ist, als zur Bezahlung von Aushilfskräften für den Haushalt nötig ist.

Statt eine eigene Mutterschaftsversicherung einzurichten, hat der schweizerische Gesetzgeber das Wochenbett grundsätz-

lich der Krankheit gleichgestellt. Art. 14 KUVG zählt die Leistungen auf, welche an die für Krankenpflege Versicherte zu erbringen sind, bei Entbindung zu Hause oder in der Heilanstalt, ferner für die Pflege des Kindes und für Kontrolluntersuchungen. Stillt die Mutter ihr Kind während 10 Wochen ganz oder teilweise, hat ihr die Kasse ein Stillgeld von mindestens 50 Fr. auszubezahlen. Erwerbstätige Versicherte haben Anspruch auf das versicherte Krankengeld, sofern sie keine gesundheitsschädigende Arbeit verrichten.

Die Frau im «Flimser Modell»

In manch anderer Hinsicht aber waren die Fortschritte durch die «kleine» Revision offensichtlich ungenügend. Wir kennen die Gründe, die das Eidgenössische Departement des Innern veranlassten, 1969 eine Expertenkommission zur Prüfung einer Neugestaltung einzusetzen: von 1964 bis 1969 Ansteigen der Kosten für ambulante Behandlung um 82 Prozent, für Heilanstaltsbehandlung um 143 Prozent; Ungenügen der Leistungen vor allem wegen der zeitlichen Beschränkung bei Spitalaufenthalt usw. Die Vorschläge dieser Expertenkommission, bekannt unter dem Namen «Flimser Modell», stehen zurzeit im Vernehmlassungsverfahren. Nachstehende Aspekte sind für die Frauen von besonderer Bedeutung.

Die Krankengeldversicherung

Sie soll für Arbeitnehmer und für bestimmte Berufsgruppen Selbständigerwerbender obligatorisch, für die übrigen Personen und für den vom Obligatorium nicht gedeckten Leistungsbereich freiwillig sein. Dass das Obligatorium für die Männer bis zum 65., für die Frauen nur bis zum 62. Altersjahr dauern soll, ist eine Folge des niedrigeren AHV-Rentenalters der Frau, das keineswegs nur eine «Privilegierung» bedeutet, sondern wesentliche Nachteile mit sich bringt. Abgesehen davon jedoch bringt die vorgeschlagene Regelung die gewünschte Gleichstellung, wobei die lohnprozentuale Finanzierung auch mit der Prämienungleichheit aufräumt.

Die Bezugsdauer für Taggeldleistungen bei Mutterschaft soll von zehn auf zwölf Wochen ausgedehnt werden, von denen mindestens sechs auf die Zeit nach der Niederkunft entfallen müssen. Damit schlägt die Kommission eine Ausrichtung nach den international gültigen Normen vor, wie mehrere Frauenorganisationen sie beantragt hatten.

Einige von ihnen hatten ferner den Wunsch geäussert, es sei den nicht erwerbstätigen Frauen während der Bezugsdauer der Mutterschaftsleistungen ein Taggeld in der Höhe der entsprechenden Ansätze der Erwerbsersatzordnung zu gewähren. Die Kommission erwog daher, ob diese Entschädigung Gegenstand einer freiwilligen Versicherung werden sollte, gelangte aber zur Ablehnung, da nur junge, verheiratete Frauen sich versichern — und wieder austreten würden, sobald die gewünschte Kinderzahl erreicht ist. Als weitere Möglichkeit wurde die Ausrichtung einer Pauschalentschädigung im Rahmen der allgemeinen Krankenpflegeversicherung geprüft; man dachte an 500 Fr. pro Geburt, was jährliche Kosten von 50 Millionen Franken verursacht hätte. Man wird der Kommission beistimmen können in ihrer Schlussfolgerung, dass ein solcher Betrag heute sinnvoller angewen-

det werden kann als zur Prämierung einer jeden Geburt, insbesondere wenn man bedenkt, dass vielfach die Familienausgleichskassen derartige Wochenbettbeiträge auszahlen. Beizufügen wäre noch, dass am bisherigen System des Stillgelds nichts geändert werden soll.

Die Krankenpflegeversicherung

Hier sieht das «Flimser Modell» bekanntlich eine obligatorische, lohnprozentual finanzierte Spitalversicherung und daneben die Beibehaltung der bundesrechtlich freiwilligen allgemeinen Krankenpflegeversicherung für ambulante Behandlung, Zusatzversicherungen, Kurbeiträge, Leistungen bei Mutterschaft vor; auch die ersten fünf Tage eines Spitalaufenthalts, die von der obligatorischen Spitalversicherung nicht übernommen werden sollen — wohlgemerkt auch nicht bei Mutterschaft! — hätte die freiwillige Krankenpflegeversicherung zu decken.

Vom Standpunkt der Frauen aus sind es einmal die Finanzierungsvorschläge, die hier Bedenken erwecken. Während nämlich in der lohnprozentual finanzierten Spitalversicherung die erwerbstätigen Frauen die Kosten der nichterwerbstätigen Ehefrauen (die ja, wie in der AHV/IV, keine Beiträge zu leisten haben) sowie der Kinder mittragen und so die Lasten des Familienvaters erleichtern helfen, soll in der allgemeinen Krankenpflegeversicherung der Prämienunterschied von 10 Prozent bestehen bleiben. Der darüber hinausgehende, wesentliche Kostenunterschied zwischen Männern und Frauen soll durch entsprechende Bundesbeiträge ausgeglichen werden.

Um diese unvollständige Solidarität zwischen den Geschlechtern, wie sie heute besteht und nach dem Vorschlag der Expertenkommission auch in Zukunft bestehen soll, überhaupt zu verstehen, muss man sich vergegenwärtigen, dass die Schweiz im Gegensatz zu allen ausländischen Sozialversicherungssystemen keine Familienversicherung mit einer gleichmässigen Umlage auf alle Beitragspflichtigen kennt, sondern eine Individualversicherung, bei der die Versicherten nach versicherungstechnischen Grundsätzen in Risiko-Kategorien zusammengefasst werden und grundsätzlich Beiträge zu entrichten haben, die den für ihre jeweilige Kategorie anfallenden Kosten entsprechen: Männer, Frauen, Kinder, Städter, Landbewohner; auch nach Eintrittsalter sind die Beiträge gestuft. Diese Unterschiede, insbesondere jene zwischen Mann und Frau, werden durch Subventionen teilweise ausgeglichen; hierin liegt eine soziale Komponente unseres Systems. Die Frage ist nun: Entsprechen die Finanzierungsvorschläge des «Flimser Modells» jener Gerechtigkeit, welche die Frauen im Rahmen einer modernen Sozialgesetzgebung erwarten dürfen?

Nach heute geltender Regelung werden die Beiträge des Bundes wie folgt verteilt: Für Männer 10 Prozent, für Frauen 35 Prozent, für Kinder 30 Prozent der im Landesmittel für die betreffende Gruppe errechneten Krankenpflegekosten des Vorjahrs. Dazu kommen 40 Prozent je Wochenbett, ferner spezielle Beiträge bei Tuberkuloseerkrankung, für Invalide und für Bergzuschläge. Laut «Flimser Modell» sollen die Bundessubventionen inskünftig gezielter eingesetzt werden. Auf die Beiträge für Wochenbett, Tbc usw. will man verzichten, dafür aber die wirtschaftlich

schwächeren Versicherten, insbesondere die wenig bemittelten Betagten sowie Frauen und Kinder, subventionieren. Männer sollen keine Subvention mehr erhalten, ausser wenn sie wirtschaftlich schwach sind. Für Frauen ist der Ausgleich jener Mehrkosten vorgesehen, welche durch ihre nach wie vor um 10 Prozent erhöhten Beiträge nicht gedeckt werden; nach den Berechnungen des Bundesamtes für Sozialversicherung macht das 1974 je versicherte Frau Fr. 184.04 oder total 403 784 000 Fr. Zur Beurteilung der Proportionen sei gesagt, dass die gesamten Bundessubventionen auf 756 Millionen Franken veranschlagt sind. Weit mehr als die Hälfte davon laufen also unter der Bezeichnung «zugunsten der Frauen»; die Mutterschaft ist darin eingeschlossen. Und das, wohlverstanden, nur für die ambulante Behandlung; bei der Spitalversicherung löst die lohnprozentuale Finanzierung die Dinge auf ganz andere Weise.

Die «teuren» Frauen

An der versicherungsmathematischen Realität der «teuren Frauen» lässt sich nicht rütteln. Die Erkrankungsfälle (ohne Wochenbett) liegen je versicherte Frau im Landesmittel etwas über 150 Prozent derjenigen je versicherten Mann, die Kosten noch etwas höher. Gründe dafür liessen sich viele anführen; statistisch erhärtet ist die Tatsache, dass die Kostendifferenz zwischen Mann und Frau überwiegend in den Altersstufen 20 bis 45 besteht. Auch andere Zahlen der Statistik lassen zwar nicht den Beweis, aber doch die Vermutung zu, dass die erhöhten Kosten der Frau vor allem mit ihrer biologischen Aufgabe zusammenhängen. So ist der Kostenunterschied grösser bei den zentralisierten Kassen, wo vielfach die Familien versichert sind, als bei den Betriebskrankenkassen, wo die weiblichen Mitglieder zu einem grossen Teil aus jungen Mädchen und älteren Frauen bestehen. In der Krankengeldstatistik liegt — sicher teilweise aus demselben Grund — die Erkrankungshäufigkeit je versicherte Frau sogar unter jener der Männer, desgleichen die Krankentage je Versicherte.

Ist es unter diesen Umständen richtig, einen Teil der Mehrkosten der Gesamtheit der Frauen anzulasten? Und ist es richtig, mehr als die Hälfte aller Bundesbeiträge mit der Etikette «zugunsten der Frauen» zu versehen, obschon durch sie nicht zuletzt auch der nach geltendem Familienrecht zum Unterhalt verpflichtete Ehemann und Familienvater entlastet wird? Wir brauchen nun einmal zur Erhaltung der Art zweierlei Menschen, und die eine davon hat einen komplizierteren Organismus, der mehr Kosten verursacht. Wäre es nicht an der Zeit, auch bei uns daraus die Konsequenzen für die Sozialversicherung zu ziehen?

Solidarität in der Freiwilligkeit?

Die Frage ist nur: Wie soll denn die Finanzierung erfolgen? Ursprünglich hatte die Subkommission II der Expertenkommission vorgeschlagen, die ganze Kostendifferenz durch eine Subvention auszugleichen, doch beim Suchen nach Sparmöglichkeiten kam man auf die jetzige Lösung zurück. Eine noch weitergehende Subventionierung oder gar eine Kürzung des Anteils der wirtschaftlich schwächeren Versicherten wäre auch kaum die richtige Lösung.

Natürlich erwog man weitere Möglichkeiten, so insbesondere eine entsprechende Erhöhung der Männerprämie. Aber ihnen will man ja bereits die bisherige Subvention von 10 Prozent wegnehmen. Wollte man ihnen darüber hinaus noch einen Teil der Frauenprämie aufladen, so gäbe es gewiss Opposition. «Soll ein Familienvater Solidaritätsbeiträge für gut verdienende alleinstehende Frauen bezahlen?» So argumentierten Männer in der Kommission — und vergassen, dass ihr Solidaritätsbeitrag in erster Linie der eigenen Frau und damit dem eigenen Portemonnaie zugute käme, und dass jene gut verdienende Alleinstehende im Sektor Spitalversicherung die Kosten der Familie mitträgt.

Wesentlich sind indessen nicht solche kleinlichen Rechnereien an sich, sondern der Umstand, dass sie sich in der Praxis negativ auswirken würden. In unserem System muss der Risiko-Ausgleich grundsätzlich innerhalb jeder einzelnen Kasse erfolgen, nicht über die Gesamtheit aller Versicherten. Also würde die bereits bestehende Tendenz zur Schaffung reiner Männerkassen verstärkt; der eingangs erwähnte Art. 6 KUVG lässt dazu genügend Spielraum offen. Auch könnte eine zu hohe Prämie viele Männer zur Abwanderung in die Privatversicherung veranlassen, die eben die guten Risiken herauspikken und die Prämien entsprechend ansetzen darf. In dieser Abwanderungsgefahr liegt denn auch — wie Dr. Pierre Gygi im «Bund» Nr. 102 überzeugend dargelegt hat — eine der Schwächen des «Modells 72», das eine unter bestimmten Voraussetzungen einheitliche Erwachsenenprämie vorsieht.

Wir mögen es drehen wie wir wollen: Auf dem Boden der Freiwilligkeit lässt sich keine volle Solidarität verwirklichen. Die Frage der Frauenprämien ist dafür nur eins von vielen Beispielen. Sie ist ein Einzelaspekt, der als solcher nicht hochgespielt werden soll, doch bietet sie Anlass zum Nachdenken über das Ausmass der Solidarität im Rahmen des bestehenden und zur Weiterführung empfohlenen Systems.

Gefährliche Aufspaltung

Schwerer noch wiegen die Bedenken, die sich vom Standpunkt der Frauen aus gegen die beabsichtigte Aufspaltung der Krankenpflegeversicherung in eine obligatorische Spital- und eine freiwillige allgemeine Krankenpflegeversicherung aufdrängen. Wie wird sich das auf die Versicherungsdichte auswirken? Da die Beiträge für die allgemeine Krankenpflegeversicherung keineswegs kleiner sein werden als heute für den ambulanten und den stationären Sektor zusammen, sondern infolge all der neuen Leistungen, die man — welch innerer Widerspruch! — der freiwilligen Versicherung aufzwingen will, schätzungsweise doppelt so hoch, ist die Gefahr sehr gross, dass «gute Risiken» und wirtschaftlich besser Situierte entweder in die Privatversicherung abwandern oder das Risiko für ambulante Behandlung selber tragen, in der Meinung, im «schlimmsten Fall» seien sie ja für Spitalkosten versichert. In der Folge wird mancher die bittere Erfahrung machen, dass «Grossrisiko» nicht identisch zu sein braucht mit «Spital».

Auch die — an sich begrüssenswerte — Absicht, die medizinische Behandlung bei Invalidität ganz den Kassen zu übertra-

gen und damit die unglückliche Zweiteilung gemäss Art. 12 IVG abzuschaffen, wirkt der Versicherungsbereitschaft entgegen — denn wer nicht versichert ist, soll im Invaliditätsfall ohne Vorbehalt für die betreffende Krankheit von einer Kasse aufgenommen werden müssen! Der Einzelne kann sich also auch im Hinblick auf eine solche Möglichkeit in Sicherheit wiegen, und um so leichter wird er auf eine Krankenpflegeversicherung verzichten. So wird die Risikogemeinschaft zusammenschrumpfen, und die Belastung jener, die sie am nötigsten haben, wächst. Zu ihnen gehören in erster Linie die Frauen. Aber gerade Familienmütter werden oft versucht sein, am falschen Ort zu sparen, wenn die Krankenkassenbeiträge für sie höher (im Fall einer günstigen Betriebsversicherung des Mannes wesentlich höher) wären, als jene für den Ehemann und die Kinder, um so mehr als sie sich durch die Spitalversicherung genügend geschützt glauben. So wird dann für Nichtversicherte im Erkrankungsfall die Versuchung gross sein, den Arzt um Spitaleinweisung zu bitten; ein von einer bloss freiwilligen allgemeinen Krankenpflegeversicherung flankiertes Spitalobligatorium führt daher viel eher zur übermässigen Spitalbeanspruchung, als dies in einem einheitlichen System der Fall ist.

Gerade die Frauen haben also allen Grund, sich die Frage vorzulegen, ob es angesichts der heute erreichten Versicherungsdichte von 90 Prozent und angesichts der Kompliziertheit des freiwilligen Sektors mit allen seinen Unzulänglichkeiten nicht an der Zeit wäre, endlich mutig den ganzen Schritt vom unübersehbaren Wirrwarr kantonaler und kommunaler Obligatorien weg zu wagen und — wie das übrige Europa — zu einer umfassenden Solidarität zu gelangen. Diese Solidarität brauchte keinesfalls «jeden Schnupfen» zu decken; auch darüber, ob die Finanzierung voll lohnprozentual oder — wie das Konkordat der Krankenkassen es vorschlägt — gemischt erfolgen soll, liesse sich diskutieren.

Dr. rer. pol. Sylvia Arnold

Wie ich zu den Akten der Frauenstimmrechtsbewegung kam

Ja, woher kamen die Akten der Frauenstimmrechtsbewegung, die am 7. Februar, dem ersten Jahrestag der Einführung des Frauenstimmrechts in der Schweiz, dem Schweizerischen Sozialarchiv in Zürich übergeben wurden? Gesammelt habe ich sie nicht, wie man etwa Briefmarken oder alte Münzen sammelt. Sie sind mir von Vor- und Mitkämpferinnen und durch meine eigene Arbeit für das Frauenstimmrecht zugefallen.

Angefangen hat es damit, dass Frau S. Streuli-Schmidt, Mutter von Bundesrat Dr. Hans Streuli und aufgeschlossene Präsidentin der freiwilligen hauswirtschaftlichen Fortbildungsschule Wädenswil, mich veranlasste, den Töchtern dieser Schule Unterricht in Staatsbürgerkunde zu erteilen, an der Saffa 1928 eine Lektion darzustellen und ein Jahr später Unterschriften für die schweizerische Petition für das Frauenstimmrecht zu sammeln. Mit Frau Streuli und Frau Dr. E. Züblin-Spiller nahm ich an der Gründung der «Union für Frauenbe-