Zeitschrift: Rote Revue : sozialistische Monatsschrift
Herausgeber: Sozialdemokratische Partei der Schweiz
Band: 32 (1953)
Heft: 9

Artikel: Zur Revision der Krankenversicherung
Autor: Schneider, Friedrich
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-336736

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: 02.07.2025

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

artige Landesrisiken heraufbeschwören. *Die Freiheit der Wirtschaft muß notwendigerweise da ihre Grenze haben, wo sie zu schweren Schäden für den Nebenmenschen, den Mitbürger führt, Nachteil und Schaden für Gesellschaft und Staat herbeiführt.*

FRIEDRICH SCHNEIDER

Zur Revision der Krankenversicherung

I.

Seit Jahren ist die Revision des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911 (KUVG) im Gange. Sie hat sich aber bisher in stillen Kommissionszimmern abgespielt. Nur ab und zu drangen meist recht unklare Mitteilungen in die Außenwelt und halfen damit bei allen Interessenten die Unsicherheit über Weg und Ziel der Revision zu verstärken. Aber das ist der übliche Gang der Dinge in helvetischen Landen, wenn ein Gesetz geboren werden soll.

Nun hat die große Expertenkommission für die Revision des KUVG ihre Arbeiten abgeschlossen. Eine Redaktionskommission wird Ende August das Werk überarbeiten, damit es den Kantonsregierungen und Verbänden zur Vernehmlassung unterbreitet werden kann. Im Scheinwerferlicht der Öffentlichkeit wird es wohl nach allen Regeln eidgenössischer Kritikfreude durchgehächelt, um seine Väter von der Unzulänglichkeit ihrer Arbeit zu überzeugen, was aber kein Unglück ist, wenn dann am Schlusse wirklich etwas Rechtes herauskommt. Das ist in diesem Falle dringend zu wünschen, weil es sich um eine Sache handelt, die wirklich das ganze Volk und sein Wohl angeht — um die man sich aber leider in gesunden Tagen meist nicht allzuviel kümmert.

II.

Angeregt durch die deutsche Sozialgesetzgebung der Bismarckschen Epoche hat der nachmalige Bundesrat Dr. Ludwig Forrer auf Grund der bereits bestehenden Verfassungsbestimmung in den neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts einen Gesetzesentwurf über die Krankenversicherung ausgearbeitet, der nach einer Expertenkommission auch die Zustimmung der Bundesversammlung erreichte. Er sah die Versicherungspflicht für alle Arbeitnehmer vor, zu erfüllen in staatlichen Kreiskrankenkassen. Auf die bereits bestehenden Krankenkassen, die aus dem Willen zu kollektiver Selbsthilfe in mühseliger Arbeit aufgebaut worden waren und die viel Gutes

geleistet hatten, wurde keine Rücksicht genommen. Das Gesetz verurteilte sie zum Untergang oder zu einem armseligen Dasein. Es ist verständlich, daß aus der Mitte der Krankenkassen dem Forrerschen Entwurf entschlossener Kampf angesagt wurde. Der Rauhreif einer unerwartet verwerfenden Volksabstimmung an einem Maiensonntag des Jahres 1900 hat ihn in den Orkus der schweizerischen Demokratie befördert, wo schon manch «schönes» Gesetz gelandet ist.

Die Verwerfung eines Gesetzes ist aber nur die eine Seite; die andere sieht wesentlich unangenehmer aus, sofern nicht ohne objektives Bedürfnis die Gesetzesmühle in Bewegung gesetzt wurde. In diesem Falle bestand das Bedürfnis einer bundesgesetzlichen Regelung der Krankenversicherung ohne jeden Zweifel. Nach dem Begräbnis der Vorlage von 1900 wurde sofort nach einer neuen Lösung gerufen. Die Sozialdemokratische Partei, nach der Solothurner Hochzeit mit dem Grütliverein Anno 1903 mit Energie geladen, sowie der Gewerkschaftsbund forderten ein neues Gesetz. Aber auch aus andern Kreisen wurde energisch in der gleichen Richtung vorgestoßen, so daß sich der Bundesrat der Aufgabe nicht entziehen konnte. Im Jahre 1906 erschienen Botschaft und Entwurf zu einem Gesetz über die Kranken- und Unfallversicherung. Es ist klar, daß die bisherigen Erfahrungen den Inhalt bestimmten.

Am 13. Juni 1911 erfolgte in beiden Räten der Bundesversammlung die Schlußabstimmung. Das war die Geburtsstunde des geltenden KUVG. Im ersten Teil wurde die Krankenversicherung geregelt, und zwar in der Form eines Subventionsgesetzes, das den vorhandenen oder neu zu gründenden Krankenkassen unter bestimmten Bedingungen Bundesbeiträge zusicherte. Es sah keine eidgenössische Krankenversicherungspflicht mehr vor und wollte von Bundes wegen keine staatlichen Kassen ins Leben rufen. Die vorhandenen oder neu zu gründenden Krankenkassen konnten sich nach ihrem Belieben einrichten und erhielten trotzdem Bundesbeiträge zugesichert, wenn sie nur die Mindestanforderungen des Gesetzes hinsichtlich der Leistungen und der Sicherheit erfüllten. Das Gesetz ermächtigte die Kantone, die Versicherungspflicht für ihre Bevölkerung je nach Bedürfnis einzuführen. Dafür wurde die Unfallversicherung für bestimmte Arbeitnehmergruppen von Bundes wegen obligatorisch erklärt und für ihre Durchführung eine Staatsanstalt ins Leben gerufen.

Das KUVG von 1911 war ein Kompromiß, der auf den ersten Blick nur einen kleinen Teil einer guten Krankenversicherung erfüllte. Der inzwischen in den Bundesrat eingetretene Dr. Ludwig Forrer soll im Hinblick auf seinen Kollegen Dr. Deucher maliziös gesagt haben, das Gesetz sei schlechte Spenglerarbeit eines guten Mediziners. Aber es war nicht so schlecht wie sein Ruf. Zuerst mußte es zwar noch in der Volksabstimmung im Jänner 1912 erfolgreich verteidigt werden, was dem Schreibenden Gelegenheit bot, seine erste

öffentliche Volksversammlungsrede zu halten. Nach seiner Inkraftsetzung begann eine gewaltige Entwicklung der Krankenversicherung. Die bundesrätliche Botschaft von 1906 ging von 600 000 in der Schweiz bereits gegen die Folgen von Krankheit irgendwie versicherten Personen aus. Jetzt dürften rund 75 Prozent des Schweizervolkes, weit über 3 Millionen Einwohner, von der sozialen Krankenversicherung erfaßt sein. Davon sind ungefähr 650 000 pflichtversichert. Die Einführung der Pflichtversicherung wurde wie gesagt den Kantonen überlassen, die dieses Recht meist ins Belieben der Gemeinden stellten. Die Krankenversicherung hat sich dann auch nicht gleichmäßig entwickelt und wurde organisatorisch zur reinsten Musterkarte. Vom Bundesrat wurden im Laufe der Jahrzehnte rund 1200 Kassen anerkannt, worunter sich neben vielen Zwergkäßchen Riesengebilde — für schweizerische Verhältnisse — befinden.

Diese Vielfalt behagt nicht allen Leuten. Sie betrachten sie als Ursache von Kraftverschwendung und bürokratischem Leerlauf, vergessen aber dabei, daß sie damit eine echt schweizerische Eigenschaft, ja eine der Existenzgrundlagen unseres Landes verneinen. Die Schweiz würde als zentralisierter Einheitsstaat längst der Geschichte angehören. Ihr Föderalismus, gepaart mit bundesstaatlichen Bindungen, ist der Garant ihres Daseins als freies und unabhängiges Land. Das dürfte wohl kaum mehr ernsthaft bestritten werden.

Wie die staatliche Stärke der Eidgenossenschaft in ihrem föderativen Aufbau beruht, so ist die Entwicklung der Krankenversicherung aus der erwähnten Vielfalt zu erklären. Neben den kleinen lokalen, weder politisch noch religiös gefärbten Kassen gibt es unzählige Betriebskassen, daneben Gewerkschaftskassen der verschiedensten Richtungen, Kassen konfessionellen Einschlages, öffentliche Krankenkassen kommunalen oder kantonalen Ausmaßes, regionale und zentralisierte Kassen. Mit Ausnahme der öffentlichen Kassen, die auf Behördebeschlüssen beruhen, haben alle ihr Eigenleben, das durch den Willen der Mitglieder mehr oder weniger befruchtet wird. Sogar die zentralisierten Kassen gliedern sich in Sektionen, in denen die Selbstverwaltung durch die Mitglieder zum Ausdruck kommt. Wenn unseren öffentlichen Kassen ein Fehler anhaftet, dann ist es der, daß die Mitglieder nicht mehr zur Selbstverwaltung herangezogen werden. Gerade in der Demokratie ist die behördliche Angst vor dem Mitbestimmungsrecht der Mitglieder nicht erklärlich.

Es ist auch durchaus gegeben, daß die Beziehungen der Partner der Krankenversicherung (Krankenkassen, Ärzte, Apotheker, Spitäler usw.) in der Hauptsache nicht durch das Gesetz, sondern mittels Vertrages geordnet werden. Da aber wichtige Interessen der Mitglieder der Krankenkassen auf dem Spiele stehen, muß das Gesetz für den vertragslosen Zustand vorsorgen. Das ist wohl die einzige weitgehende Änderung im neuen Entwurf.

III.

Wer von der angestrebten Revision des KUVG eine Strukturänderung der Krankenversicherung erwartet, wird enttäuscht sein. Ihr bisheriger Aufbau hat sich bewährt, womit nicht gesagt sein soll, daß jedes kleine Käßlein seine unbedingte Existenzberechtigung nachweisen kann. Der neue Entwurf bringt also keine grundsätzliche Strukturwandlung. Wohl sämtliche Experten hätten sich ihr widersetzt. Dafür ist er eine straffe Zusammenfassung der gesamten in Frage kommenden Materie. Er trägt den Titel: «Bundesgesetz über die Kranken- und die Mutterschaftsversicherung» und stützt sich auf die Art. 34 bis, 34 quinquies, Absatz 4, und Art. 64 bis der Bundesverfassung. Der Entwurf gliedert sich in vier Teile.

Im ersten Teil wird die Krankenversicherung und im zweiten die Mutterschaftsversicherung geregelt, während der dritte die gemeinsamen und der vierte die Schluß- und Übergangsbestimmungen enthält. Damit löst sich die Krankenversicherung von der Unfallversicherung los, die sich beide selbständig und unabhängig voneinander entwickelt haben. Es wird also nur ein bereits bestehender Zustand festgehalten. Jeder Teil ist wieder in verschiedene Abschnitte aufgespalten. Betrachten wir so kurz wie möglich die verschiedenen Teile.

IV.

Der erste Abschnitt des ersten Teiles enthält die allgemeinen Bestimmungen der Krankenversicherung. Der Bund fördert nach Maßgabe des Gesetzes die Krankenversicherung durch Gewährung von Beiträgen an anerkannte Krankenkassen und Rückversicherungsverbände.

Der Entwurf verzichtet also auf ein eidgenössisches Obligatorium der Krankenversicherung. Im Anfangsstadium der Beratungen bekannte sich die Expertenkommission zur Pflichtversicherung für wenigbemittelte Personen in Erkenntnis der Tatsache, daß die gewaltige Entwicklung der Krankenversicherung vielerorts nicht vermochte, jene Kreise zu gewinnen, die sie am nötigsten hätte. Aber die Verwerfung der Tuberkulosegesetznovelle im Mai 1939, die das Obligatorium der Krankenversicherung enthielt, hat die Kommission bewogen, auf die Pflichtversicherung von Bundes wegen zu verzichten. Die Kantone erhalten wie bisher die Ermächtigung, die Krankenversicherung für die ganze Bevölkerung oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch zu erklären.

In Abweichung vom geltenden Recht können in Zukunft außer den Kassen auch Rückversicherungsverbände anerkannt werden. Das ist von Bedeutung für die Tuberkulose-, Mutterschafts- und der neuestens angestrebten Versicherung langandauernder und chronischer Krankheiten, die im Art. 30 zu ihrem Recht gekommen sind. Da es sich um Organisationen der Risiko-

verteilung handelt, muß ein Rückversicherungsverband mindestens 40 000 Mitglieder aufweisen, wenn er anerkannt werden will. Die übrigen Artikel des zweiten Abschnittes umschreiben die sonstigen Bestimmungen für die Anerkennung der Kassen und Rückversicherungsverbände.

Der dritte Abschnitt regelt die Zugehörigkeit zu einer Kasse. Wer sich dauernd in der Schweiz aufhält, hat das Recht, in eine Kasse einzutreten, wenn er das 50. Altersjahr nicht überschritten hat. Beide Geschlechter sind von den Kassen gleichen Aufnahmebedingungen zu unterstellen. Durch die Statuten können die Kassen bestimmen, daß die Versicherung eines Familienhauptes auch die Angehörigen nach sich zieht. Die Freizügigkeit wird besser geregelt.

Im vierten Abschnitt werden die Leistungen der Krankenversicherung umschrieben. Sie umfassen wenigstens die Kosten für ärztliche Behandlung und Arznei oder ein tägliches Krankengeld von mindestens 2 Fr. Alle vom Arzt angeordneten Behandlungen und Analysen sowie die pharmazeutischen Spezialitäten werden zu Pflichtleistungen der Kassen. Leider konnten diese Leistungen nicht auf unbeschränkte Dauer vorgeschrieben werden, obwohl einzelne Kassen längst dazu übergegangen sind. Auch die Verpflegung in den Krankenanstalten wurde zu keiner Pflichtleistung. Das liegt weniger an den Kassen als an den unerschwinglichen und kaum versicherbaren Selbstkosten der großen Spitäler. Die Leistungen der Krankenpflegeversicherung sind innerhalb 540 Tagen für wenigstens 360 Tage, für Tuberkulosekranke mindestens 1800 Tage in sieben aufeinanderfolgenden Jahren zu gewähren. Das ist eine ins Gewicht fallende Verbesserung, da die Pflichtleistung in der Krankenversicherung bisher 180 Tage und für Tuberkulosekranke 540 Tage beträgt. Zu den weitgehenden Leistungen an Tuberkulosekranke werden alle anerkannten Krankenkassen verpflichtet.

Der Schicksalsabschnitt des Entwurfes ist zweifellos der über die Mitwirkung der Ärzte und Apotheker. Als Ärzte gelten nur Personen, welche das eidgenössische Diplom besitzen. Für die Apotheker ist dazu noch die kantonale Bewilligung zur Berufsausübung erforderlich. Die freie Arztwahl im bisherigen Umfange ist beibehalten. Die Honorierung der Ärzte hat innerhalb eines Rahmentarifes zu erfolgen, der von einer kantonalen Kranken- und Mutterschafts-Versicherungskommission festgesetzt wird (Art. 37), die aus einem neutralen Vorsitzenden und zwei neutralen Beisitzern sowie entsprechend den zu behandelnden Fällen aus je drei von den Organisationen der Kassen und der Ärzte, Apotheker oder Kranken- und Kuranstalten vorgeschlagenen Vertretern besteht (Art. 86). Ferner setzt die Kommission für die wenigbemittelten Versicherten einen Tarif fest, dessen Mindestbeträge denjenigen des Haupttarifes entsprechen und dessen Höchstbeträge unter denjenigen des Haupttarifes anzusetzen sind. Diese Rahmentarife bedürfen

zu ihrer Gültigkeit der Genehmigung der Kantonsregierung, womit der höchsten exekutiven kantonalen Autorität das Mitbestimmungsrecht gesichert ist. Diese Regelung legt aber die Aufstellung des Rahmentarifes in die Hände einer Sachverständigenkommission und entzieht sie irgendeinem kantonalen Beamten.

Die Beziehungen zwischen den Kassen und den Ärzten werden im Rahmen des Gesetzes durch Verträge zwischen den Kassen oder ihren Verbänden und dem kantonalen Berufsverband der Ärzte geordnet, dem die größte Anzahl der im Kantonsgebiet regelmäßig und selbständig praktizierenden Ärzte angehört. Die Behandlung der Versicherten kann in den Verträgen ausschließlich den daran beteiligten Ärzten übertragen werden. In den Verträgen können die Versicherten, auf deren Behandlung der Tarif Anwendung findet, im Hinblick auf die Honorierung der Ärzte nach der Höhe ihres Einkommens und Vermögens in zwei Gruppen eingeteilt werden. Die Verträge bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Genehmigung der Kantonsregierung, die zu prüfen hat, ob die Taxen und die übrigen Vertragsbestimmungen dem Gesetz und der Billigkeit entsprechen.

Und nun kommt etwas sehr Wichtiges: Kommt kein Vertrag zustande, so kann jede Partei die kantonale Kranken- und Mutterschafts-Versicherungskommission anrufen, worauf diese unter Berücksichtigung bisheriger Verhandlungsergebnisse einen Schlichtungsvorschlag unterbreitet. Wird sie angerufen, so gilt die bisherige Regelung bis zum Abschluß eines neuen Vertrages weiter, höchstens jedoch während 12 Monaten. Wird der Schlichtungsvorschlag abgelehnt, so umschreibt die Kommission den Kreis der wenigbemittelten Versicherten unter Berücksichtigung ihrer Einkommens- und Vermögensverhältnisse. Sie sorgt für die Sicherstellung der Behandlung der Versicherten dieser Gruppe. Die Kassen haben die Honorare für diese Behandlung im Rahmen des Tarifes mit dem niedrigsten Höchstansatz zu bezahlen. Für die übrigen Versicherten wird ein Rückerstattungstarif festgesetzt.

Es ist also nicht so, wie kürzlich in der Presse behauptet wurde, die Einteilung der Versicherten erfolge von Gesetzes wegen. Das ist nur im vertragslosen Zustand der Fall, während sie in den Verträgen vorgesehen werden kann. Aber ein Zwang besteht nicht. Die übrigen Bestimmungen dieses und der folgenden Abschnitte sind nicht von besonderer Wichtigkeit.

Als Bundesbeiträge sind vorgesehen:

a) für Kinder bis und mit dem Jahre, mit dem sie das 15. Altersjahr zurücklegen, 12 Fr.;

b) für Erwachsene mit dem Jahre, in welchem sie das 16. Altersjahr zurücklegen:

für männliche Versicherte 10 Fr.;
für weibliche Versicherte 15 Fr.

Diese Ansätze erhöhen sich für obligatorisch Versicherte, für Kinder und Frauen um 1 Fr. und für Männer um 50 Rp. Die ordentlichen Beiträge werden auch um je 1 Fr. für Kassen erhöht, welche die Bezugsdauer auf wenigstens 720 Tage im Laufe von 2½ Jahren festsetzen. Für die Krankengeldversicherung leistet der Bund je erwachsenem Versicherten Fr. 3.50. Diese Beiträge verstehen sich pro Jahr. Die Kantone haben den Kreis der bundesbeitragsberechtigten Versicherten zu bestimmen. Anders und besser sind die Bundesbeiträge für Tuberkulosekranke geregelt. Der Bund ersetzt den Kassen oder Rückversicherungsverbänden 35 Prozent der Kosten bis zu einer Krankheitsdauer von 1080 Tagen und 50 Prozent vom 1081. Tage an. An die Leistungen für größere Operationen beträgt der Beitrag 50 Prozent. Diese prozentuale Kostenbeteiligung des Bundes wäre auch in der allgemeinen Krankenversicherung wünschenswert, denn er übt durch seine Organe einen großen Einfluß auf die Kostengestaltung der Kassen aus und meist nicht etwa in mäßigendem Sinne.

Der zweite Teil des Entwurfes bringt die Mutterschaftsversicherung. Sie ist für alle sich dauernd in der Schweiz aufhaltenden Frauen obligatorisch, sofern sie zum Personenkreis gehören, der Anspruch auf Bundesbeiträge hat. Die Versicherungspflicht besteht ohne Rücksicht auf den Zivilstand und den Gesundheitszustand. Sie beginnt mit dem 19. und endigt mit dem 50. Altersjahr. Die Versicherungspflicht hat durch Beitritt zu einer Krankenkasse erfüllt zu werden. Als Leistungen sind vorgesehen:

1. Im Falle der Entbindung zu Hause:
   a) die Kosten der Hebamme;
   b) allfällige Kosten für ärztliche Behandlung und Arzneimittel;
   c) einen Beitrag an die weiteren Kosten des Wochenbettes von 100 Fr., der sich bei Mehrlingsgeburten für jedes weitere Kind um den gleichen Betrag erhöht.

2. Im Falle der Entbindung in einer Krankenanstalt:
   a) die Kosten für ärztliche Behandlung und Arzneimittel;
   b) einen durch Verordnung festzusetzenden täglichen Beitrag an die Kosten für die Verpflegung des Kindes, solange sich die Versicherte innerhalb sechs Wochen nach der Niederkunft in der Krankenanstalt aufhält;
   c) einen durch Verordnung festzusetzenden Beitrag an eine allfällige Entbindungstaxe der Krankenanstalt;

d) einen Beitrag an die weiteren Kosten des Wochenbettes von 100 Fr., der bei Mehrlingsgeburten für jedes Kind ausgerichtet wird.

3. Die Kosten für höchstens vier Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und für eine solche innerhalb sechs Wochen nach der Niederkunft.

Selbstbehalt darf nicht erhoben werden, dagegen ist eine Krankenscheingebühr erlaubt. Es kann auch ein Taggeld versichert werden, das aber nur zur Auszahlung kommt, wenn keine gesundheitsschädliche Arbeit verrichtet wird. Wenn die Versicherte ihr Kind während zehn Wochen stillt, hat sie mindestens 30 Fr. zugut. Für weitere vier Wochen erhöht sich das Stillgeld auf 40 Fr. Die Leistungen der Mutterschaftsversicherung dürfen auf die Bezugsdauer in der Krankenversicherung nicht angerechnet werden. Das Honorar der Hebammen bei Hausgeburten wird normalerweise von der Kasse geschuldet.

Die Deckung dieser Kosten erfolgt durch Zuschlag auf den Krankenversicherungsprämien der weiblichen und männlichen Versicherten. Frauen, die nur für Mutterschaft versichert sind, haben die Prämien selbst aufzubringen. Der Bund gewährt für jede Niederkunft einer bezugsberechtigten Versicherten 60 Fr. sowie die Wochenbettbeiträge. Ebenso vergütet er den Kassen die Mindeststillgelder. Aus den restlichen Mitteln des besonderen Fonds aus den Einnahmen der zentralen Ausgleichsfonds der Lohn- und Verdienstersatzordnung wird eine Rückstellung für die Mutterschaftsversicherung gebildet, die durch jährliche Einlagen des Bundes von 3 Prozent des Bestandes weiter geäufnet wird.

Der dritte Teil ordnet die Aufsicht des Bundes und die Mitwirkung der Kantone sowie die Rechtspflege und die Strafbestimmungen, während im vierten Teil die Schluß- und Übergangsbestimmungen untergebracht sind. Der Entwurf zählt 101 Artikel.

V.

Wer vom Revisionswerk das Maximum an möglichen Verbesserungen der Krankenversicherung erwartete, wird kaum zufrieden sein. Aber auch über diese Verbesserungen dürften die Meinungen der Versicherten weit auseinandergehen. Während viele Kassenfunktionäre — und nicht nur beamtete — in der Zulassung jedes Arztes zur Kassenpraxis die Ursache der finanziellen Nöte der Krankenversicherung erblicken, will der Versicherte meist in der Auswahl seines Arztes nicht behindert sein. Auch soll der Arzt durch die Kasse in der Behandlung der Kranken in keiner Weise geniert werden. Er

soll alles verschreiben dürfen, was ihm, aber auch oft dem Patienten als nötig erscheint. Wenn aber dann die Kosten in Form einer Prämienerhöhung gedeckt werden sollen, tönt's wieder ganz anders.

Der Entwurf läßt einiges zu wünschen übrig. Ein eidgenössisches Teilobligatorium ist an sich eine sozialpolitische Notwendigkeit. Die unbeschränkte Leistung bei ambulanter Behandlung und die pauschale Abgeltung bei Spitalverpflegung auf mindestens 720 Tage innerhalb 2½ Jahren wären zeitgemäß. Lohnersatz und Pflegeleistungen als Äquivalent einer einheitlichen Prämie ist wünschenswert. Die prozentuale Beteiligung des Bundes an den Kosten der Krankenpflege wie bei der Tuberkuloseversicherung ist ein vernünftiges Postulat. Gerecht vom Standpunkt der Lastenverteilung aus, wäre auch eine prozentuale Prämie des Lohnes. Die erwerbstätige Frau ist in der Mutterschaftsversicherung benachteiligt. Sie geht nicht zum Vergnügen dem Erwerb nach — von den Kindern weg. Diese Tatsache berücksichtigt der Entwurf nicht. Das sind einige kritische Auslegungen.

Aber wenn man sich der Jeremiaden erinnert, die schon in der Kommission über die Kosten von über 30 Millionen, die von den Neuerungen verursacht werden, zu hören waren, so dürfte der Entwurf auch unter diesem Gesichtswinkel der Kritik standhalten. Er ist zweifellos eine brauchbare Beratungsgrundlage für die eidgenössischen Räte, um so wertvoller, weil er neben sozialpolitischen Verbesserungen in seinem Hauptstück auf einer Verständigung zwischen der Ärzteschaft und den Krankenkassen beruht. Es ist zu hoffen, daß sie zum Ausgangspunkt einer für alle Glieder der Krankenversicherung wertvollen Zusammenarbeit wird, die sich restlos zum Wohle der Kranken auswirken muß!