

Krankenversicherung und Ärztefrage im Ständerat : I. Die Krankenversicherung im Allgemeinen

Autor(en): **Steiger, J.**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Wissen und Leben**

Band (Jahr): **5 (1909-1910)**

PDF erstellt am: **15.08.2024**

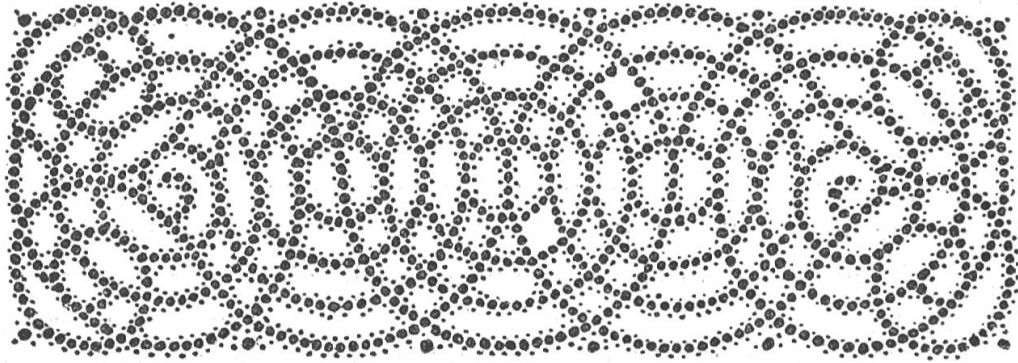
Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-750905>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.



KRANKENVERSICHERUNG UND ÄRZTEFRAGE IM STÄNDERAT

I. DIE KRANKENVERSICHERUNG IM ALLGEMEINEN

Der Ständerat hat im Dezember 1909 die Beratung über die Kranken- und Unfallversicherung begonnen und den Abschnitt über die Krankenversicherung erledigt. Es ist daher angezeigt, die wichtigsten Beschlüsse zusammenzufassen und mit denen des Nationalrats zu vergleichen, die im Dezember 1908¹⁾ hier eingehend erörtert wurden. Als wichtige Punkte wurden damals bezeichnet: die Frage der *Beitragspflicht der Arbeitgeber*, die *Freizügigkeit* und deren Behandlung bei konfessionellen oder politischen Kassen, die *Ärzte- und Apothekerfrage* und die Ordnung des Kassenwesens in *abgelegenen Gegenden*.

Es wurde hier seinerzeit bemerkt, dass die für den Abschnitt Krankenversicherung gefundene Lösung im allgemeinen befriedigend und dass eine andere Lösung in der Hauptsache zur Stunde kaum denkbar sei. Vielleicht nicht ganz in diesem Umfang kann man dies von den Beratungen des Ständerats sagen.

Durchgeht man den Entwurf der Krankenversicherung, wie er aus diesen hervorgegangen ist, und vergleicht man ihn mit den Beschlüssen des Nationalrats, so wird man allerdings eine Reihe von Punkten einfacher und klarer redigiert und geordnet

¹⁾ „Wissen und Leben“, III. Band, Seite 169, 225, 299.

finden. Der bundesrätliche Entwurf ist vom ständerätlichen Referenten, Herrn *Usteri*, und seiner Kommission viel kritischer behandelt und studiert worden, als dies im Nationalrat der Fall war. Dass aber, abgesehen von einer Reihe redaktioneller Verbesserungen, in den Beratungen des Ständerats im allgemeinen gegenüber dem Nationalrat ein großer Fortschritt erreicht worden ist, darf kaum behauptet werden, speziell nicht mit Rücksicht darauf, wie die Freizügigkeit und die Ärztefrage erledigt worden ist. Die Freizügigkeit und die Beitragspflicht der Arbeitgeber bilden die großen Differenzpunkte, über die eine Einigung stattfinden muss, und die hier in erster Linie zu erörtern sind.

BETEILIGUNG DER ARBEITGEBER. Artikel 2 lautet nunmehr nach der Fassung des Ständerats:

Die Kantone sind befugt, *für die obligatorische Krankenversicherung unselbständig erwerbender Personen die Arbeitgeber zu einem Beitrag zu verpflichten, der nicht mehr als einen Viertel der von den Mitgliedern geleisteten Beiträge ausmachen darf.*

Es steht den Kantonen frei, diese Befugnisse ihren politischen *Gemeinden* zu überlassen.

Die von den Kantonen und den Gemeinden in Anwendung des ersten Absatzes erlassenen Bestimmungen etc.

Der Nationalrat hatte bekanntlich *untersagt*, die Arbeitgeber zu Beiträgen zu verpflichten. Der Bericht der ständerätlichen Kommission bemerkt dazu lakonisch:

Ohne die nationalrätliche Diskussion vom 11. Juni 1908 über Artikel 2, Absatz 1, litera c, hätte die ständerätliche Kommission sich bei dem einschlägigen Antrage der nationalrätlichen Kommission beschieden. Allein das Verbot an Kantone und Gemeinden, die Betriebsinhaber zu Beiträgen an Krankenkassen zu verhalten, schien ihr so wenig zu dem Fürsorgecharakter des Gesetzes, zu der von so vielen Betriebsinhabern seit langem geübten Betätigung des Gegenteils und zu der darin ausgedrückten Bestätigung des Zusammenhanges von Arbeit und Krankheit zu stimmen, dass sie sich veranlaßt sah, der ausdrücklichen Beurkundung der nationalrätlichen Auffassung ihre gegenteilige gegenüberzustellen.

Der *Schweizerische Gewerbeverein* hat an die Mitglieder des Ständerats ein Schreiben gerichtet, das erst beim Beginn der Beratung verlesen werden und daher keine rechte Beachtung mehr finden konnte. Es wird darin die Zumutung der Beitragspflicht des Arbeitgebers energisch abgelehnt und unter anderm bemerkt:

Die zuständigen Behörden haben den Arbeitgeber, der seine Arbeiter gegen die Folgen der Berufsunfälle versicherte, seinerzeit autorisiert, den Arbeitern 50 Prozent der daherigen Kosten in Anrechnung zu bringen. Heute machen die Arbeitgeber weniger Gebrauch von diesem Rechte als früher; indessen bestehen solche Verteilungen der Lasten auch heute noch in wesentlichem Umfange.

Das Versicherungsgesetz, das die bisherige Haftpflicht ablösen soll, hebt jenes Recht auf und überbindet besonders nach dem Entwurf der ständerätlichen Kommission dem Arbeitgeber *alle Kosten für die Folgen der Berufsunfälle*, sowie der Berufskrankheiten. Das bisherige Entschädigungsmaximum von 6000 Franken fällt weg, das heißt diese Aversalsumme wird durch Rentenentschädigung ersetzt, was ganz erhebliche Mehrkosten verursacht.

Das neue Gesetz bringt also den Arbeitgebern in ihrer Gesamtheit wesentliche Mehrkosten, auch dann, wenn die in demselben vorgesehene Reduktion der Krankengelder in Betracht gezogen wird. Im Gegensatz zu den Beschlüssen des Nationalrats beantragt nun die Kommission des Ständerats weitere Mehrbelastungen des Arbeitgebers durch:

a) eine erhebliche Reduktion des Bundesbeitrages an die Unfallversicherung (Artikel 79);

b) eine Erweiterung des Begriffes „Berufskrankheit“. Dadurch werden in der Folgezeit wesentlich mehr Fälle als Berufskrankheiten taxiert und folgerichtig der Abteilung zufallen, für deren Kosten der Arbeitgeber allein zu haften hat;

c) die Bestimmung, laut der die Kantone, welche die Krankenversicherung obligatorisch erklären, das Recht haben, dem Arbeitgeber einen Viertel der daherigen Kosten zu überbinden (Artikel 2).

Gegen die unter c) genannte Bestimmung wenden wir uns und zwar sowohl aus finanziellen als besonders auch aus prinzipiellen Gründen.

Es werden dann verschiedene Einwürfe gemacht, denen, wie uns scheint, nur bedingte Richtigkeit zukommt.

Die Belastung des Arbeitgebers für die Folgen der Berufsunfälle und Berufskrankheiten ist insofern rechtlich begründet, als die daherigen Erkrankungen in einem Kausalzusammenhang mit der Berufstätigkeit sind. Die Ursachen der übrigen Erkrankungen aber sind nicht beruflicher, sondern in der Hauptsache individueller Natur. Kann es unter Bezugnahme darauf rechtlich begründet sein, dass der Arbeitgeber die Folgen körperlicher Gebrechen seiner Arbeitgeber mittragen soll? Entspricht es dem Gerechtigkeitsgefühl des Volkes, dass er in Mitleidenschaft gezogen werden soll, wenn junge Leute durch allerlei Sport, durch Übermut oder auch durch Unverstand ihre Gesundheit ruinieren?

Es wird darauf hingewiesen, wie im industriellen und gewerblichen Arbeitsfeld der Dienstvertrag je länger je mehr den Charakter eines Werkvertrages annimmt. Die Arbeitsbedingungen werden durch Verträge begrenzt, die Arbeitsleistungen pro Stunde,

pro Stück oder pro Werk gelöhnt; jedes weitere Abhängigkeitsverhältnis zwischen den Unternehmern und den Dienstpflichtigen wird ausgeschaltet. Beide bilden zwei von einander unabhängige Parteien.

Ist es nun zeitgemäß und logisch, wenn wir einerseits die Rechte und Freiheiten des Arbeitnehmers in dieser Weise ausbauen und andererseits die Pflicht, für dessen individuelles Wohl und Weh (!) zu sorgen, immer zunehmend auf den Arbeitgeber übertragen? Eine solche Ordnung der Dinge begegnet großem grundsätzlichem Widerstand.

Die einer Gewerkschaft angehörenden Arbeiter bezahlen an diese oder ähnliche Organisationen jährliche Totalbeträge von 20 Franken bis über 100 Franken per Kopf, und die so gesammelten hohen Summen finden vorwiegend Verwendung als Kampfmittel gegen die Arbeitgeber. Kann nun eine Vertragspartei, die solche Opfer als Kampfmittel aufbringt, rechtlich oder moralisch als befugt erachtet werden, von der von ihr bekämpften Partei Beiträge zu verlangen zur Deckung von Lasten rein persönlicher Natur? Darf nicht einer Erwerbsklasse, deren Mitglieder so große Opfer zu bringen in der Lage sind, die Pflicht zugedacht werden, für die Folgen individueller Erkrankungen selbst zu sorgen? — — —

Diese Erwägungen führen uns zum Schlusse, man gebe der Opposition eine gefährliche Waffe in die Hand, wenn man hinsichtlich Belastung der Arbeitgeber über die Grenzen hinausgeht, die der Nationalrat im Artikel 2 der Vorlage gezogen hat. Wir zweifeln nicht daran, dass diese Auffassung nach Abwägung aller Faktoren auch im Ständerat Vertreter finden wird.

Demgegenüber ist zu sagen, dass der Kausalzusammenhang zwischen Beruf und Krankheit doch ein engerer ist, als in der Eingabe zugegeben wird. Eine gewisse Beitragspflicht des Arbeitgebers auch in der Krankenversicherung entspricht unbedingt dem heutigen sozialen Denken. Die Frage ist nur die, ob man ihm diese Pflicht auch noch auferlegen darf nach den Zumutungen, die an ihn in der Unfallversicherung gestellt werden.

Was die Ausgaben der Arbeiter für die Gewerkvereine betrifft, so muss immerhin bemerkt werden, dass in der Privatindustrie nach der eigenen Statistik der Gewerkvereine nur etwas über zehn Prozent der Arbeiter gewerkschaftlich organisiert sind und dass dieser Punkt kaum mit Recht ins Treffen geführt werden kann. Gewerkschaftliche Organisation und Krankenversicherung stehen in keinem innern Zusammenhang.

Richtig ist, dass die Arbeitgeber bis jetzt für die Krankenkassen im Durchschnitt nicht sehr viel geleistet haben, eine Anzahl von Fabrikkrankenkassen ausgenommen. Nach der Hilfskassen-

statistik von 1903 stehen sechs Millionen Franken Einzahlungen der Mitglieder nur wenige hunderttausend Franken Beiträge der Arbeitgeber entgegen. Der Gedanke liegt also nahe, dass etwas mehr getan werden sollte und könnte; aber die Lösung ist nicht leicht.

Was die grundsätzliche Bedeutung der Frage betrifft, so ist hier schon früher betont worden, dass die Belastung der Arbeitgeber grundsätzlich zu billigen ist, schon von dem Standpunkte aus, dass Krankheiten vielfach eine Folge der beruflichen Arbeit sind. Die größeren Arbeitgeber werden sich auch weniger daraus machen, während die kleinen Arbeitgeber die Bestimmung als eine allzu hohe Belastung empfinden. Was aber die Arbeitgeber im allgemeinen stutzig machen wird, das ist, dass man ihnen im Falle der Beitragspflicht gar keine Rechte einräumt und ihnen nur Pflichten auferlegt. Diese sind bereits hohe, wenn die Arbeitgeber nach Entwurf der ständerätlichen Kommission die ganze Prämienlast bei den Betriebsunfällen auf sich nehmen müssen.

Die Beitragspflicht der Arbeitgeber bei der Krankenversicherung muss durchaus im Zusammenhang mit den Lasten erörtert werden, die dem Arbeitgeber bei der Unfallversicherung zugemutet werden und die höhere sein werden als bis heute.

Ein Antrag, dem Gewerbeverein zu entsprechen, wurde zwar wohl mehr aus taktischen Gründen im Rat gestellt, ist aber abgewiesen worden. Es ist anzunehmen, dass im Nationalrat der Beschluss des Ständerats angefochten wird.

FREIZÜGIGKEIT. Von Bedeutung ist folgende Neuordnung der Freizügigkeit:

Artikel 9^{bis}. Die Kassen haben dafür zu sorgen, dass Mitglieder, die seit mindestens einem Jahre der Kasse angehören und wegen Änderung des Wohnortes, des Berufes oder des Betriebes statutengemäß aus der Kasse austreten müssen, ohne Innehaltung einer Karenzzeit und ohne Entrichtung eines Eintrittsgeldes einer andern Kasse beitreten können. Soweit eine Kasse einem Mitgliede diese Gelegenheit nicht verschafft, ist es berechtigt, in der Kasse zu verbleiben, solange es in der Schweiz wohnt.

Dieser Beschluss der Kommission und des Rats stellt die vom Bundesrat und Nationalrat nach mühsamen Beratungen beschlossene *obligatorische interkantonale Freizügigkeit* natürlich

auf den Kopf. Der Rat hat mit 32 Stimmen dem Antrag der Kommission beigestimmt. Die Motivierung war äußerst mager, und im Bericht der Kommission sucht man umsonst nach ausreichenden Motiven oder nach einer Beseitigung nachstehender Bedenken. Es heißt bloß:

Die Freizügigkeit unter den Krankenkassen hat, dank der unablässigen Arbeit von im Krankenkassenwesen geschulten und erfahrenen Männern und deren Unterstützung durch die Kassen selbst, seit Jahren ohne staatliches Eingreifen innerhalb bestimmter Regionen und zum Teil über dieselben hinausgreifend, wie auch innerhalb mancher Berufsarten eine sehr erfreuliche Entwicklung genommen. Die Kommission glaubte deshalb, der Aufnahme der vom Bundesrate sorgfältig erwogenen und vom Nationalrate noch erweiterten, jedoch schwer verständlichen Detailvorschriften in das Gesetz entraten zu dürfen und sicherte lediglich die schon vorhandene Entwicklung durch Aufstellung des Prinzips.

Schwierigkeiten löst man nicht dadurch, dass man sie mit einer allerdings sehr einfachen Redaktion umgeht.

Die Redaktion nach Antrag der ständerätlichen Kommission ist allerdings sehr einfach. Sie bedeutet im Grunde der Dinge die Beibehaltung des *status quo*. Man lässt die Freizügigkeitsverbände unangetastet; man vermeidet die Schwierigkeit bei der Frage, wie es bei konfessionellen und politischen Kassen zu halten sei, die zu lösen der Nationalrat sich große Mühe gegeben hat. Nichtsdestoweniger hat der ständerätliche Beschluss seine großen Bedenken. Zunächst wird den Kassen eine große Last überbunden, wenn sie gesetzlich verpflichtet werden sollen, dafür zu sorgen, dass ihre wegziehenden Mitglieder in einer andern Kasse Unterkunft finden, und eine weitere Last entsteht dadurch, dass sie eine ganze Menge Mitglieder haben werden, die aus irgend einem Grund keine Aufnahme in eine Kasse finden und deshalb in der frühern Kasse bleiben müssen, die sie, weil auswärts wohnend, nur schwer kontrollieren können.

Immerhin scheinen sich die Kassen aus diesen Unzukömmlichkeiten keine großen Bedenken zu machen. Sie geben ihre Freizügigkeitsverbände nicht gerne auf, deren Bedeutung nach dem Beschluss des Nationalrats illusorisch würde, und nehmen lieber einiges in Kauf, nach den bisherigen Äußerungen der Kassenorgane zu urteilen. Man darf sogar sagen, dass gegen die allgemeine Freizügigkeit, wie sie vom Nationalrat beschlossen wurde, eine passive Opposition bei den Kassen herrscht.

Das Fatale ist, dass bei Belassung des *status quo* die Freizügigkeit immer nur eine beschränkte sein wird und keine allgemeine, wie sie durch das Gesetz angebahnt werden soll. Ferner erschwert man die allmähliche Organisation der Freizügigkeit über die ganze Schweiz und den dadurch herbeigeführten sukzessiven Ausgleich zwischen Versicherungspraxis in der deutschen und französischen Schweiz, mit dem man eine *schweizerische* Krankenversicherung anbahnen wollte. Dies bildete bekanntlich den sozialpolitischen Gesichtspunkt, der die Vorlage am wertvollsten macht. Der Beschluss des Ständerats nimmt der Vorlage diesen Hauptwert, was zu ernststen Differenzen mit dem Nationalrat Anlaß geben wird.

Der Bundesrat hat sich Mühe gegeben, die allerdings nicht sehr klare Redaktion des nationalrätlichen Beschlusses zu verbessern. Er hatte dem Rat folgenden Antrag eingereicht:

Artikel 9^{bis}. Diejenigen Kassen, die nur Angehörige eines bestimmten Betriebes in sich schließen, sind verpflichtet, auf Verlangen jedes Mitglied beizubehalten, das den Betrieb nach wenigstens fünfjähriger Anstellung verlässt, ohne seinen Wohnsitz außerhalb der Schweiz zu verlegen und von einer andern Kasse versichert zu werden. Wenn das Mitglied aus dem Tätigkeitsgebiete der Betriebskasse wegzieht, kann letztere von jeder Kasse des neuen Wohnortes verlangen, dass sie gegen Vergütung ihrer Auslagen den Bezug der Beiträge und bei Krankheiten die Verabfolgung der Versicherungsleistungen und die Aufsicht übernehme.

Artikel 9^{ter}. Jedes Kassenmitglied, das statutengemäß infolge Wegzugs, Berufs- oder Anstellungsänderung austreten muss oder dessen Kasse sich auflöst oder die Eigenschaft als anerkannte Krankenkasse verliert, kann ohne Rücksicht auf Alter und Gesundheitszustand und ohne Entrichtung eines Eintrittsgeldes oder Beobachtung einer Karenzzeit zu jeder andern Kasse übertreten, deren allgemeine Aufnahmebedingungen es im übrigen erfüllt, wenn es bereits während mindestens einem Jahr Mitglied einer oder verschiedener Kassen gewesen ist; erlitt die Mitgliedschaft eine zusammenhängende Unterbrechung von mehr als drei Monaten, so wird die vor dieser Unterbrechung liegende Mitgliedschaftszeit nicht berücksichtigt. Die Dauer der Mitgliedschaft bei einer Kasse, die nur Angehörige einer bestimmten Konfession oder politischen Partei in sich schließt, wird für den Übertritt zu einer Kasse anderer Art nicht berücksichtigt, aber auch nicht als Unterbrechung betrachtet.

Wenn ihm keine andere Kasse offen steht, ist das Mitglied befugt, auch zu einer Kasse überzutreten, deren in Absatz 1 vorbehaltene Aufnahmebedingungen es nicht erfüllt, oder seine Mitgliedschaft, solange es in der Schweiz wohnt, bei der bisherigen Kasse zu bewahren. Im

letzteren Falle, wenn das Mitglied aus dem Tätigkeitsgebiete der bisherigen Kasse wegzieht, kann letztere von jeder Kasse des neuen Wohnortes verlangen, dass sie gegen Vergütung ihrer Auslagen den Bezug der Beiträge und bei Krankheiten die Verabfolgung der Versicherungsleistungen und die Aufsicht übernehme.

Das übertretende Mitglied hat an die neue Kasse diejenigen Beiträge zu entrichten, die sie bei gleichen Versicherungsleistungen von einem Eintretenden desselben Alters allgemein erhebt. Es kann von der neuen Kasse nur diejenigen Versicherungsleistungen beanspruchen, die sie unter gleichen Umständen ihren Mitgliedern allgemein gewährt. Die neue Kasse hat das Recht, im Sinne von Artikel 10, Absatz 3, diejenigen Tage anzurechnen, während welchen das übertretende Mitglied durch andere Kassen bereits unterstützt wurde.

Wir erwähnen den Antrag, da er in beiden Räten, vorerst im Nationalrat, voraussichtlich die Grundlage zu eingehenden Debatten bilden wird.

* * *

Die übrigen Bestimmungen des Gesetzes nach den Beschlüssen des Ständerats weisen wenige erhebliche Differenzen auf. Sie sind meist mehr redaktioneller Natur und werden sich leicht ordnen lassen.

BUNDESBEITRÄGE. Der Nationalrat hatte beschlossen:

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

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. (Im übrigen wie Bundesrat.)

Der Beschluss des Ständerats lautet ziemlich übereinstimmend:

Der Bund zahlt den Kassen, auf das Mitglied und auf das ganze Jahr gerechnet, folgende Beiträge: für versicherte Kinder bis und mit dem Jahre, in dem sie das vierzehnte Altersjahr zurücklegen, drei Franken und fünfzig Rappen; für andere Mitglieder: drei Franken und fünfzig Rappen für männliche und vier Franken für weibliche Versicherte, denen die Kasse ärztliche Behandlung und Arznei oder ein tägliches Krankengeld von mindestens einem Franken gewährt; fünf Franken für Versicherte, denen die Kasse ärztliche Behandlung und Arznei und ein tägliches Krankengeld von mindestens einem Franken gewährt.

Im Falle gleichzeitiger Mitgliedschaft bei mehreren Kassen werden Bundesbeiträge nur an diejenige Kasse ausbezahlt, der die versicherte Person am längsten angehört.

Dazu kommt nach Ständerat noch:

Die in Absatz 1 bestimmten Bundesbeiträge werden um je fünfzig Rappen erhöht für diejenigen Mitglieder, denen gegenüber die Kasse verpflichtet ist, in Krankheitsfällen die Versicherungsleistungen im Laufe von fünfhundertvierzig Tagen während wenigstens dreihundertsechzig Tagen zu gewähren.

Dieser Beschluss wurde speziell mit Rücksicht auf Tuberkulose gefasst.

Der Bund zahlt im fernern den Kassen einen Beitrag von zwanzig Franken für jedes Wochenbett, für das Versicherungsleistungen gewährt werden.

Die nach Absatz 1 bis 3 an eine Kasse ausgerichteten Beiträge eines Jahres dürfen die auf dasselbe Jahr entfallenden Mitgliederbeiträge und Zuwendungen Dritter an die Betriebsrechnung um nicht mehr als die Hälfte übersteigen.

Es war beantragt worden, in Übereinstimmung mit dem Nationalrat den Beitrag für die *Frauen* von 4 Fr. auf 4 Fr. 50 zu erhöhen, und zwar mit Rücksicht auf die Krankenkassen, an die die Morbidität der weiblichen Mitglieder weit größere Ansprüche stellt als die der Männer. Die Krankenkassen erheben jetzt allgemein von den Frauen höhere Beiträge. Die Statistik zeige, dass die Krankentage der Frauen im Durchschnitt um 50 Prozent diejenigen der Männer überwiegen. Nun zwingt das Gesetz die Kassen, die Frauen unter den gleichen Bedingungen aufzunehmen, ohne einen genügenden Ausgleich zu bieten. Es könnte dies dazu führen, dass die Krankenkassen lieber auf die Subvention verzichten, als sich dieser Bedingung zu unterwerfen. Der Antrag wurde aus finanziellen Rücksichten mit 18 gegen 13 Stimmen abgelehnt. Diese Differenz wird noch beglichen werden müssen.

Für den Fall der *obligatorischen Versicherung* wurde beschlossen:

Artikel 20^{bis}. Wenn Kantone oder Gemeinden die Krankenversicherung allgemein oder für bestimmte Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären und die Beiträge dürftiger Kassenmitglieder ganz oder teilweise auf sich nehmen, so vergütet ihnen der Bund bis auf einen Drittel dieser Auslagen. Der Bundesrat setzt die Höhe dieser Vergütung fest.

Die Auszahlung der Bundesbeiträge soll jährlich auf Grund eines von der kantonalen Regierung aufgestellten Ausweises geschehen über die Kassen, die ihren Sitz im Kanton haben.

WEHRMÄNNER. Neu eingestellt wurde von der Kommission und beschlossen vom Rat:

Artikel 4ter. Die schweizerischen Wehrmänner sind von den Kassen für die Zeit eines jeden Militärdienstes von mehr als einem Monat von den Mitgliederbeiträgen zu befreien.

Die sogenannten *Gebirgszuschläge* wurden ähnlich geordnet wie im Nationalrat (siehe Band III, Seite 176), nämlich wie folgt:

Artikel 20. In Gebirgsgegenden mit geringer Wegsamkeit, die nur dünn bevölkert sind, leistet der Bund an die Kassen einen Gebirgszuschlag, auf das ganze Jahr gerechnet, bis auf sieben Franken für jedes versicherte Mitglied. Der Bundesrat setzt für jede Kasse die Höhe dieses Zuschlages fest.

Ferner wurde noch Antrag Brügger, Calonder etc. mit 20 gegen 13 Stimmen angenommen.

In solchen Gegenden gewährt der Bund den Kantonen für sich oder zuhanden ihrer Gemeinden Beiträge an Einrichtungen, welche die Verbilligung der Krankenpflege bezwecken. Diese Beiträge dürfen den Gesamtbetrag der von den Kantonen, Gemeinden oder Dritten selbst geleisteten Summen und jedenfalls drei Franken jährlich auf den Kopf der beteiligten Bevölkerung nicht übersteigen.

Der Bundesrat kann den Beitrag an die Bedingung knüpfen, dass in der Gemeinde eine Kasse errichtet wird.

In der Debatte wurde auch die Verfassungsfrage wieder erörtert betreffend Absatz 2. Der Referent betonte, es sei durch den Artikel 34^{bis} der Grundsatz aufgestellt worden, dass die Krankenfürsorge auf dem Wege der *Versicherung* und nicht auf dem der öffentlichen Krankenpflege zu schaffen sei. Es wurde bemerkt, es sei ja nicht nötig, dass sich dieses Gesetz allein auf Artikel 34^{bis} stütze. Wir gewähren fortwährend Subventionen der verschiedensten Art; warum sollte da eine Subventionierung der Krankenpflege der Verfassung entgegen sein? Es handle sich um Bevölkerungsgruppen, die von hoher volkswirtschaftlicher und militärischer Bedeutung für unser Land sind und die als Quelle der Volkskraft betrachtet werden dürfen. Der Nationalrat habe dieser Erwägung Rechnung getragen.

Von großer Wichtigkeit ist die staatliche *Aufsicht über die Kassen*. Sie wurde wie folgt geordnet:

Artikel 17. Die Kassen haben ihre Betriebsrechnungen je auf Jahresende abzuschließen und bis spätestens Ende März des folgenden Jahres dem Bundesrate einzusenden. Dieser ist befugt, binnen sechs Monaten nach der Einsendung die Richtigstellung fehlerhafter Rechnungen zu verlangen.

Bei Verletzung einer der in den Artikeln 4 bis 17 enthaltenen Vorschriften kann der Bundesrat von Amtes wegen oder auf Beschwerde hin nach fruchtloser Mahnung gegen die schuldige Kasse eine Buße bis auf einhundert Franken aussprechen.

Bei fortgesetzter Verletzung dieser Vorschriften kann der Bundesrat der Kasse nach fruchtloser Mahnung die Anerkennung entziehen.

Der Bundesrat ist hierzu verpflichtet, wenn eine Kasse ihren Mitgliedern nicht mehr die notwendige Sicherheit bietet und die verlangten Maßnahmen zur Herstellung des Gleichgewichtes in ihrem Haushalte nicht trifft.

Der Wortlaut nach Nationalrat ist weniger präzise als der des Ständerats.

Ein Hauptzweck der Vorlage ist, die Kassen durch das Mittel geeigneter Subventionsbedingungen zu veranlassen, besser zu rechnen. Dass dies heute zu wenig geschieht, ist seinerzeit hier ausgeführt worden anlässlich der Besprechung der Hilfskassenstatistik von 1903 (Heft 4, I. Jahrgang).

* * *

Damit hätten wir die allgemeinen Grundzüge der Krankenversicherung, wie sie aus dem Ständerat hervorgegangen ist, erörtert.

Die *Beiträge der Arbeitgeber* und die *Freizügigkeit* bilden die großen Differenzpunkte zwischen beiden Räten. Referendumpolitisch haben beide Bedeutung in negativem Sinne, sowohl die vom Ständerat beschlossene Beitragspflicht der Arbeitgeber als die allgemeine Freizügigkeit im Sinne des Nationalrats, obwohl zuzugeben ist, dass beide Räte — der Ständerat mit dem Beschluss über die Beitragspflicht und der Nationalrat mit der allgemeinen Freizügigkeit — grundsätzlich das Richtige getroffen haben.

Die eingangs erwähnte wichtige *Ärzte- und Apothekerfrage* bildet keinen Differenzpunkt zwischen Räten. Sie ist aber von so großer Wichtigkeit für die Entwicklung der Versicherung, dass es sich lohnt, sie an besonderer Stelle zu erörtern.

BERN

J. STEIGER

□ □ □