

Zeitschrift: Wissen und Leben
Band: 3 (1908-1909)

Artikel: Die Kranken- und Unfallversicherung nach den Beschlüssen des Nationalrats
Autor: Steiger, J.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-750970>

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

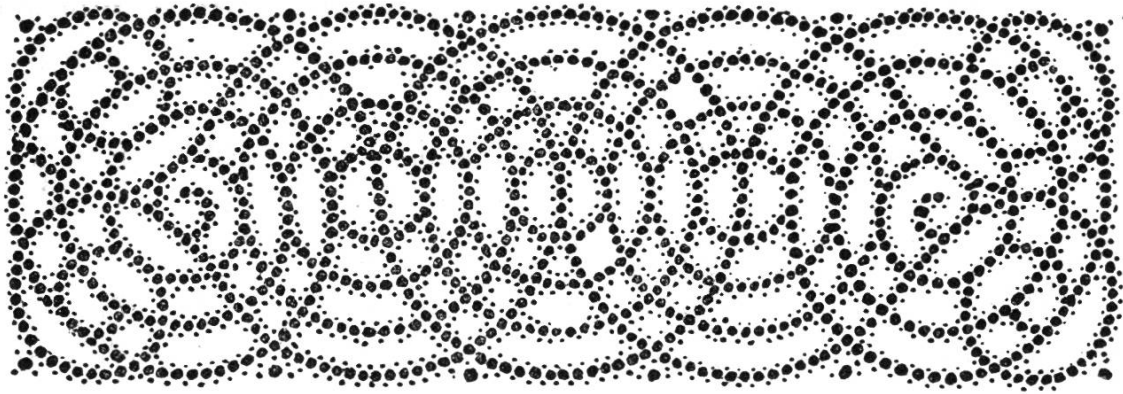
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

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: 01.10.2024

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



DIE KRANKEN- UND UNFALL- VERSICHERUNG NACH DEN BE- SCHLÜSSEN DES NATIONALRATS

In der Nachtsitzung vom 7. Oktober 1908 hat der Nationalrat die Vorlage der Kranken- und Unfallversicherung mit 84 gegen 4 Stimmen angenommen. Das Resultat erinnert lebhaft an die Abstimmung über die lex Forrer von 1899 im gleichen Rat, wo alle Mitglieder mit Ja stimmten, ausgenommen der jetzige Gesandte in Petersburg, Herr Odier, der allein die wahre Meinung des Schweizervolkes vertrat, wie sie sich am 20. Mai 1900 zur Genüge herausstellte. Auch dieses Mal wird man sich hüten müssen, aus dem Abstimmungsresultat vorzeitige Schlüsse auf die wirklich im Nationalrat herrschende Stimmung zugunsten der Vorlage ziehen zu wollen. Der Rat, der 167 Mitglieder zählt, war kaum mehr beschlussfähig. Die meisten Mitglieder hatten sich verzogen. Und warum? Weil viele sich angesichts der bevorstehenden Wahlen vom 25. Oktober offenbar nicht kompromittieren wollten, woraus kein Geheimnis gemacht wurde. Nur das erklärt, warum sich der Rat vor der Abstimmung so gelichtet hat. Wieviele der tapfer gebliebenen 84 angesichts des ominösen 25. Oktobers mit einem Ja im Munde und einem Nein im Herzen gestimmt haben, das wird auch der erfahrenste politische Herzenskündiger nie herausbringen. Es fällt uns nicht ein, die Mitglieder des Nationalrats für ihre wahlpolitische Haltung tadeln zu wollen. Die Herbst-session war ja zu einem politischen Zweck arrangiert worden. Man wollte um jeden Preis die ganze Vorlage erledigen, von der

erst die Krankenversicherung in der Junisession beraten worden war, um mit einem sozialpolitischen Geschenk auf den 25. Oktober hin vor die Wähler treten zu können: der bereinigten Kranken- und Unfallversicherung, oder auch um etwaige sozialpolitische Zauderer in der Wahlkampagne öffentlich anzukreiden, wie es seither tatsächlich in verschiedenen Fällen vorgekommen ist.

Dass naturgemäss auch die gefallenen Voten das Gepräge des kommenden 25. Oktober vielfach trugen, wenigstens zum Teil, versteht sich von selbst. Eine Menge Reden wurden zum Fenster hinausgesprochen; dafür war man ja nach dem Willen einiger politischer Drahtzieher zusammen gekommen, die trotz dem Protest des Bundesrats, des Ständerats und einer starken Minorität im Nationalrat die Abhaltung einer wahlpolitischen Session durchdrückten, der man allerdings ein sozialpolitisches Mäntelchen umzuhängen verstand.

Angesichts dieser nicht zu bestreitenden Tatsachen wird niemand im Ernst behaupten wollen, die Gesetzesvorlage sei im Nationalrat auch nur mit schwacher Begeisterung angenommen worden, jedenfalls nicht der Abschnitt über die Unfallversicherung. Der Abschnitt über die Krankenversicherung hatte mit Recht schon im Juni die einstimmige Billigung des Rats erhalten.

Als ein Unglück ist übrigens dieser Gang der Dinge durchaus nicht anzusehen; denn es ist nicht anzunehmen, dass der in der Herbstsession ausschliesslich behandelte Abschnitt über die Unfallversicherung im Nationalrat irgendwie anders ausgefallen wäre, hätte die Beratung erst im Dezember stattgefunden. Die Meinung im Bundesrat, in der Kommission und bei den meisten Mitgliedern war seit dem Juni gemacht und konnte durch das Datum der Beratung nicht mehr beeinflusst werden. Das Gesetz geht nun an den Ständerat, der es im nächsten Jahr beraten wird. Es mag daher angezeigt sein, sich klar darüber zu werden, wie die im Nationalrat sehr stark veränderte bundesrätliche Vorlage in den Hauptzügen aussieht, was gut daran ist und was nicht, und welche Hoffnungen auf die Beratung im Ständerat gesetzt werden, eventuell auf ein späteres Referendum. Es ist anzunehmen, dass eine so bedeutende und einschneidende Vorlage nicht ohne vorhergehendes Referendum Gesetzeskraft erlangen wird.

Der bundesrätliche Entwurf ist in diesen Blättern bereits einer ziemlich eingehenden Kritik unterworfen worden und zwar in Heft 4 des ersten Jahrgangs in bezug auf die Krankenversicherung, und in den Heften 3 und 7 mit Rücksicht auf die Unfallversicherung. Der Entwurf für die Krankenversicherung wurde gutgeheissen, die Unfallversicherung dagegen stark beanstandet, namentlich der im bundesrätlichen Entwurf ausgesprochene Grundsatz des Monopols und des Einbezugs der Nichtbetriebsunfälle. Wir lassen nun die beiden Entwürfe, wie sie an den Ständerat übergehen, kurz Revue passieren.

KRANKENVERSICHERUNG

Wie schon bemerkt, hat der Nationalrat im Juni den ersten Teil der Vorlage über die Kranken- und Unfallversicherung, das heisst die Krankenversicherung, durchberaten. Eigentlich handelt es sich, wie seinerzeit hier ausgeführt, nur um eine Subventionierung der Krankenkassen. Eine vollständige Durchführung des Artikels 34 bis in bezug auf die Krankenversicherung bedingt nicht nur die Finanzierung oder Subventionierung von Krankenkassen, sondern auch deren Errichtung durch den Bund. Davon hat man abgesehen, vorläufig wenigstens. Es bleibt daher die im Nationalrat reichlich diskutierte Frage offen: haben die Kantone noch ein Recht in Anbetracht der unvollkommenen Ausführung des Artikels 34 bis von sich aus Bestimmungen über das Krankenkassenwesen zu erlassen? Diese wichtige Frage ist bis zur Stunde nicht entschieden worden, jedenfalls im Gesetz nicht. In der Diskussion ist sie verschieden beantwortet worden, und zwar eher in bejahendem Sinn. Dafür spricht auch das ausdrückliche merkwürdige Verbot in Artikel 2, dass die Kantone, entgegen dem Antrag des Bundesrats, die Arbeitgeber nicht zu Beiträgen heranziehen dürfen. Dieses Verbot hätte man nicht zu erlassen brauchen, wenn es selbstverständlich wäre, dass die Kantone im Krankenkassenwesen nichts mehr zu legiferieren haben, wie es bei einer vollen Durchführung des Artikels 34 bis unzweifelhaft der Fall gewesen wäre. Mit Unrecht ist wiederholt gesagt worden, man sei mit dem ganzen Krankenversicherungs-Abschnitt an der Verfassung vorbeigegangen. Man ist daran nicht vorbeigegangen,

aber man hat den Artikel einstweilen nicht in seiner ganzen Tragweite ausgeführt, sondern dies einem spätern Zeitpunkt überlassen; nämlich dem, da der Bund zur selbständigen Errichtung von Kassen schreitet.

Artikel 34 bis lautet ausdrücklich: „der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung einrichten unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen“. Vorläufig richtet der Bund aber bloss die Unfallversicherung ein und beschränkt sich darauf, bestehende Krankenkassen zu subventionieren.

Diejenigen bestehenden Kassen, die sich den in der Vorlage enthaltenen Bedingungen unterwerfen, werden künftig als anerkannte Krankenkassen bezeichnet. In der Junisession wurden nun alle diese Bedingungen, die in dem bloss 21 Artikel enthaltenden Abschnitt über die Krankenversicherung stehen, diskutiert. Wir beschränken uns auf die Besprechung der wichtigsten Artikel.

In der Beratung des Nationalrats wurden namentlich folgende Hauptpunkte diskutiert und entschieden: Artikel 2, Beitragspflicht der Arbeitgeber; Artikel 4, Aufhebung oder Beibehalten der Freizügigkeit bei konfessionellen und politischen Kassen; Artikel 11, Wahrung der Rechte der Spitalärzte gegenüber der beschlossenen freien Arztwahl, Wahrung des Rechts der Receptur der diplomierten Ärzte, das die Kommission ihnen abgesprochen hatte in Fällen, wo sich eine öffentliche Apotheke an einem Orte befindet; Artikel 20, Ordnung der Verhältnisse des Kassenwesens in abgelegenen Gegenden. Der wichtige Artikel 6, betreffend Freizügigkeit und die Bestimmungen über die Bundesbeiträge wurden ziemlich glatt angenommen und bedürfen keiner weitem Erörterung.

Unter Verweisung auf die Abhandlung in Heft 4 sei folgendes bemerkt und ergänzt: Im Gegensatz zum Entwurf des Bundesrats hat der Rat beschlossen, die Kantone dürfen die Arbeitgeber nicht zu Beiträgen anhalten — eine sonderbare Bestimmung, über die noch nicht das letzte Wort gesprochen sein wird. Dass man den Antrag, die Frage zum nochmaligen Studium an die Kommission zurückzuweisen, abgelehnt hat, hat das soziale Empfinden Vieler verletzt. Es ist durchaus richtig, wenn gesagt wird,

dass eine Menge von Krankheiten nicht nachweisbaren Betriebsunfällen gleichgestellt werden können, sei es in der Industrie, dem Gewerbe oder in der Landwirtschaft. In der Industrie hat man dies schon längst empfunden, daher zum Teil die vielen von Arbeitgebern unterstützten Fabrik-Krankenkassen, und wenn man dem Gewerbe und der Landwirtschaft etwas mehr soziales Empfinden beibringen könnte durch bescheidene kantonale Bestimmungen über Beitragspflicht des Arbeitgebers, je nach der wirtschaftlichen Stufe des Kantons, so wäre dies auch wirtschaftlich für sie kein Schaden und würde der Flucht vom Lande eher Einhalt tun als soziale Passivität. Auch könnte man betreffend Beitragspflicht des Arbeitgebers dem schweizerischen Gesetzgeber für später den Weg weisen, den er zu gehen hat, nach den in den Kantonen gemachten Erhebungen, wenn es sich einmal um eine schweizerische Krankenversicherung handeln sollte.

Herr Forrer hat diesen Herbst nochmals einen vergeblichen Versuch gemacht, das Recht der Kantone, die Arbeitgeber zu Beiträgen an die Krankenkassen verpflichten zu dürfen, im Gesetz festzunageln. Der Rat hat gefunden, das Gesetz habe der gefährlichen Haken genug.

Es ist anzunehmen, dass diese Frage auch im Ständerat zu reden geben wird, so schwierig zu lösen sie sein dürfte, namentlich wegen der Verschiedenartigkeit der Verhältnisse im Fabrikbetrieb, beim kleinen Gewerbe und beim Handwerk. Es ist schon seinerzeit ausgeführt worden, dass die heutigen Leistungen der Arbeitgeber an die Krankenkassen im allgemeinen nicht bedeutend sind. Die in Nr. 4 besprochene Hilfskassenstatistik des Industriedepartements von 1903 weist 2,6 Millionen Franken Beiträge von Arbeitgebern auf: davon gehen aber gegen 2 Millionen Zahlungen der Verkehrsanstalten an die Pensionskassen ab, so dass für Handel, Industrie und Landwirtschaft nur einige hunderttausend Franken übrig bleiben, während die Kassenmitglieder 6 Millionen Franken bezahlt haben. Zieht man die Beiträge der Arbeitgeber einiger grossen Fabrikstädte ab, so bleibt für den Rest blutwenig übrig. Es ist daher nicht natürlich, wenn man den Kantonen direkt verbieten will, die Arbeitgeber zu Leistungen an die Krankenkassen anzuhalten, wenn auch zuzugeben ist, dass

diese Verpflichtung der Arbeitgeber nicht leicht durchzuführen ist. Jedenfalls müssten ihnen auch Rechte mit Bezug auf die Verwaltung der Kassen eingeräumt und Kautelen betreffend das Maximum des Beitragspflicht geschaffen werden.

* * *

Der Antrag Zürcher hat viel zu reden gegeben, wonach solche Kassen nicht anerkannt, oder doch nicht subventionsberechtigt sein sollen, deren Statuten die Schweizerbürger ausschliessen oder die Aufnahme von der Zugehörigkeit zu einer Konfession oder einer politischen Partei abhängig machen. Er hatte seine Licht- und Schattenseiten. Der Antrag der Kommission, auch politische und konfessionell exklusive Kassen zu subventionieren, hätte natürlich das Prinzip der Freizügigkeit, das durch den Entwurf gefördert werden soll, durchbrochen. Andererseits konnten die konfessionellen und gewerkschaftlichen Kassen nicht riskieren, plötzlich mit ihnen nicht genehmen Mitgliedern überschwemmt zu werden. Im Artikel 12 bis ist deshalb vorgesehen, dass, wenn einer in eine Gegend kommt, wo ihm, weil nur konfessionelle oder politische Kassen vorhanden sind, keine Aufnahme gewährt wird, eine anerkannte Kasse, der er bisher angehört hat, ihm auch ferner die Mitgliedschaft auf drei Jahre zugestehen muss. Dagegen hat die politische oder konfessionelle Kasse gegenüber dem Betreffenden auf Verlangen den Bezug der Beiträge, die Verabfolgungen der Versicherungsleistungen, sowie die Aufsicht zu übernehmen; dafür aber hat die Kasse, der der Betreffende tatsächlich angehört hat und noch angehört, die Barauslagen zu vergüten. Damit hat man der schwierigen Frage den scharfen Stachel genommen, den jeder human Denkende bei der zuerst beschlossenen Aufhebung der Freizügigkeit bei konfessionellen oder politischen Kassen spüren müsste.

Wie sich nun diese Ordnung der Dinge in der Praxis machen wird, muss man abwarten. Funktioniert sie nicht oder nicht überall, so wird der Bund von seiner verfassungsgemässen Kompetenz Gebrauch machen und, wo es geht, für die Einrichtung von Krankenkassen sorgen müssen. Aber einstweilen ist, wie gesagt, gesorgt, wenigstens auf dem Papier, und hoffentlich auch in Tat und Wahrheit.

Wie wohltätig diese Ordnung der Dinge parlamentarisch gewirkt hat, zeigte anlässlich der Beratung der Unfallversicherung die wenigstens offiziell auffallend geschlossene Stellungnahme der katholischen Fraktion für die Anträge der Mehrheit, trotz Monopol und Staatssozialismus. Es erklärt sich dies daraus, dass der Rechten an der Unfallversicherung, abgesehen von der Sitzfrage (Luzern), wohl weniger gelegen ist, da sie doch meist landwirtschaftliche Bevölkerungsklassen vertritt. Sehr viel gelegen ist ihr aber an der Subventionierung der katholischen Krankenkassen, von der sie für diese mit Recht eine grosse Stärkung erhofft. Damit ist erklärlich, dass die Rechte bei der Unfallversicherung eher den Standpunkt der parlamentarisch siegreichen Mehrheit akzeptiert, obschon sonst die Vermehrung der bestehenden Monopole nicht zum politischen Glaubensbekenntnis der Rechten gehört.

* * *

Bei Artikel 11, Wahl des Arzts und der Apotheke (Artikel 10 nach Bundesrat), hatte die Kommission die freie Wahl der Ärzte und Apotheken für jedes erkrankte Mitglied einer anerkannten, das heisst subventionsberechtigten Kasse proklamiert; damit wären die grossen Spitalverpflegungsverbände der Ostschweiz mit bestimmtem Arzt an der Spitze nicht mehr subventionsberechtigt gewesen — sehr mit Unrecht.

Der Bundesrat hatte mit Recht den Standpunkt eingenommen, die Frage der Wahl des Arzts und der Apotheke gehöre überhaupt nicht zu den Subventionsbedingungen. Sie soll nach wie vor eine interne Sache der Kassen bilden. Die Kommission hat dann äussern Einflüssen nachgebend die erwähnte Bestimmung vorgeschlagen, ferner beantragte sie, dass, wenn in einer Ortschaft eine öffentliche Apotheke bestände, die Ärzte nicht mehr dispensieren dürften. Das war wenigstens die praktische Bedeutung des Artikels. Es hätte eine schwere Beeinträchtigung namentlich der Ärzte an kleinern Ortschaften bedeutet, wo die Ärzte die kleinen Honorare durch den Betrieb einer Hausapotheke einigermaßen indirekt aufbessern müssen. Die Annahme des Antrags der Kommission hätte eine Erhöhung der Honorare der Ärzte zur Folge gehabt, also eine Mehrausgabe für die Krankenkassen.

Dieser heikle Apotheker- und Ärzteartikel 11 ist denn im Rat befriedigend geordnet worden. Überall, wo Spitalbehandlung eintritt, wie zum Beispiel bei Spitalverpflegungsverbänden, tritt nur der Spitalarzt in Funktion — eine Bestimmung, die sich von selbst versteht. Das Begehren der Apotheker, dass dort, wo eine öffentliche Apotheke besteht, die Ärzte bei Angehörigen von anerkannten Kassen nicht mehr selbst dispensieren dürfen, ist vom Rat abgelehnt worden, unseres Erachtens mit Recht. Man hat damit nur den Status quo anerkannt und den Apothekern nichts genommen und keine bestehenden Rechte verkürzt. Wohl aber hätten die Kassen und die Patienten in erster Linie den Schaden tragen müssen, wenn der Status quo, der sich nun einmal überall zu Stadt und Land eingelebt hat, gewaltsam geändert worden wäre.

An die Bestimmung, dass nur diplomierte Ärzte und Apotheker bei den subventionsberechtigten Kassen mitwirken dürfen, wird niemand Anstoss nehmen.

* * *

Viel zu reden gab Artikel 20 Alinea III: Behandlung der Krankenpflege in abgelegenen Gegenden. Dieser Artikel wurde vom Rat in folgender Fassung angenommen:

„Wenn und so lange in einer solchen Gegend keine anerkannte Krankenkasse besteht und die Bildung einer solchen nicht möglich ist, gewährt der Bund den Kantonen für sich oder zu Händen ihrer Gemeinden Beiträge an Einrichtungen, welche die Verbilligung der Krankenpflege in dieser Gegend bezwecken. Diese Beiträge dürfen den Gesamtbetrag der von Kantonen, Gemeinden und von anderer Seite geleisteten Summe, und jedenfalls drei Franken jährlich auf den Kopf der beteiligten Bevölkerung, nicht übersteigen.“

Es ist mit Recht bemerkt worden, dass die Subventionierung von Krankenpflege-Einrichtungen, worunter Bezirksspitäler und Polikliniken verstanden sein können, in Artikel 34 bis nicht vorgesehen ist. Es ist beschwichtigend gesagt worden, es handle sich ja bloss um ein Übergangsstadium, bis sich Kassen gebildet haben. Streng genommen sind die verfassungsrechtlichen Bedenken nicht unberechtigt, wenn auch zugegeben werden kann, dass die Bestimmung dem Geist des Artikels 34 bis nicht widerspricht, insofern der Bundesrat es wirklich mit dem Nachweis, dass die

Bildung einer Kasse in einer Talschaft ein Ding der Unmöglichkeit ist, sehr genau nimmt und nicht nach rechts und links seine milde Hand auftut. Es soll dies nur ein Notparagraph bleiben in Fällen, wo die Bildung von Verbänden oder Kassen nicht angeht, und wo man doch die interessierte Bevölkerung nicht darunter leiden lassen will. Aber auch auf diesem Gebiet können und werden Fälle vorkommen, wo der Bundesrat die Bildung von Verbänden oder Kassen irgendwie veranlassen muss und sich nicht auf eine Subventionierung von Krankenpflege-Einrichtungen einlassen kann und darf. Auf alle Fälle darf letzteres nicht mit Artikel 2 der Verfassung begründet werden, dem bekannten Wohlfahrtsartikel, dessen Anwendung von vorneherein das schlechte Gewissen verraten würde. Besser ist, man lässt sich eine etwas vielleicht allzu extensive Interpretation des Artikels 34 bis gefallen, aber allerdings nur in Notfällen.

Ein gutes Korrelat der erwähnten Bestimmung ist Alinea II (Antrag Vital):

Wenn in einer solchen Gegend eine oder mehrere Gemeinden zusammen eine öffentliche und obligatorische Krankenkasse einrichten und zu diesem Zweck mit einem oder mehreren Ärzten einen Vertrag abschliessen, so ist die Kasse nicht verpflichtet, andern Ärzten, die von Kassenmitgliedern zur Behandlung berufen werden, höhere als die Vertragstaxen zu vergüten.

Ein solcher Vertrag bedarf der Genehmigung des Bundesrats.

* * *

Um ein vollständiges Bild der wichtigsten Punkte zu geben, soll der Wortlaut einiger Artikel hier folgen, die keinen Anlass zu besondern Diskussionen gegeben haben. So bestimmt Artikel 12 bis über die wichtige Frage der Freizügigkeit von einer Kasse zur andern, die wichtigste Subventionsbedingung unter andern:

Die anerkannten Krankenkassen sind verpflichtet, als sofort genussberechtigt jede Person aufzunehmen, bei welcher folgende Voraussetzungen zutreffen:

- a) diese Person muss mindestens ein Jahr Mitglied einer oder verschiedener anerkannter Krankenkassen gewesen sein; erlitt die Mitgliedschaft eine zusammenhängende Unterbrechung von mehr als drei Monaten, so wird die vor dieser Unterbrechung liegende Mitgliedschaftszeit nicht berücksichtigt;

- b) sie muss infolge Wegzugs, Berufs- oder Anstellungsänderung nach Massgabe der Statuten der bisherigen Kasse genötigt sein, ihre Mitgliedschaft aufzugeben; gleichgehalten wird das Aufhören der Versicherung infolge Auflösung der bisherigen Kasse, und der Austritt aus dieser Kasse mit dem Zeitpunkte, wo sie aufhört, anerkannte Krankenkasse zu sein;
- c) sie hat die für die Aufnahme allgemein geltenden Bedingungen der neuen Kasse zu erfüllen; eine Bedingung betreffend das Minimal- oder Maximalalter, das Eintrittsgeld oder den Gesundheitszustand darf jedoch dieser Person nicht entgegengehalten werden;
- d) sie darf nach ihrem Übertritte nicht bei mehr als zwei Kassen gegen Krankheit versichert sein.

Von der Verpflichtung der anerkannten Krankenkassen, bei der Unfallversicherung mitzuwirken, wird noch später zu reden sein. (Artikel 13.)

Die anerkannten Kassen sind steuerfrei, Grundeigentum ausgenommen. (Artikel 14.)

Die beiden Geschlechter müssen von den anerkannten Kassen zu gleichen Rechten behandelt werden, gewisse Fälle ausgenommen. Heute geschieht dies grossenteils nicht. (Artikel 4ter.)

Auch der Wöchnerinnenartikel trägt den Frauen Rechnung:

Einer Wöchnerin, welche am Tage ihrer Niederkunft bereits während mindestens neun Monaten Mitglied einer oder verschiedener anerkannter Krankenkassen gewesen ist, sind Leistungen wie für einen eigentlichen Krankheitsfall zu gewähren: erlitt die Mitgliedschaft eine zusammenhängende Unterbrechung von mehr als drei Monaten, so wird die vor dieser Unterbrechung liegende Mitgliedschaftszeit nicht berücksichtigt.

Wenn einer Wöchnerin bei Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit gesetzlich noch nicht gestattet ist, ihren Beruf wieder aufzunehmen, so soll sie für die weitere Dauer dieser Verhinderung auf das für einen eigentlichen Krankheitsfall vorgesehenen Krankengeld Anspruch haben. (Artikel 12.)

Wichtig ist die Bestimmung, wonach Überversicherung eines Mitglieds über den Betrag seines durchschnittlichen Verdiensts hinaus untersagt ist. (Artikel 4ter.)

Die Leistungen des Bundes sind wie folgt geordnet:

Der Bund zahlt den anerkannten Krankenkassen für jedes Mitglied einen Beitrag von einem Rappen für jeden Tag der Mitgliedschaft. Dieser Beitrag erreicht fünfviertel Rappen für weibliche Mitglieder, sowie für solche Kinder, welche das vierzehnte Altersjahr noch nicht zurückgelegt haben und denen die Kasse im Krankheitsfalle wenigstens ärztliche Behandlung und Arznei gewährt.

Der Bundesbeitrag wird auf anderthalb Rappen erhöht für solche Mitglieder, welche wenigstens für ärztliche Behandlung, Arznei und ein tägliches Krankengeld von einem Franken versichert sind.

Damit will man sehr vernünftiger Weise die Krankenpflege-Versicherung besonders prämiieren, gegenüber der namentlich in der welschen Schweiz üblichen blossen Krankengeld-Versicherung, wo sich die Kasse nicht um das Heilverfahren kümmert.

Nicht sehr einfach ist die Bestimmung:

Im Falle gleichzeitiger Mitgliedschaft bei mehr als einer anerkannten Krankenkasse wird der Bundesbeitrag nur an diejenige Kasse ausbezahlt, welcher die versicherte Person am längsten angehört. (Artikel 19.)

* * *

Aus allen diesen Ausführungen geht hervor, dass die nunmehr für den Abschnitt Krankenversicherung gefundene Lösung im allgemeinen befriedigend ist. Eine andere Lösung ist in der Hauptsache zur Stunde gar nicht denkbar. Mit der Unfallversicherung hat der Abschnitt wenig zu tun, da kein organischer Zusammenhang wie bei der nach deutschem Muster redigierten lex Forrer existiert. Angesichts der vielen Anfechtungen, die der auch nach den Beschlüssen des Nationalrats noch sehr unreife Entwurf über die Unfallversicherung erleidet, ist es begreiflich, wenn man sich danach sehnt, die so gut wie fertige Vorlage über die Krankenversicherung möchte bald in Kraft treten. Dieser Ruf ist bereits im Nationalrat ertönt, er wird wohl auch im Ständerat erschallen; mit welchem Erfolg, bleibt abzuwarten.

(Schluss folgt.)

BERN

DR J. STEIGER

□□□

UN MAGISTRAT RÉPUBLICAIN: LE CONSEILLER FÉDÉRAL SCHENK

I.

Doch schön ist nach dem grossen
Das schlichte Heldentum!

C'est par ces beaux vers d'Umland que M. le Dr. J. J. Kummer termine l'intéressante et substantielle biographie qu'il vient de consacrer à son ami Schenk¹⁾. Il n'est pas donné à tout le

¹⁾ Bundesrat Schenk, sein Leben und Wirken, von Dr. J. J. Kummer. In 8^o. Verlag von A. Francke, Bern, 1908.