**Zeitschrift:** Beiträge zur Statistik der Stadt Bern
**Herausgeber:** Statistisches Amt der Stadt Bern
**Band:** - (1926)
**Heft:** 8

**Artikel:** Das Krankenversicherungswesen in der Stadt Bern
**Autor:** [s.n.]
**Kapitel:** I: Das Krankenkassenwesen im allgemeinen
**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-847287

**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:** 12.07.2025

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

# I. Das Krankenkassenwesen im allgemeinen.

## A. Die Krankenkassen-Gesetzgebung.

Das Krankenkassenwesen einer Stadt ist kein abgeschlossenes Ganzes, sondern es ist eng verbunden mit den entsprechenden Einrichtungen im ganzen Staatsgebiet. Maßgebend für seine örtliche Ausgestaltung ist die staatliche Gesetzgebung. Es ist daher naheliegend, der Betrachtung des Krankenkassenwesens der Stadt Bern einen gedrängten Überblick über die Krankenversicherungs-Gesetzgebung in Bund und Kanton vorauszuschicken.

### 1. Bundesgesetzgebung.

Die Krankenversicherung ist für das Gebiet der Eidgenossenschaft durch das Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 geregelt. Bereits in den neunziger Jahren des verflossenen Jahrhunderts wurde von den Bundesbehörden erstmals ein Gesetz betreffend das Krankenversicherungswesen ausgearbeitet und von der Bundesversammlung am 5. Oktober 1899 zum Beschluß erhoben. Dieses, nach dem Schöpfer des Entwurfs, dem damaligen Nationalrat und nachmaligen Bundesrat Dr. Forrer benannte Forrersche Gesetz war auf dem Gedanken der *obligatorischen Krankenversicherung* der unselbständig Erwerbenden aufgebaut. Gegen dieses Gesetz wurde im Volk der Vorwurf erhoben, es sei ein „Klassengesetz", weil es die selbständig Erwerbenden nicht auch unter das Obligatorium stelle; dann regte sich bei den bestehenden Krankenkassen, die ihre Existenz durch das Gesetz bedroht glaubten, lebhafter Widerstand. Das gegen das Forrersche Gesetz ergriffene Referendum hatte den Erfolg, daß die Vorlage vom Schweizervolk in der Abstimmung vom 20. Mai 1900 mit 341 914 (69,8 %) gegen 148 035 (30,2 %) Stimmen *verworfen* wurde.

Die Bundesbehörden setzten ihre Anstrengungen, das Krankenkassenwesen von Bundes wegen einheitlich zu ordnen, unentwegt fort. Diese gesetzgeberischen Arbeiten führten zu dem von der Bundesversammlung am 13. Juni 1911 genehmigten „*Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung*". Auch gegen diese Gesetzesnovelle wurde das Referendum ergriffen. In dem der Volksabstimmung vorausgegangenen Kampf hatten sich diesmal auch die Krankenkassenverbände für das Gesetz erklärt. Die Vorlage wurde in der am 4. Februar 1912 stattgehabten Volksabstimmung mit 287 583 (54,4 %) gegen 241 418 (45,6 %) Stimmen *angenommen*.

Das Gesetz vom 13. Juni 1911 ist in bezug auf die Krankenversicherung vom verworfenen Forrerschen Gesetz grundverschieden. Vor allem

wurde darin nicht die obligatorische Versicherung eingeführt. Lediglich die bestehenden Krankenkassen, *sofern sie es selber wünschen,* sind dem Gesetz unterstellt.

Art. 1 des Gesetzes vom 13. Juni 1911 lautet:

„Der Bund fördert nach Maßgabe dieses Gesetzes die Krankenversicherung durch Gewährung von Beiträgen an Krankenkassen."

Diese Beiträge werden den Krankenkassen jedoch erst gewährt, nachdem sie dem Bundesamt für Sozialversicherung, das zur Durchführung des Gesetzes und zur Überwachung der dem Gesetz unterstellten Kassen errichtet wurde, ein Gesuch um Anerkennung durch den Bundesrat eingereicht haben. Die Anerkennung wird gemäß Art. 3 des Gesetzes außer von Mindestleistungen im Krankheitsfall (Art. 12 und 13) auch davon abhängig gemacht, daß die betr. Kassen ihren Sitz in der Schweiz haben, daß sie Schweizer nicht ungünstiger behandeln als ausländische Mitglieder, daß sie nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit betrieben werden, und daß ihre Gelder ausschließlich zu Versicherungszwecken Verwendung finden.

Das Gesetz bestimmt, daß der Bund den anerkannten Kassen jährlich pro Mitglied folgende Beiträge ausrichtet:

*a)* An Kassen, die für Krankengeld *oder* Krankenpflege versichern:
Für versicherte Kinder unter 15 Jahren Fr. 3. 50.
Für männliche Mitglieder über 15 Jahren Fr. 3. 50.
Für weibliche Mitglieder über 15 Jahren Fr. 4. —.

*b)* An Kassen die Krankengelder *und* Krankenpflege leisten: Fr. 5. — pro Mitglied, ohne Unterschied der Geschlechter.

Diese Beiträge werden um 50 Rappen erhöht, sobald die Leistungsdauer in bestimmtem, im Gesetze vorgeschriebenem Maße verlängert wird.

Der Bundesbeitrag beträgt im Maximum das 1½fache der Mitgliederbeiträge.

*c)* An versicherte Wöchnerinnen:
Für jedes Wochenbett Fr. 20. —. Wird von der Kasse auch Stillgeld verabfolgt, so erhöht sich der Beitrag auf Fr. 40. —.

*d)* Für Versicherte in Gebirgsgegenden, wo Arztbesuche teuer zu stehen kommen, wird ein Gebirgszuschlag von Maximum Fr. 7. — pro Mitglied, bezw. Fr. 3. — pro Kopf der Bevölkerung ausgerichtet. Diese Gebirgszuschläge dürfen den Gesamtbetrag, den Kantone, Gemeinden oder Dritte in solchen Fällen leisten, nicht übersteigen. (Art. 37.)

*e)* In Fällen, wo das Krankenversicherungsobligatorium eingeführt wird, übernimmt der Bund die Beiträge, die Kantone und Gemeinden für bedürftige Kassenmitglieder auf sich nehmen, bis zu einem Drittel (Art. 38).

Zu den wichtigsten Bestimmungen, die das Bundesgesetz enthält, gehört jene über die *Freizügigkeit* (Art. 7 ff.). Diese besteht in dem gesetzlichen Recht des Mitgliedes einer Kasse, in gewissen Fällen in eine andere Kasse überzutreten. Voraussetzung dazu ist, daß das Mitglied mindestens ein Jahr, ohne eine Unterbrechung von mehr als drei Monaten, einer anerkannten Kasse angehört hat. Wenn ein Mitglied infolge Wegzuges, Berufs- oder Anstellungsänderung aus einer Kasse austreten muß, wenn diese sich auflöst oder die Eigenschaft als anerkannte Krankenkasse verliert, so ist jede andere anerkannte Krankenkasse, deren allgemeine Aufnahmebedingungen das Mitglied erfüllt, und in Ermangelung einer solchen jede Kasse seines Wohnsitzes verpflichtet, es als sogenannten Züger aufzunehmen.

Erschwerende Vorschriften betreffend Gesundheitszustand oder Altersgrenze, die die Kassen statutengemäß auf Neueintretende anwenden, dürfen „Zügern" gegenüber nicht geltend gemacht werden; ebenso darf von ihnen kein Eintrittsgeld verlangt werden. Der „Züger" hat bei gleichen Leistungen seinerseits Anspruch auf die Versicherungsleistungen, die die Kasse unter gleichen Umständen ihren übrigen Mitgliedern gewährt.

Die Aufsicht über die Tätigkeit der vom Bundesrate anerkannten Kassen liegt dem Bundesamt für Sozialversicherung ob.

Das Bundesgesetz betreffend die Krankenversicherung ist also ein Aufsichtsgesetz, dem aber nicht alle Kassen unterstellt sind; diejenigen Kassen, die sich nicht um die Anerkennung bewerben, können sich einrichten, wie sie es für zweckmäßig halten, erhalten dann allerdings auch keinen Bundesbeitrag.

In Art. 2 des Gesetzes wird den Kantonen die Ermächtigung erteilt, das Obligatorium der Krankenversicherung einzuführen und öffentliche Krankenkassen, unter Berücksichtigung der bestehenden Kassen, einzurichten. Die Kantone können dieses Recht an die Gemeinden delegieren. Bis heute haben 9 Kantone und Halbkantone das Obligatorium für einzelne Bevölkerungsschichten zwangsweise eingeführt; 11 Kantone, worunter Bern, haben ihre diesbezüglichen Befugnisse den Gemeinden übertragen, während 5 Kantone über die Krankenversicherung bis dahin überhaupt keine gesetzlichen Bestimmungen trafen.

In den Kantonen, die den Gemeinden das Recht der Einführung des Obligatoriums übertragen haben, hat der Versicherungsgedanke ganz verschiedene Fortschritte gemacht. Am meisten Anklang fand erfreulicherweise der Gedanke der Kinder- und namentlich der Schülerversicherung.

## 2. Gesetzgebung des Kantons Bern.

Der Kanton Bern gehört, wie gesehen, zu jener Gruppe der schweizerischen Kantone, die das Recht, die Krankenversicherung obligatorisch zu erklären, den Gemeinden übertragen haben. Auf kantonalem Boden

wird das Krankenkassenwesen durch das *Gesetz über die obligatorische Krankenversicherung* vom 4. Mai 1919 geregelt. Wie der Titel sagt, handelt dieses Gesetz lediglich von der obligatorischen Krankenversicherung. Art. 1 des Gesetzes lautet:

„Die Einwohnergemeinden sind, nach Maßgabe des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung, sowie der nachstehenden Bestimmungen, ermächtigt:

*a)* Die obligatorische Krankenversicherung einzuführen.

*b)* Unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen öffentliche Krankenkassen einzurichten."

Dabei sieht das Gesetz ein sogenanntes beschränktes Obligatorium vor, indem es den Gemeinden das Recht einräumt, solche Familien und Einzelpersonen obligatorisch zu versichern, deren Einkommen aus Erwerb und Vermögen zusammengerechnet Fr. 5000. — in städtischen und industriellen Verhältnissen, bezw. Fr. 3000. — in ländlichen Verhältnissen nicht übersteigt. Für die Durchführung des Obligatoriums dürfen nur vom Bundesgesetz anerkannte Kassen beansprucht werden.

Im Gesetz ist festgelegt, daß der Staat den Gemeinden, falls sie die obligatorische Krankenversicherung einführen, einen Drittel der Ausgaben vergütet, die den Gemeinden aus der Unterstützung der obligatorischen Versicherung dürftiger Versicherter erwachsen. Das Gesetz, das in der Abstimmung vom 4. Mai 1919 vom Bernervolk mit 43 309 (67,6 %) gegen 20 775 (32,4 %) Stimmen gutgeheißen wurde, ist also ein reines Eventualgesetz für den Fall, daß Einwohnergemeinden des Kantons Bern die obligatorische Versicherung einführen. Das Gesetz ist durch eine kantonale Verordnung vom 18. Oktober 1924 in einzelnen Punkten ergänzt und näher umschrieben worden.

Bis jetzt haben zwei bernische Gemeinden: Wangen a. A. und Attiswil, von diesem Rechte teilweisen Gebrauch gemacht, indem sie die Kinderkrankenversicherung obligatorisch erklärten und entsprechende Verträge mit privaten, anerkannten Kassen abschlossen.

---

## B. Organisation und Mitgliederbestand der Krankenkassen in der Stadt Bern.

### 1. Die Kassenorganisation (Übersicht 1).

Die Krankenkassen lassen sich hinsichtlich ihrer Organisation nach ganz verschiedenen Gesichtspunkten einteilen. Allen diesen Gliede-

rungen kommt je nach dem Zweck, der damit verfolgt wird, eine gewisse Bedeutung zu.

Die vom Amte durchgeführte Erhebung erstreckte sich im ganzen auf 38 Kassen, die im Gebiet der Stadt Bern die Krankenversicherung betreiben. In diesen 38 Kassen waren auf Ende des Jahres 1924 insgesamt 24 387 in der Stadt Bern wohnhafte Personen (23 901 Erwachsene und 486 Kinder), d. h. 23 % der Wohnbevölkerung, gegen Krankheit versichert (vergl. S. 22). Im folgenden seien die der Erhebung unterworfenen 38 Kassen kurz nach den in der Praxis des Krankenkassenwesens üblichen Einteilungen dargestellt.

### a) Anerkannte und nicht anerkannte Kassen.

Die Auseinanderhaltung nach der Anerkennung kommt einer mehr äußerlichen Zweiteilung der bestehenden Krankenkassen gleich. Wenn eine Kasse sich um Anerkennung durch den Bundesrat beworben hat, ihre Organisation den Vorschriften des Bundesgesetzes Genüge leistet und ihr demzufolge die Anerkennung zugesprochen worden ist, so besteht damit für sie die Berechtigung zum Bezug der Bundesbeiträge. Solche Kassen werden als sogenannte *anerkannte* Kassen bezeichnet. Für den Betrieb der Kasse als solche ist das Merkmal der Anerkennung durch den Bund nicht direkt mitbestimmend. Von einem allgemeinen Aufsichtsrecht des Bundes über alle Krankenkassen wurde im Bundesgesetz abgesehen, um die bestehenden Krankenkassen nicht vor den Kopf zu stoßen und ihren Widerstand gegen das neue Gesetz, der seinerzeit bei der Abstimmung über den Forrerschen Entwurf viel zu dessen Verwerfung beigetragen hatte, auf ein Minimum zu beschränken. So gelang es denn auch, daß die Krankenkassenverbände bei der dem 4. Februar 1912 vorangegangenen Abstimmungskampagne *für* das neue Gesetz eingestanden sind, was bei Einführung eines von vorneherein alle Kassen umfassenden Aufsichtsgesetzes kaum hätte erreicht werden können.

Verschiedene Gründe mögen einzelne Kassen bewegen, nicht um Anerkennung beim Bundesamt für Sozialversicherung einzukommen. Der Hauptgrund, warum Kassen auf die Anerkennung verzichten, wird der sein, daß die betreffenden, meist kleineren Kassen glauben, die verhältnismäßig bescheidenen Bundesbeiträge lohnen die Mühe nicht, die die Kassen für ihre Umorganisation aufzuwenden hätten. Oft wird auch ein gewisser Schreck vor dem „Dreinreden der Bundes-Bureaukratie“ die Kassen vor einer Unterstellung unter das Bundesgesetz absehen lassen; falsch verstandenes Gefühl von demokratischer Freiheit mag bei der einen oder andern Kasse mitspielen. Den Schaden, keine Bundesbeiträge zu erhalten, müssen die Betreffenden selber tragen.

Die 38 stadtbernischen Kassen verteilen sich hinsichtlich ihrer Anerkennung durch den Bund wie folgt:

| | Zahl der Kassen | | Zahl der stadtbern. Mitglieder am 31. XII. 1924 | |
|---|---|---|---|---|
| | absolut | in % | absolut | in % |
| Anerkannte ..... | 33 | 86,9 | 21 456 | 88,0 |
| Nicht anerkannte . | 5 | 13,1 | 2 931 | 12,0 |
| | 38 | 100,0 | 24 387 | 100,0 |

Die nicht anerkannten Kassen spielen demnach in der Stadt Bern nur eine untergeordnete Rolle. Von den 5 Kassen hatten ihrer drei am 31. Dezember 1924 weniger als 100 Mitglieder und nur eine einzige, mit 2376 Mitgliedern, einen nennenswerten Geschäftsumfang. Der weitaus größte Teil des Krankenkassenwesens der Stadt Bern jedoch liegt in den Händen der anerkannten Kassen.

### b) Die Kassen nach ihrer Beitrittsmöglichkeit.

Die Krankenkassen können auch je nach ihren Aufnahmebestimmungen für Mitglieder eingeteilt werden. Dr. Niederer [1]) vom Bundesamt für Sozialversicherung bezeichnet diese Art der Einteilung als die zweckmäßigste. Die Kassen werden auch in den Jahresberichten des Bundesamtes in erster Linie nach diesen Gesichtspunkten auseinandergehalten. Bei einer derartigen Gruppierung sind zu unterscheiden:

*a)* *Offene Kassen,* d. h. Kassen, denen jedermann beitreten kann; es können Männerkassen oder Frauenkassen oder Kassen, die beiden Geschlechtern zugänglich sind, sein.

*b)* *Konfessionelle und parteipolitische Kassen,* d. h. Kassen, bei denen die Beitrittsmöglichkeit von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Konfession oder einer bestimmten politischen Partei abhängig gemacht wird.

*c)* *Berufs- und Berufsverbandskassen,* d. h. Kassen, die nur Angehörige einer bestimmten Berufs- oder Gewerkschaftsgruppe aufnehmen.

*d)* *Betriebskassen,* d. h. Kassen, die die Arbeitnehmerschaft eines bestimmten Betriebes (Fabrik, Geschäft, Verwaltung) umfassen.

Eine weitere Kassenart bilden die *öffentlichen Kassen,* die eigentlich eine Untergruppe der offenen Kassen sind. Öffentliche Kassen sind solche, die von Gemeinwesen errichtet werden, was namentlich bei Einführung des Krankenkassenobligatoriums gewöhnlich geschieht, wenn nicht vorgezogen wird, die obligatorische Mitgliederaufnahme schon bestehenden, privaten Kassen zu überbinden. In der Stadt Bern ist zurzeit noch keine öffentliche Krankenkasse vorhanden. Eine solche besitzt Basel, wo das Obligatorium seit 1. Juli 1916 eingeführt ist. Die öffentliche Krankenkasse des Kantons Basel-Stadt zählte Ende 1924 rund 79 000 Mitglieder.

Die Verteilung der 38 Kassen und ihrer stadtbernischen Mitglieder, gegliedert nach der Beitrittsmöglichkeit, zeigt auf Ende 1924 folgendes Bild:

[1]) Dr. Niederer: Das Krankenkassenwesen in der Schweiz. Verlag Rascher & Cie., Zürich und Leipzig. 1914

| | Zahl der Kassen | | Zahl der stadtbern. Mitglieder | |
|---|---|---|---|---|
| | absolut | in % | absolut | in % |
| Offene Kassen ..... | 10 | 26,3 | 12 736 | 52,2 |
| Konfessionelle Kassen .... | 1 | 2,6 | 631 | 2,6 |
| Berufs- und Berufsverbandskassen ..... | 16 | 42,1 | 6 818 | 28,0 |
| Betriebskassen ..... | 11 | 29,0 | 4 202 | 17,2 |
| | 38 | 100,0 | 24 387 | 100,0 |

Der absoluten Zahl nach stehen die Berufs- und Berufsverbandskassen an erster Stelle. Am Mitgliederbestand gemessen, entfällt jedoch über die Hälfte der in Krankenkassen Versicherten der Stadt Bern auf die offenen Kassen. Konfessionelle Kasse ist in Bern nur eine vorhanden.

### c) Die Kassen nach ihrem Tätigkeitsgebiet.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal zwischen den verschiedenen Krankenkassen ist die räumliche Ausdehnung ihres Tätigkeitsgebietes. Hier kann unterschieden werden zwischen Kassen, die nur Mitglieder aufnehmen, die in einem kleineren Gebiet, z. B. einer Stadt und deren nächster Umgebung wohnhaft sind, und Kassen, deren Tätigkeit sich über ein größeres Gebiet, einen ganzen Kanton oder die ganze Schweiz erstreckt. Die 38 Kassen, die in der Stadt Bern tätig und hier einbezogen sind, verteilen sich in dieser Beziehung folgendermaßen:

| | Stadt Bern | Tätigkeitsgebiet Kanton Bern u. angrenz. Gebiete | Ganze Schweiz |
|---|---|---|---|
| Offene Kassen (einschl. 1 konfessionelle Kasse) ..... | 6 | 2 | 3 |
| Berufs- und Berufsverbandskassen | 6 | — | 10 |
| Betriebskassen ..... | 7 | 2 | 2 |
| *Überhaupt* | *19* | *4* | *15* |

Die nur in der Stadt Bern tätigen Kassen sind also gerade gleich stark vertreten wie die zentralisierten Kassen. Bei den Berufs- und Berufsverbandskassen überwiegen die Kassen mit größerer Ausdehnung (10) die lokalen Kassen (6); in dieser Gruppe sind besonders die eidgenössischen Arbeitnehmer- und Gewerkschaftsverbände vertreten. Diese Unterscheidung der Kassen nach der Ausdehnung ihres Tätigkeitsgebietes ist für die Betrachtung, die sich auf die Stadt Bern allein bezieht, von untergeordneter Bedeutung.

Das Tätigkeitsgebiet der Kassen unterscheidet sich aber nicht nur räumlich, sondern auch inhaltlich, d. h. je nach den mit der Krankenversicherung mitverbundenen Versicherungszweigen. Es gibt Kassen, die versichern für:

1. Krankheit allein.
2. Krankheit und Todesfall.
3. Krankheit, Alter und Invalidität.
4. Krankheit, Witwen und Waisen.

Die Gruppen 3 und 4 kommen auch in weitern Kombinationen vor, indem für drei oder sogar vier Risiken, wovon eines Krankheit ist, miteinander versichert werden kann. Diese Unterscheidung der Kassen je nach den mit der Krankenversicherung verbundenen weitern Versicherungszweigen ist für die Kassen in ihrer Eigenschaft als *Krankenkassen* und deshalb auch für die Krankenkassenstatistik nicht von Belang. Einzig die *Sterbeversicherung*, die in Form von Auszahlung eines Sterbegeldes bei Ableben eines Mitgliedes zum Ausdruck kommt, steht in direktem Zusammenhang mit der Krankenversicherung. Von den 38 Kassen in der Stadt Bern richten ihrer 33 solche Sterbegelder aus.

### d) Krankengeld- und Krankenpflegekassen.

Krankenkassen können im Erkrankungsfalle entweder nur Krankengeld verabfolgen oder auch Krankenpflegekosten (Arzt, Spital, Arznei, Krankenwache usw.) mitversichern oder endlich lediglich die Krankenpflegekosten rückvergüten, ohne eine Barunterstützung in Form eines Krankengeldes auszurichten. Letztere Kassen, die als *Krankenpflegekassen* bezeichnet werden, kommen vor allem da in Frage, wo es sich um öffentliche, obligatorische Versicherung handelt, sowie bei der Kinder- und Schülerversicherung. *Die Stadt Bern kennt zurzeit keine reine Krankenpflegekasse.* Dieser Mangel der Möglichkeit, sich in Bern für die im Krankheitsfall entstehenden Kosten allein zu versichern, kann nicht genug hervorgehoben werden. Gerade diese Versicherungsart ist zweifellos sozial besonders wertvoll, da sie neben dem Gebiet der Versicherung auch jenes der *Krankheitsverhütung* am intensivsten zu fördern in der Lage ist. Ihr Fehlen bedeutet für Viele eine empfindliche Lücke im sozialen Fürsorgewesen unserer Stadt. Der Grund, weshalb in Bern keine reine Krankenpflegekasse vorhanden ist, liegt vor allem im Widerstand der Ärzte gegen diese Einrichtung; es war bis jetzt nicht möglich, eine Einigung in bezug auf die Tarife zu Stande zu bringen. Die Krankenkassen machen geltend, daß die Forderungen der Ärzte so hoch seien, daß mit einer erfolgreichen Einführung der reinen Krankenpflegeversicherung vorderhand nicht gerechnet werden könne. Die gemischten Kassen, die für Krankengeld *und* Krankenpflege versichern, können sich helfen, indem sie die bei der Krankengeldversicherung gemachten Überschüsse der Krankenpflegeversicherung zuwenden, ohne deswegen die Mitgliederbeiträge übersetzen zu müssen. Da im allgemeinen die Krankenpflegeversicherung den Kassen bei den gegenwärtig geltenden Ärztetarifen Verluste bringt, ist es begreiflich, daß die Kassen nicht für Krankenpflege allein versichern wollen. Dieses Risiko könnte unter den gegebenen Umständen wahrscheinlich nur eine öffentliche Kasse auf sich nehmen, die einerseits der zu erwartenden großen Mitgliederzahl wegen

in der Lage sein dürfte, mit den Ärzten einen annehmbaren Tarifvertrag abzuschließen, und die anderseits durch Zuwendung öffentlicher Gelder vor einem Defizit geschützt werden könnte.

Von den untersuchten Kassen in der Stadt Bern richten 23 nur Krankengeld aus, während ihrer 15 daneben auch für Krankenpflege versichern. Berücksichtigt man auch die Ausrichtung von Sterbegeldern, so ergibt sich für die 38 Kassen folgendes Bild hinsichtlich ihrer Leistungen:

| Leistungen der Kasse | Zahl der Kassen | | Stadtbern. Mitglieder | |
|---|---|---|---|---|
| | absolut | in % | absolut | in % |
| Nur Krankengeld ..... | 4 | 10,5 | 2 749 | 11,3 |
| Krankengeld u. -Pflege.. | 1 | 2,6 | 1 396 | 5,7 |
| Kranken- u. Sterbegeld . | 19 | 50,0 | 12 552 | 51,5 |
| Krankengeld-, Pflege- u. Sterbegeld ..... | 14 | 36,9 | 7 690 | 31,5 |
| | *38* | *100,0* | *24 387* | *100,0* |

Rund 7/8 aller Krankenkassenmitglieder sind also auch für Sterbegeld versichert. Die Hälfte aller Kassen richten Krankengeld und Sterbegeld aus. Krankengeld und Krankenpflege zusammen, ohne Ausrichtung von Sterbegeldern, gewährt nur eine, allerdings große Kasse.

### e) Die zeitliche Beschränkung der Versicherungsleistungen.

Es gibt dreierlei zeitliche Beschränkungen, die die Kassen für die Ausrichtung von Entschädigungen im Krankheitsfall vorzusehen pflegen:

1. Die Berechtigung zum Bezug einer Entschädigung wird vom Ablauf einer bestimmten Dauer der Mitgliedschaft abhängig gemacht (Karenzzeit).

2. Die Kasse schließt Krankheiten von kurzer Dauer aus und nimmt ihre Leistungen erst einige Tage nach dem Eintritt der Krankheit auf (Wartefrist).

3. Die Versicherungsleistungen werden bei lange dauernden Krankheiten reduziert oder eingestellt.

Die *Karenzzeit* beträgt in der Regel 90 Tage. Wenn ein neu in die Kasse aufgenommenes Mitglied vor Ablauf dieser Zeit erkrankt, so wird ihm für diese Krankheit keine Entschädigung ausgerichtet. Die Karenzzeit darf bei anerkannten Kassen nicht mehr als 3 Monate betragen.

Die *Wartefrist* ist für die anerkannten Kassen durch Art. 13 des Bundesgesetzes geregelt:

> „Bei statutengemäßer Krankheitsanzeige sind ärztliche Behandlung und Arznei von Anfang der Krankheit an, das Krankengeld aber spätestens mit dem 3. Tage nach dem Tage der Erkrankung zu gewähren."

Die Kassen haben von diesen Bestimmungen über die Wartefrist in zwei Richtungen Gebrauch gemacht:

*Erstens* werden in der Regel kurze, d. h. weniger als 3 Tage dauernde Krankheiten von der Versicherungsleistung ausgeschlossen. Dieser Ausschluß der kurz dauernden Krankheiten wird von den Kassen ziemlich allgemein gehandhabt, wie die betreffenden Zahlen der in der Stadt Bern betriebenen Kassen bestätigen:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Bei 2 Kassen | wird Krankengeld | 1 Tag | dauert |
| „ 3 „ | ausgerichet, | 2 Tage | „ |
| „ 22 „ | wenn die Krankheit | 3 „ | „ |
| „ 11 „ | mindestens | 4 „ | „ |
| *38 Kassen überhaupt.* | | | |

Von den 38 Kassen entschädigen ihrer 33 also nur Krankheiten mit einer Dauer von mindestens 3 Tagen.

*Zweitens* richten die Kassen zum Teil bei länger dauernden Krankheiten das Krankengeld nicht bereits vom ersten Tage an aus. In dieser Richtung wird, wie die folgenden Zahlen der stadtbernischen Kassen zeigen, allerdings viel seltener Gebrauch von der Wartefrist-Bestimmung gemacht als in bezug auf die kurz dauernden Krankheiten. Von den 38 Kassen wird bei länger als 3 Tage dauernden Krankheiten das Krankengeld ausgerichtet:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Bei 31 | Kassen | vom | ersten | Krankheitstage | an |
| „ 3 | „ | „ | zweiten | „ | „ |
| „ 4 | „ | „ | dritten | „ | „ |

Im Falle länger als drei Tage dauernder Krankheiten machen also nur 7 Kassen von der Einrichtung der Wartefrist Gebrauch, während die 31 andern Kassen in solchen Fällen das Krankengeld auch für die ersten Krankheitstage verabfolgen.

Die verschiedene Handhabung der Wartefrist bei den einzelnen Kassen führt dazu, daß auch die Angaben über Erkrankungen und Krankentage nicht direkt miteinander verglichen werden können, da im einen Fall kurzfristige Krankheiten mitgezählt werden, im andern nicht. Auf diese Ungleichheiten wird bei der Beurteilung der Erkrankungshäufigkeit in den verschiedenen Kassen zurückzukommen sein (Seite 27).

Die *Begrenzung der Leistungen bei lange dauernden Krankheiten* wird für die anerkannten Kassen durch Art. 13 (3. Alinea) des Bundesgesetzes geregelt:

> „Die Versicherungsleistungen sollen einem Mitgliede für eine oder mehrere Krankheiten im Laufe von 360 aufeinanderfolgenden Tagen während wenigstens 180 Tagen zukommen".

Die Kassen können im allgemeinen in zwei große Gruppen geteilt werden: Solche, die sich an die im Bundesgesetz festgelegte Minimalgrenze halten und ihre Leistungen im Laufe eines Jahres während

*180* Tagen gewähren, und solche, die darüber hinausgehen, indem sie die Unterstützungen im Maximum für *360* Tage (innert 540 aufeinanderfolgenden Tagen) ausrichten. Daneben werden, namentlich von nicht anerkannten Kassen, auch gelegentlich andere zeitliche Begrenzungen der Leistungen vorgesehen. Die 38 betrachteten stadtbernischen Kassen verteilen sich in dieser Hinsicht wie folgt:

| | Maximum der Unterstützungsdauer | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 120 Tage | 180 Tage | 360 Tage | 540 Tage |
| Anerkannte Kassen ..... | — | 14 | 18 | 1 |
| Nicht anerkannte Kassen ... | 1 | 4 | — | — |
| *Überhaupt* | *1* | *18* | *18* | *1* |

## 2. Die Größe der Kassen (Übersicht 2).

Wenn im folgenden von der Größe, d. h. der Mitgliederzahl der Kassen gesprochen wird, so ist darunter stets nur die *Gesamtheit der stadtbernischen Mitglieder* verstanden, ohne Rücksicht darauf, wie viele Mitglieder die betreffenden Kassen außerhalb Bern aufweisen.

Die 38 Kassen versicherten am 31. Dezember 1924 wie gesehen insgesamt 24 387 Mitglieder gegen Krankheit, d. h. im Durchschnitt 642 Mitglieder pro Kasse. Kennzeichnend für die gegenwärtige Zersplitterung im Krankenkassenwesen ist neben der Tatsache, daß in Bern so viele Kassen bestehen, der Umstand, daß neben einigen großen viele kleine Krankenkassen existieren, wie die anschließende Aufstellung veranschaulicht.

| Kassen mit ... stadtbern. Mitgliedern | Zahl der Kassen | | Zahl der stadtbern. Mitglieder | |
|---|---|---|---|---|
| | absolut | in % | absolut | in % |
| über 1000 ..... | 6 | 15,9 | 15 127 | 62,0 |
| 501—1000..... | 6 | 15,9 | 4 295 | 17,6 |
| 201—500..... | 10 | 26,2 | 3 299 | 13,5 |
| 101—200..... | 8 | 21,0 | 1 193 | 4,9 |
| weniger als 100.... | 8 | 21,0 | 473 | 2,0 |
| | *38* | *100,0* | *24 387* | *100,0* |

Die 6 Kassen mit über 1000 Mitgliedern vereinigen nahezu $^2/_3$ aller in der Stadt Bern gegen Krankheit Versicherten auf sich. Von den übrigen 32 Kassen sind ihrer 10, d. h. rund $^1/_4$ aller Kassen solche mit 200 bis 500 Mitgliedern. Weitere 8 Kassen haben einen Mitgliederbestand von unter 100 Mitgliedern; auf diese letzten 21 % aller Kassen entfallen nur 2 % aller stadtbernischen Kassenmitglieder.

Die Größe der Kasse ist zum Teil natürlich auch durch die *Beitrittsmöglichkeit* bedingt. Es ist naheliegend, anzunehmen, daß die offenen Kassen, denen jedermann beitreten kann, im allgemeinen mehr Mitglieder aufweisen werden als z. B. die Betriebskassen, deren Mitgliederbestand

sich in der Regel nur auf Arbeitnehmer eines bestimmten, vielleicht allerdings großen Betriebes erstreckt. Diese Verhältnisse suchen die folgenden Zahlenreihen zu beleuchten:

| | Offene Kassen | Berufs- und Berufsverbands-kassen | Betriebs-kassen |
|---|---|---|---|
| Anzahl Kassen ..... | 11 | 16 | 11 |
| Anzahl stadtbern. Mitglieder .. | 13 367 | 6818 | 4202 |
| Durchschn. Mitgliederzahl pro Kasse ..... | 1 215 | 426 | 382 |
| Zahl der Kassen mit: | | | |
| über 500 Mitgliedern ..... | 6 | 4 | 2 |
| 201—500 „ ..... | 3 | 4 | 3 |
| bis 200 „ ..... | 2 | 8 | 6 |

Bei den offenen Kassen sind also tatsächlich jene mit größerer, bei den Betriebskassen jene mit kleinerer Mitgliederzahl am häufigsten vertreten; die Berufs- und Berufsverbandskassen halten die Mitte. Dieses Bild wird durch die durchschnittliche Mitgliederzahl der drei Kassenarten bestätigt. In Wirklichkeit sind namentlich die Berufs- und Berufsverbandskassen wesentlich größer, als diese Durchschnittszahlen über die stadtbernische Mitgliedschaft angeben, da von diesen Kassen über die Hälfte (10) zentralisierte Berufsverbandskassen sind, deren Mitglieder sich auf die ganze Schweiz verteilen; diese an sich großen Kassen haben aber zum Teil in der Stadt Bern nur eine kleinere Anzahl von Mitgliedern, so daß sie hier zu den kleineren Kassen gezählt werden.

## 3. Die Versicherten.

### a) Allgemeines.

Insgesamt waren, wie gesehen, Ende 1924 in der Stadt Bern 24 387 Personen gegen Krankheit versichert. Von diesen betrafen 17 278 = 70,8 % Männer, 6623 = 27,2 % Frauen und 486 = 2,0 % Kinder unter 15 Jahren. Bezogen auf die stadtbernische Wohnbevölkerung am 1. Dezember 1920, ergeben sich folgende Prozentsätze versicherter Personen (vergl. graphische Tafel 1):

| Stadt Bern | Wohn-bevölkerung | Krankenkassenmitglieder absolut | in % der Wohnbevölkerung | in % der Mitglieder |
|---|---|---|---|---|
| Männer ..... | 36 191 | 17 278 | 47,7 | 70,8 |
| Frauen ..... | 44 273 | 6 623 | 15,0 | 27,2 |
| Kinder unter 15 J. | 24 162 | 486 | 2,0 | 2,0 |
| | *104 626* | *24 387*[1]) | *23,3* | *100,0* |

Die Unterschiede sind in die Augen springend. Beinahe jeder zweite in der Stadt Bern wohnende Mann ist gegen Krankheit versichert;

[1]) Vergl. die Vorbehalte betr. mehrfacher Versicherung. S. 26.

dagegen nur jede siebente Frau und jedes fünfzigste Kind! Den Männern stehen eben in vielen Fällen Betriebskassen zur Verfügung, wogegen die Frauen, sofern sie nicht beruflich tätig sind, lediglich auf die offenen Kassen angewiesen sind.

Im Vergleich zu obigen Zahlen stadtbernischer Kassenmitglieder seien die Mitgliederzahlen der anerkannten Kassen der ganzen Schweiz pro Ende 1924, wie sie dem Jahresbericht des Bundesamts für Sozialversicherung zu entnehmen sind, angeführt.

| Schweiz | Wohnbevölkerung | Krankenkassenmitglieder absolut | in % der Wohnbevölkerung | in % der Mitglieder |
|---|---|---|---|---|
| Männer ..... | 1 325 726 | 520 106 | 39,2 | 46,8 |
| Frauen ..... | 1 471 300 | 373 946 | 25,4 | 25,4 |
| Kinder ..... | 1 083 294 | 218 408 | 20,2 | 27,8 |
| | *3 880 320* | *1 112 460* | *28,7* | *100,0* |

Bei den anerkannten schweizerischen Krankenkassen insgesamt sind also, an der Wohnbevölkerung gemessen, die Männer weniger häufig, Frauen und Kinder dagegen bedeutend häufiger versichert als in der Stadt Bern.

Die in der Stadt Bern bestehenden Möglichkeiten für Männer, Frauen und Kinder, sich gegen Krankheit zu versichern, sind durch folgende Zusammenstellung der Kassen nach ihren Aufnahmebestimmungen ausgedrückt:

| | | |
|---|---|---|
| Kassen, die nur Männer | aufnehmen: | 15 |
| „ „ Männer und Frauen | „ : | 20 |
| „ „ nur Frauen | „ : | 1 |
| „ „ Männer, Frauen und Kinder | „ : | 2 |
| | Total | *38 Kassen* |

Im ganzen versichern also 37 Kassen männliche und 23 Kassen weibliche Mitglieder gegen Krankheit, während Kinder nur in 2 Kassen aufgenommen werden.

### b) Die Kinderversicherung.

Die angeführten Zahlen lassen eine empfindliche Lücke im Krankenkassenwesen der Stadt Bern sofort erkennen, nämlich den Mangel an einer ausgedehnten Kinderversicherung. Alles in allem wurden anläßlich dieser Untersuchung nur 486 gegen Krankheit versicherte Kinder unter 15 Jahren festgestellt. Gemessen an der Wohnbevölkerung, die nach der Volkszählung vom 1. Dez. 1920 für die Stadt Bern 24 162 Kinder von 0—14 Jahren ergab, beträgt also der Anteil der gegen Krankheit versicherten Kinder nur 2,0 Prozent.

Die Kinder-Krankenversicherung ist eine der vornehmsten Aufgaben kommunaler Fürsorgepolitik. Nicht nur würde mit einer durchgreifenden

Kinderversicherung der Jugend an und für sich eine große Wohltat erwiesen, sondern sie würde vor allem auch wesentlich dazu beitragen, den Gesundheitszustand der Bevölkerung mit dem Heranwachsen dieser versicherten Jugend allgemein zu heben. Das Problem der Versicherung der Kinder gegen Krankheit verdient vielleicht auch vom bevölkerungspolitischen Gesichtspunkt aus (Geburtenrückgang), besonders gewürdigt zu werden. Die Kinderversicherung liegt jedenfalls durchaus in der Richtung jener sozialpolitischen Bestrebungen, die dahin zielen, die Sterblichkeit auf ein Minimum herabzumindern und die vorhandene Bevölkerung möglichst gesund und lange leistungsfähig zu erhalten. Für die Stadt Bern wäre namentlich eine ausgedehnte Versicherung der vorschulpflichtigen Kinder zu wünschen, die der schulärztlichen Kontrolle noch nicht unterstehen (vergl. S. 119). Daß die Kinderversicherung anderwärts bedeutend mehr Fuß gefaßt hat als in Bern, beweisen die vom Bundesamt für Sozialversicherung ausgewiesenen Mitgliederzahlen der schweizerischen Krankenkassen. Ende 1924 waren, wie gesehen, in der ganzen Schweiz 218 408 Kinder unter 15 Jahren in anerkannten Kassen gegen Krankheit versichert, d. h. rund 20 % aller Schweizerkinder; in der Stadt Bern waren es deren nur 2 %! Von den Versicherten 218 408 Kindern gehörten ihrer 115 168, also über die Hälfte öffentlichen Krankenkassen an.

Gewiß ist es erfreulich, daß in Bern auch ohne irgendwelche öffentlich rechtliche Regelung bereits 30 % der erwachsenen Bevölkerung gegen Krankheit versichert sind. Dies zeugt unzweideutig dafür, daß Interesse und Verständnis für das Kranken-Versicherungswesen bereits kräftig Wurzel geschlagen haben. Ist die Krankenversicherung aber nicht Flickwerk, solange die Jugend dieser Errungenschaft nicht weitgehend teilhaftig ist? Bei Versicherung der Kinder kann es sich lediglich um eine *reine Krankenpflegeversicherung* handeln. Krankengeld, das stets als Ersatz für Lohnausfall gedacht ist, kommt hier nicht in Betracht. Überdies bestimmt Art. 12 des Bundesgesetzes: „Kinder dürfen vor dem Jahre, in dem sie das 14. Altersjahr zurücklegen, nicht für Krankengeld versichert sein."

### c) Die mehrfache Versicherung.

Jedem Krankenkassenmitglied steht die Möglichkeit offen, sich bei mehr als einer Kasse zu versichern. Art. 26 des Bundesgesetzes stellt in bezug auf die mehrfache Versicherung in anerkannten Kassen lediglich die Bestimmung auf:

> „Die Kassen sollen darauf achten, daß ihre Mitglieder nicht bei mehr als zwei Krankenkassen versichert sind; ist indessen jemand am 1. Januar 1911 Mitglied von mehr als 2 Krankenkassen gewesen, so ist er nicht verpflichtet, aus einer derselben auszutreten."

Ist ein Versicherter Mitglied mehrerer Kassen, so wird nach Art. 36 der Bundesbeitrag für den Betreffenden nur jener Kasse ausbezahlt, der er am längsten angehört.

Die Erlaubnis zur Doppelversicherung gibt diesen, mehreren Kassen angehörenden Mitgliedern die Möglichkeit der *Überversicherung*, d. h. es kann vorkommen, daß im Erkrankungsfalle die betreffende Person mehr Entschädigungen bezieht, als Lohnausfall und Krankenpflegekosten zusammen ausmachen. Solche Möglichkeiten können für Versicherte, die eine falsche Vorstellung über die Bedeutung derartiger sozialer Institutionen haben, als Anreiz zur Simulation wirken, wenn nicht wirksame Gegenmaßnahmen getroffen werden. Um solchen mißbräuchlichen Überversicherungen entgegenzutreten, wurde daher in das Bundesgesetz (Art. 26, Absatz 2) der Satz aufgenommen:

„Die Kassen haben dafür zu sorgen, daß ihren Mitgliedern im Falle von Krankheit aus der Versicherung kein Gewinn erwächst."

Die Ausführung dieses Artikels zeigte, daß eine nähere Umschreibung des Begriffs „Gewinn" unumgänglich notwendig war. Das Bundesamt für Sozialversicherung gab daher in einem Zirkularschreiben an die Kassen nähern Aufschluß über die Handhabung dieses Artikels. Es ist darin der Auffassung Raum gegeben, daß eine bescheidene Überversicherung, d. h. eine Entschädigung, die größer ist als der Lohnausfall, nicht in jedem Falle als Gewinn betrachtet werden kann, indem ein Erkrankungsfall in der Regel auch erhöhte Haushaltskosten usw. mit sich bringt. Die Kassen wurden angewiesen, ihre Bestimmungen so zu fassen, daß das von mehreren Kassen zusammen bezogene Krankengeld pro Tag *höchstens fünf Franken mehr als der Lohnausfall* betragen dürfe. Diese Höchstgrenze ist überdies nur für den Fall maßgebend, daß der Betreffende nicht auch für Krankenpflege versichert ist, in der Meinung, daß Arzt- und Apothekerkosten durch diesen Mehrbetrag bestritten werden sollten. Im Falle, daß das Mitglied auch gegen *Pflege* versichert ist, bleibt es den Kassen anheimgestellt, die Überversicherungsgrenze angemessen herabzusetzen. Die städtische Krankenkasse hat von dieser Befugnis z. B. Gebrauch gemacht, indem sie in Art. 17 ihrer Statuten bestimmt:

„Tritt während der Dauer der Mitgliedschaft eine Überversicherung ein, so ist die Verwaltungskommission berechtigt und verpflichtet, das Krankengeld zu reduzieren. Ein Zuschuß aus einer andern Krankenkasse bis zum Betrage von Fr. 2. — gilt nicht als Überversicherung." (Vergl. S. 45.)

Man kann sich fragen, ob eine solche Lösung der Frage der Überversicherung nicht zu weitherzig ist. Sobald für einen Versicherten die Möglichkeit besteht, im Krankheitsfall finanziell günstiger dazustehen als bei Ausübung seines Berufes, ist zweifellos die Versuchung groß, allzuleicht und *allzuoft* krank zu werden. Inwieweit ein solches „Gewinnbestreben" bei der Krankenversicherung tatsächlich vorhanden ist, läßt sich zahlenmäßig nicht nachweisen. Immerhin wird die Spezialuntersuchung über die Verhältnisse bei der städt. Krankenkasse hierüber einige Anhaltspunkte bieten.

Es ist klar, daß zufolge dieser Möglichkeit der mehrfachen Versicherung bei der vorliegenden Erhebung Doppelzählungen nicht umgangen werden konnten, indem ein Mitglied der Kasse A, das gleichzeitig der Kasse B angehört, von beiden Kassen als „gleichzeitig einer andern Kasse angehörend" gezählt wurde. Die in mehr als einer Kasse Versicherten konnten bei Feststellung der Mitgliederzahlen an und für sich nicht ausgeschieden werden, so daß in Wirklichkeit nicht 24 387 Personen in der Stadt Bern gegen Krankheit versichert sind, sondern weniger; wohl beträgt die Zahl der Mitglieder, d. h. der eingegangenen Versicherungen soviel, die Möglichkeit der Doppelversicherung aber reduziert die Zahl der versicherten Personen als solche.

Die Frage nach gleichzeitiger Mitgliedschaft der Versicherten in einer andern Krankenkasse konnte von 29 Kassen beantwortet werden. Bei einem Gesamtbestand von 17 689 Versicherten verzeichneten diese 29 Kassen 4248 Mitglieder = 24 % als gleichzeitig einer andern Kasse angehörend.

Der Prozentsatz der gleichzeitig einer andern Kasse angehörenden Mitglieder ist sehr verschieden groß; er schwankt bei den 29 Kassen, für die Angaben vorliegen, zwischen 7,7 % und 75,5 %. Die 29 Kassen gliedern sich in dieser Hinsicht wie folgt:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | Kassen mit | 7 411 | Mitgl., | von denen | weniger | als 10 % |
| 5 | „ | 1 693 | „ | „ | „ | 10—20 % |
| 7 | „ | 3 554 | „ | „ | „ | 20—30 % |
| 3 | „ | 1 100 | „ | „ | „ | 30—40 % |
| 4 | „ | 2 875 | „ | „ | „ | 40—60 % |
| 6 | „ | 1 056 | „ | „ | „ | über 60 % |

Total *29* Kassen mit *17 689* Mitgl., von denen durchschn. 24,0 % gleichzeitig einer andern Krankenkasse angehören.

Angenommen, daß auch bei den übrigen Kassen ungefähr ¼ aller Mitglieder gleichzeitig einer andern Kasse angehören, so ergibt sich eine Gesamtzahl von rund 6000 solcher Doppelmitglieder, d. h. 3000 versicherte Personen sind bei der Feststellung des Krankenkassenbestandes doppelt gezählt worden. **Die tatsächliche Zahl der in der Stadt Bern gegen Krankheit versicherten Personen kann also** (abgesehen von der Krankenkasse der S. B. B.) **auf 21 400 geschätzt werden;** das sind rund 20 % der Bevölkerung.

---

## C. Erkrankungen und Krankentage.

### 1. Krankheitsverhältnisse im allgemeinen (Übersicht 3).

Aufgabe der Erkrankungs-Statistik (Morbiditätsstatistik) ist es, die Zahl der beobachteten Personen, d. h. der Krankenkassenmitglieder, der Erkrankten, der Erkrankungen und der Krankentage miteinander

in geeignete Beziehungen zu setzen, um ein Bild über Erkrankungshäufigkeit und Krankheitsdauer zu erhalten. Es ist das Verdienst des Frankfurter Statistikers H. Bleicher, erstmals in seiner mustergültigen Arbeit: „Frankfurter Krankheitstafeln" im Jahre 1900 auf diese systematischen Aufgaben der Erkrankungsstatistik aufmerksam gemacht zu haben. Der Mediziner und Statistiker Mayet hat dann diese Methodik der Fragestellung weiter ausgearbeitet und in einem 1907 erschienenen, umfassenden Werk über die Leipziger Ortskrankenkasse niedergelegt.

Als wichtigste dieser Beziehungszahlen wird im folgenden vor allem die Zahl der Krankentage pro Mitglied, wohl der sinnfälligste Ausdruck der Erkrankungshäufigkeit, betrachtet. Daneben kommt auch noch der Zahl der Krankentage pro Erkrankung, d. h. der durchschnittlichen Krankheitsdauer, besondere Bedeutung zu.

Die Feststellung dieser Beziehungszahlen bietet theoretisch keine besondern Schwierigkeiten, da die Begriffe der Erkrankung bezw. Genesung in der Regel durch die Tatsachen der Arbeitsniederlegung bezw. Wiederaufnahme der Arbeit festgelegt sind. In der Praxis aber ist die Ermittlung dieser Daten durch die verschiedenartigen statutarischen Bestimmungen der Krankenkassen bedeutend erschwert. Zunächst können zuverlässige Angaben über Erkrankungen nur für solche Krankenkassenmitglieder erhalten werden, die für *Krankengeld* versichert sind. In den Fällen, wo nur *Krankenpflege* gewährt wird, erfragt die Kasse in der Regel die Zahl der Krankentage nur zur Feststellung des Ablaufs der Unterstützungsdauer, d. h. zu Kontrollzwecken. Eine genaue Ermittlung der Zahl der Krankentage wäre auf dieser Grundlage nicht möglich.

Da nun, wie gesehen, in der Stadt Bern alle Kassen, die für Krankenpflege versichern, gleichzeitig ihren erwachsenen Mitgliedern auch Krankengeld verabfolgen, so kann allerdings der überwiegende Teil der Krankenkassenmitglieder auch in die Erhebungen betreffend Erkrankungshäufigkeit (Morbidität) einbezogen werden. Über die Erkrankungshäufigkeit bei Kindern lassen sich auf diesem Wege keine Anhaltspunkte gewinnen; hier könnten nur Sondererhebungen in den Schulen Aufschluß bringen.

Eine weitere Schwierigkeit, über die Erkrankungen genauen Aufschluß zu bekommen, liegt darin, daß nicht alle Kassen vom ersten Tage an Krankengeld verabfolgen. Eine Umfrage bei den Kassen hat ergeben, daß ganz allgemein bei der Feststellung der Krankentage nur jene Tage gezählt werden, für die auch eine Entschädigung entrichtet wird. Bei einer Kasse, die z. B. für Krankheiten, die weniger als 4 Tage dauern, kein Krankengeld ausrichtet, werden alle Erkrankungen von 1—3 Tagen überhaupt nicht zur Anzeige gelangen, während bei andern Kassen auch solche kurze Erkrankungen gemeldet werden. Dazu kommt noch, daß von den einen Kassen auch solche Mitglieder unter die „Erkrankten" gezählt werden, die sich in ärztliche Behandlung begeben, ohne die Arbeit auszusetzen, die also keine Krankentage aufweisen („ambulante" Erkrankte), während andere Kassen, namentlich die reinen Krankengeldkassen,

diese Art „Erkrankung" nicht zählen können. Ein Vergleich der einzelnen Kassen unter sich hinsichtlich der Häufigkeit der *Erkrankungen* schlechthin, z. B. bezogen auf die Mitgliederzahl, kann also keine einwandfrei vergleichbaren Resultate liefern. Es ist schon gelegentlich angeregt worden, Krankenkassenstatistiken zu einer zahlenmäßigen Darstellung des Gesundheitszustandes des Volkes im allgemeinen auszubeuten. Ein solcher Gedanke wird sich aber nur verwirklichen lassen, wenn es möglich ist, von den Krankenkassen besser vergleichbare Angaben über die Erkrankten zu erhalten, als dies zurzeit der Fall ist. Die Einrichtung der Wartefrist und der Begriff der „ambulant" Erkrankten spielen in dieser Hinsicht der Erkrankungs- bezw. Gesundheitsstatistik einen Streich, der bei allfällig anzustellenden Vergleichen nicht unterschätzt werden darf.

Zuverlässiger als die Feststellung der Erkrankungen an und für sich ist jene der *Krankentage*. Hier fallen die länger dauernden Krankheiten so stark ins Gewicht, daß es nur wenig ausmacht, ob die Erkrankungen mit 1 oder 2 Krankentagen dabei mitgezählt sind oder nicht. Wenigstens zur Bildung von Durchschnitten, z. B. Zahl der Krankentage pro Mitglied, für gewisse Gruppen von Kassen usw., können diese Zahlen als genügend genau angesehen werden. Für den Vergleich der Erkrankungshäufigkeit einzelner Kassen unter sich wird aber durch die verschiedene Behandlung der kurzen Krankheiten das Bild etwas verändert, so daß Trugschlüsse möglich sind. Einem Vergleich einzelner Kassen miteinander wird man daher vorsichtshalber nur die Häufigkeit der Erkrankungen von mindestens 4 Tagen Dauer zu Grunde legen (siehe Seite 32).

Die 38 betrachteten Kassen wiesen im Jahre 1924 insgesamt 23 901 stadtbernische, für Krankengeld versicherte Mitglieder auf. Von diesen wurden im ganzen 6271 im Laufe des Jahres als erkrankt gemeldet, mit zusammen 197 142 unterstützten Krankentagen. *Auf 1 Mitglied entfielen demnach im Jahre 1924 durchschnittlich 8,2 unterstützte Krankentage.* Die Wochenbette sind dabei nicht inbegriffen; diese sollen gesondert betrachtet werden. Das Bundesamt für Sozialversicherung stellte an Hand der Angaben von rund 500 000 bei schweizerischen anerkannten Kassen Versicherten für das Jahr 1924 einen entsprechenden Gesamtdurchschnitt von 9,0 Tagen fest.

Solche Durchschnittszahlen sind selbstredend nur als ganz grobe Meßzahlen zu werten. Ein Begriff von der Erkrankungshäufigkeit kann erst gewonnen werden, wenn sie nach verschiedenen Gesichtspunkten getrennt betrachtet werden. Die anschließende Übersicht mag einigen Einblick in diese Verhältnisse bieten.

**Die Erkrankungshäufigkeit der stadtbernischen Krankenkassenmitglieder im Jahre 1924,** nach Geschlecht, Unterstützungsdauer und Art der Kasse.

| Art der Kasse | Männer | | | Frauen | | | Überhaupt | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mitglieder | Krankentage überhaupt | Krankentage pro Mitglied | Mitglieder | Krankentage [1] überhaupt | Krankentage [1] pro Mitglied | Mitglieder | Krankentage überhaupt | Krankentage pro Mitglied |
| **A. Kassen mit einer Unterstützungsdauer bis zu 180 Tagen.** | | | | | | | | | |
| Offene und konfess. Kassen ..... | 3 927 | 27 244 | 6,9 | 1981 | 16 157 | 8,2 | 5 908 | 43 401 | 7,3 |
| Berufs- und Berufsverbandskassen .. | 4 514 | 27 370 | 6,1 | 175 | 1 654 | 9,5 | 4 689 | 29 024 | 6,2 |
| Betriebskassen ..... | 166 | 919 | 5,5 | 269 | 3 576 | 13,3 | 435 | 4 495 | 10,3 |
| *Zusammen* | *8 607* | *55 533* | *6,5* | *2425* | *21 387* | *8,8* | *11 032* | *76 920* | *7,0* |
| **B. Kassen mit einer Unterstützungsdauer von 360 Tagen oder mehr.** | | | | | | | | | |
| Offene und konfess. Kassen ..... | 3 630 | 33 893 | 9,3 | 2812 | 29 260 | 10,4 | 6 442 | 63 153 | 9,8 |
| Berufs- und Berufsverbandskassen .. | 2 124 | 16 371 | 7,7 | 536 | 4 364 | 8,1 | 2 660 | 20 735 | 7,8 |
| Betriebskassen ..... | 2 917 | 28 014 | 9,6 | 850 | 8 320 | 9,8 | 3 767 | 36 334 | 9,6 |
| *Zusammen* | *8 671* | *78 278* | *9,0* | *4198* | *41 944* | *10,0* | *12 869* | *120 222* | *9,3* |
| **C. Kassen überhaupt.** | | | | | | | | | |
| Offene und konfess. Kassen ..... | 7 557 | 61 137 | 8,1 | 4793 | 45 417 | 9,5 | 12 350 | 106 554 | 8,6 |
| Berufs- und Berufsverbandskassen .. | 6 638 | 43 741 | 6,6 | 711 | 6 018 | 8,5 | 7 349 | 49 759 | 6,8 |
| Betriebskassen ..... | 3 083 | 28 933 | 9,4 | 1119 | 11 896 | 10,6 | 4 202 | 40 829 | 9,7 |
| **Überhaupt** | **17 278** | **133 811** | **7,7** | **6623** | **63 331** | **9,6** | **23 901** | **197 142** | **8,2** |

[1]) Ohne Wochenbett.

### a) Erkrankungshäufigkeit und Geschlecht.

Die durchschnittliche Zahl der unterstützten Krankentage pro Mitglied betrug im Jahre 1924 in der Stadt Bern bei den Männern 7,7, bei den Frauen (ohne Wochenbett) 9,6. Bei Mitberücksichtigung des Wochenbettes steigt die Zahl für Frauen auf 11,2 Tage.

Die größere Zahl von Krankentagen beim weiblichen Geschlecht rührt nicht von häufigerer Erkrankung, sondern von durchschnittlicher längerer Krankheitsdauer her, wie folgende Zahlen zeigen:

| | Stadt Bern: 1924 Männer | Frauen |
|---|---|---|
| Versicherte Mitglieder | 17 278 | 6 623 |
| Erkrankte (ohne Wochenbett) | 4 517 | 1 471 |
| Krankentage | 133 811 | 63 331 |
| Erkrankte in % der Mitglieder | 26,1 | 22,2 |
| Krankentage pro Erkrankten | 29,6 | 43,1 |
| Krankentage pro Mitglied | 7,7 | 9,6 |

Die Männer erkrankten im Jahre 1924 also häufiger als die Frauen (26,1 bezw. 22,2 %). Bei den Frauen wurde aber eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 43,1 Tagen, bei den Männern eine solche von nur 29,6 Tagen ermittelt, so daß auch die durchschnittliche Zahl der Krankentage pro Mitglied, trotz weniger häufiger Erkrankung, bei den Frauen größer war als bei den Männern.

Die bekannte Tatsache, daß die Frauen, auch abgesehen vom Wochenbett, die Krankenkassen stärker belasten als die Männer, findet sich also auch für die Stadt Bern bestätigt. Einige Vergleichszahlen verschiedener Versichertenbestände mögen zeigen, wie allgemein die durchschnittliche Zahl der Krankentage bei den Frauen größer ist als bei den Männern, daß die Frauen also für die Kassen das größere Risiko bedeuten (vergl. graphische Tafel 1):

| | Durchschnittliche Zahl der Krankentage pro Mitglied Männer | Frauen |
|---|---|---|
| Schweizerische Kassen 1924 | 8,4 | 10,0 |
| Stadtbernische Kassen 1924 | 7,7 | 9,6 |
| Städtische Krankenkasse 1924 (Beamte) | 7,7 | 15,2 |
| Kantonale Krankenkasse 1884-93 (nach Moser) | 8,5 | 11,0 |

**b) Erkrankungshäufigkeit und Unterstützungsdauer.**

Hinsichtlich der Unterstützungsdauer lassen sich die Kassen in zwei große Gruppen einteilen: Solche, die ihren Mitgliedern bis 180 Tage lang Unterstützung gewähren, und solche, die ihre Unterstützungen 360 Tage lang ausrichten. (Vergl. S. 20). Bei Berechnung der Krankentage werden nur die Tage gezählt, während welchen der Erkrankte Unterstützungen bezieht. Infolgedessen werden die Kassen mit längerer Unterstützungsdauer auch eine größere durchschnittliche Zahl von Krankentagen aufweisen, indem Krankheiten von mehr als einem halben Jahre Dauer auch über 180 Krankentage ergeben, während bei den ersterwähnten Kassen in diesen Fällen nur 180 Tage lang Unterstützung gewährt wird und damit auch nur soviel Tage als Krankheitsdauer gezählt werden.

| | Durchschnittliche Zahl der Krankentage pro Mitglied bei Kassen mit einer Unterstützungsdauer von ... Tagen bis 180 | 360 und mehr |
|---|---|---|
| Männer | 6,5 | 9,0 |
| Frauen | 8,8 | 10,0 |
| *Überhaupt* | *7,0* | *9,3* |

Während also Kassen mit einer Unterstützungsdauer von Maximum 180 Tagen durchschnittlich im Jahre 1924 mit 7,0 Krankentagen pro Mitglied zu rechnen hatten, fielen die Mitglieder der während 360 Tagen unterstützenden Kassen im Durchschnitt den Kassen während 9,3 Tagen zur Last. Der Unterschied war bei den Männern (2,5 Tage) größer als bei den Frauen (1,2 Tage); eine Feststellung, die auch vom Bundesamt für Sozialversicherung für die schweizerischen Krankenkassen im allgemeinen gemacht wurde.

#### c) Erkrankungshäufigkeit und Kassenart.

Bei den Untersuchungen über die Verhältnisse der schweizerischen anerkannten Kassen wird vom Bundesamt für Sozialversicherung regelmäßig die Beobachtung gemacht, daß die durchschnittliche Zahl der Krankentage bei den Betriebskassen größer ist als bei den übrigen Kassen. Auch für die stadtbernischen Verhältnisse im Jahre 1924 trifft dies zu:

| | Durchschnittliche Zahl der Krankentage pro Mitglied im Jahre 1924 bei | | |
|---|---|---|---|
| | offenen und konfessionellen Kassen | Berufs- und Berufsverbandskassen | Betriebskassen |
| Männer | 8,1 | 6,6 | 9,4 |
| Frauen | 9,5 | 8,5 | 10,6 |
| *Überhaupt* | *8,6* | *6,8* | *9,7* |

Sowohl für Männer als für Frauen ist die durchschnittliche Zahl der unterstützten Tage pro Mitglied bei den Berufs- und Berufsverbandskassen am kleinsten, bei den Betriebskassen am größten. Die offenen Kassen halten die Mitte. Diese regelmäßig auftretenden Differenzen zwischen den verschiedenen Kassenarten lassen sich wohl zum Teil durch verschiedene Handhabung der Krankmeldungspflicht erklären. In den Betriebskassen, die in der Regel ein ziemlich geschlossenes Gebilde darstellen, dessen Leitung einen guten Überblick über die Mitglieder hat, werden die Erkrankungen vollständiger zur Kenntnis der Kassenverwaltung gelangen als in einer weitverzweigten Berufsverbandskasse, wo kurzfristige Krankheiten, die für das Mitglied keine namhafte Einkommensschädigung mit sich bringen, oft überhaupt nicht gemeldet werden.

### 2. Die Krankheitsdauer (Übersicht 4).

Da die Krankheiten je nach ihrer Dauer die Kassen sehr verschieden belasten, war besonderes Augenmerk darauf zu richten, neben den Angaben über die Zahl der Erkrankungen und der Krankentage schlechthin auch einen Überblick über die Erkrankungen, gegliedert nach ihrer Dauer, zu bekommen. Die diesbezüglichen Angaben (Formular 2) konnten von 32 Kassen mit 22 107 stadtbernischen Mitgliedern beigebracht werden, während 6 Kassen mit 1794 Mitgliedern diese Ausscheidungen zu machen nicht möglich war. Die Mitgliederzahlen zeigen, daß die Weglassung dieser 6 Kassen nur wenig Einfluß auf das Gesamtbild haben kann.

Zur Gliederung der Erkrankungen, die in den 32 Kassen vorkamen, sei vorweg folgendes bemerkt:

1. Die Feststellung der Erkrankungsdauer bedingt, daß bei dieser Betrachtung von der Zahl der *Erkrankungen* nicht von der Zahl der Erkrankten ausgegangen wird, d. h. während des Jahres mehrmals Erkrankte sind hierbei auch mehrmals zu zählen.

2. Die Erkrankungen von weniger als 3 Tagen Dauer werden bei diesem Vergleich der Kassen miteinander weggelassen, aus dem schon genannten Grund der verschiedenen Behandlung kurzdauernder Krankheiten durch die einzelnen Kassen. Während einzelne Kassen auch Krankheiten versichern, die nur einen oder zwei Tage dauern, schließen andere Kassen Krankheiten von weniger als 4 Tagen Dauer von der Versicherung aus; diese Erkrankungen sind daher im folgenden Abschnitt überhaupt außer Betracht gelassen.

In den 32 Kassen wurden im Laufe des Jahres 1924 im ganzen 6326 Erkrankungen von über drei Tagen Dauer (*ohne* Wochenbett-Erkrankungen) mit 185 804 Krankentagen gemeldet. Diese Erkrankungen verteilten sich nach ihrer Dauer folgendermaßen:

| Dauer | Erkrankungen von über 3 Tagen Dauer | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Zahl der Fälle | | Krankentage | |
| | absolut | in % | absolut | in % |
| 4—10 Tage ..... | 1602 | 25,3 | 11 418 | 6,1 |
| 11—20 „ ..... | 1955 | 30,9 | 29 367 | 15,8 |
| 21—30 „ ..... | 1054 | 16,7 | 25 832 | 13,9 |
| 31—60 „ ..... | 1040 | 16,4 | 44,251 | 23,8 |
| 61—90 „ ..... | 326 | 5,2 | 22 663 | 12,3 |
| 91—180 „ ..... | 279 | 4,4 | 34 175 | 18,4 |
| über 180 „ ..... | 70 | 1,1 | 18 098 | 9,7 |
| | *6326* | *100,0* | *185 804* | *100,0* |

Gegen 60 % aller Erkrankungen dauerten also weniger als 20 Tage; auf diese entfielen aber nur 22 % der Krankentage, während die 40 % der länger dauernden Krankheiten die Kassen mit 78 % der Krankentage belasteten. Auf die über 3 Monate dauernden Krankheiten allein entfielen 28 % aller Krankentage bei 5,5 % der Erkrankungen. Da die Ausrichtung des Krankengeldes nach Krankentagen erfolgt, zeigt diese Aufstellung deutlich die große Belastung, welche die langen Krankheiten für die Kassen mit sich bringen, obschon sie verhältnismäßig selten sind.

Vorstehend wurde anhand der Zahl der durchschnittlichen Krankentage darauf hingewiesen, daß die Frauen zwar etwas seltener erkranken als die Männer, daß sie die Kassen aber gleichwohl stärker belasten, da sie eine größere Zahl durchschnittlicher Krankentage verzeichnen. Diese Feststellungen werden durch die anschließende Übersicht noch verdeutlicht:

**Die Erkrankungen (ohne Wochenbette) von über 3 Tagen Dauer nach dem Geschlecht.**

| Dauer in Tagen | Absolute Zahlen | | | | Verhältniszahlen | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Erkrankungen | | Krankentage | | Erkrankungen | | Krankentage | |
| | Männer | Frauen | Männer | Frauen | Männer | Frauen | Männer | Frauen |
| 4— 10 | 1348 | 254 | 9 537 | 1 881 | 28,6 | 15,8 | 7,7 | 3,0 |
| 11— 20 | 1520 | 435 | 22 680 | 6 687 | 32,2 | 27,0 | 18,3 | 10,9 |
| 21— 30 | 735 | 319 | 17 653 | 8 179 | 15,6 | 19,8 | 14,2 | 13,3 |
| 31— 60 | 692 | 348 | 28 783 | 15 468 | 14,7 | 21,6 | 23,1 | 25,1 |
| 61— 90 | 203 | 123 | 13 762 | 8 901 | 4,3 | 7,6 | 11,1 | 14,4 |
| 91—180 | 177 | 102 | 21 510 | 12 665 | 3,8 | 6,3 | 17,3 | 20,6 |
| über 180 | 39 | 31 | 10 283 | 7 815 | 0,8 | 1,9 | 8,3 | 12,7 |
| | *4714* | *1612* | *124 208* | *61 596* | *100,0* | *100,0* | *100,0* | *100,0* |

Zusammenfassend ergibt diese Aufstellung folgendes Bild:

| | Von je 100 Erkrankungen entfallen auf solche mit einer Dauer von weniger als drei Wochen: | mehr |
|---|---|---|
| Bei den Männern ..... | 60,8 | 39,2 |
| Bei den Frauen ..... | 42,8 | 57,2 |

| | Von je 100 Krankentagen entfallen auf Krankheiten mit einer Dauer von weniger als drei Wochen | mehr |
|---|---|---|
| Bei den Männern ..... | 26,0 | 74,0 |
| Bei den Frauen ..... | 13,9 | 18,1 |

Werden bei den Frauen die Wochenbette, die in der Regel mit 30–50 Krankentagen angegeben werden, dazu gerechnet, so treten die Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern noch stärker in Erscheinung.

## 3. Das Wochenbett.

Eine wesentliche Vermehrung des Erkrankungsrisikos bringt für weibliche Kassenmitglieder die Versicherung des Wochenbettes mit sich. Für die anerkannten Kassen werden die Leistungen an Wöchnerinnen durch Art. 14 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1911 geregelt, der bestimmt, *daß die Kassen das Wochenbett einer versicherten Krankheit gleichzustellen haben.* Die Leistungen sind der Wöchnerin während mindestens 6 Wochen zu gewähren; im Falle, daß sie während der Unterstützungsdauer arbeitet, darf ihr Verdienst vom Krankengeld abgezogen

werden. Stillt sie das Kind nach Ablauf der Unterstützungsdauer während weiteren vier Wochen, so ist ihr ein Stillgeld von mindestens 20 Franken zu verabfolgen.

Von den 38 Krankenkassen in der Stadt Bern versicherten ihrer 23 auch Frauen, und zwar 21 anerkannte und 2 nicht anerkannte Kassen. Die 23 Kassen wiesen zusammen 6623 weibliche erwachsene Mitglieder auf. Davon hatten 6 Kassen mit 415 weiblichen Versicherten im Berichtsjahr keine Wochenbetterkrankungen zu verzeichnen.

Im ganzen wurden im Jahre 1924 283 Wochenbette stadtbernischer Mitglieder mit zusammen 11 122 Wochenbett-Tagen gemeldet; das ergibt eine durchschnittliche Wochenbettdauer von 39,3 Tagen.

Von den 283 Wochenbetten wurden entschädigt:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 16 | für eine | Dauer | von weniger | als 20 | Tagen |
| 25 | ,, | ,, | ,, | 21—30 | ,, |
| 242 | ,, | ,, | ,, | 31—60 | ,, |

Auf je 100 versicherte weibliche Mitglieder überhaupt entfielen im Berichtsjahr durchschnittlich

$$\frac{283 \times 100}{6623} = 4{,}3 \text{ Wochenbette,}$$

während das Bundesamt für Sozialversicherung für das Jahr 1924 eine entsprechende schweizerische Durchschnittszahl von 5,6 Wochenbetten berechnete. Ebenso ist auch die durchschnittliche Zahl der Wochenbett-Tage pro weibliches Mitglied in der Stadt Bern mit

$$\frac{11\,122}{6623} = 1{,}7$$

entsprechend kleiner als im schweizerischen Durchschnitt von 2,6.

Die Häufigkeit der Wochenbette stadtbernischer Kassenmitglieder im Jahre 1924 betrug rund ¾ ($\frac{4{,}3}{5{,}6} = 0{,}77$) derjenigen in der ganzen Schweiz. Diese geringere Häufigkeit entspricht auch dem Verhältnis der Geburtlichkeit: In der Schweiz wurden im Jahre 1924 pro 1000 Einwohner 18,7 Kinder geboren; in der Stadt Bern betrug diese Geburtenhäufigkeit im Jahre 1924: 14,8 ‰ oder 79,1 % der schweizerischen Geburtlichkeit. Die geringere Wochenbett-Belastung der stadtbernischen Krankenkassen gegenüber den schweizerischen überhaupt ist also nicht zufällig, sondern durch die Gesamt-Geburtlichkeit bedingt.

Einen Anhaltspunkt dafür, wie das Spezialrisiko des Wochenbetts die Kassen belastet, wird man am besten dadurch bekommen, daß man feststellt, um wieviel die Zahl der Erkrankten und der Krankentage durch die Mitversicherung des Wochenbetts beim weiblichen Geschlecht steigt. Im Jahre 1924 erkrankten in der Stadt Bern, wie gesehen, 1471 weibliche Kassenmitglieder (ohne Wochenbett); außerdem waren 283 Wöchnerinnen zu entschädigen, d. h. auf je 100 andere Erkrankungen

traten 19,2 Wochenbette ein. Bei den Krankentagen betrug das Verhältnis $\frac{11\,122 \times 100}{63\,331} = 17{,}6\ \%$.

**Die Zahl der Erkrankten und der Krankentage erhöht sich beim weiblichen Geschlecht nach diesen Zahlen also durch Mitversicherung der Wöchnerinnen um nahezu $^1/_5$.** Auf die Gesamtzahl weiblicher Mitglieder berechnet, ergibt der Einbezug des Wochenbetts eine Vermehrung der Zahl der weiblichen Erkrankten von 22,2 % auf 26,5 % und Vermehrung der Zahl der Krankentage pro Mitglied von 9,6 auf 11,2.

Die Betrachtung der *Kosten des Wochenbetts für die Krankenkassen* wäre eigentlich dem nächsten Abschnitt vorbehalten, soll hier aber des Zusammenhanges wegen gleich vorweg genommen werden. Von den 17 Kassen, die im Jahre 1924 Wöchnerinnen zu entschädigen hatten, waren ihrer 14 mit zusammen 240 Wochenbetten in der Lage, die Wochenbettkosten von den Kosten der übrigen Erkrankungen getrennt anzugeben. Die 240 Wochenbette belasteten die Kassen insgesamt mit einem Betrag von Fr. 20 188.—, das ergibt durchschnittlich pro Wöchnerin *Fr. 84. 10*. In diesem Betrage sind sowohl die Entschädigungen für die Wochenbetterkrankung an und für sich, als auch die eventuell bezahlten Stillgelder inbegriffen. Die Selbstkosten der Kassen pro Wochenbett sind erheblich geringer, da nach dem Bundesgesetz (es handelt sich hier um 14 *anerkannte* Kassen) für jedes Wochenbett 20 Franken Subvention und für jede länger als 4 Wochen Stillende 20 Franken Stillgeld vom Bund ausgerichtet werden. Unter der wohl eher zu tief als zu hoch gegriffenen Annahme, daß die Hälfte der Wöchnerinnen auf Stillgeld Anspruch habe, verringern sich die Durchschnittskosten pro Wochenbett für die Kassen also um 30 Franken, d. h. die Selbstkosten der Kasse werden pro Wochenbett im Jahre 1924 im Durchschnitt etwa 50 bis 55 Franken betragen haben.

---

# D. Finanzielle Verhältnisse.

## 1. Mitgliederbeiträge und Kassenleistungen an die Mitglieder

(Übersicht 5.)

Nachdem in den vorstehenden Kapiteln Kassenorganisation, Mitgliederzahlen und Erkrankungsverhältnisse bei den stadtbernischen Krankenkassen beleuchtet worden sind, soll im folgenden zur Vervollständigung des Bildes auch versucht werden, die finanziellen Verhältnisse der Kassen zu untersuchen. Der großen Verschiedenheiten wegen, die die einzelnen Kassen in dieser Richtung aufweisen, wird man sich darauf beschränken müssen, die Verhältnisse in großen Zügen, unter

Verzicht auf zu viele Einzelheiten, darzustellen. Aus naheliegenden Gründen mußten für diese Untersuchung jene Kassen ausgeschlossen werden, deren Tätigkeit nicht örtlich beschränkt ist, und die die Angaben für ihre stadtbernischen Mitglieder allein nicht machen konnten, weil sie zentralisierte Rechnung führen.

In die Untersuchungen über Einnahmen und Ausgaben, soweit sie Leistungen von und an stadtbernische Mitglieder betreffen, konnten von den 38 Kassen immerhin deren 34 mit 20 153 stadtbernischen Mitgliedern einbezogen werden. Die 34 Kassen nahmen an *Beiträgen* (einschließlich Eintrittsgelder usw.) *von stadtbernischen Mitgliedern* zusammen pro 1924 Fr. 854 656. — oder durchschnittlich pro Mitglied *Fr. 42. 40* ein. Zum Vergleich seien hier die durchschnittlichen Mitgliederbeiträge angeführt, wie sie sich für die schweizerischen Krankenkassen insgesamt (Bericht des Bundesamtes für Sozialversicherung pro 1925), sowie für die deutschen Krankenkassen („Wirtschaft und Statistik" 1925, Nr. 24) ergaben:

| | Durchschnittlicher Beitrag pro Mitglied im Jahre 1924 |
|---|---|
| Stadt Bern ..... | Fr. 42. 40 |
| Schweiz ..... | „ 28. — |
| Deutschland ..... | RM. 55. 30 |

Die Mitgliederbeiträge bewegten sich in der Stadt Bern im allgemeinen in der Höhe von durchschnittlich 20—60 Franken pro Mitglied und Jahr, wie die anschließende Übersicht veranschaulicht:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Der Jahresbeitrag betrug bei | 3 Kassen | durchschnittlich pro Mitglied | 10—20 Franken |
| | 7 „ | | 20—30 „ |
| | 10 „ | | 30—40 „ |
| | 4 „ | | 40—50 „ |
| | 4 „ | | 50—60 „ |
| | 6 „ | | über 60 „ |

*Die Gesamtleistungen der Kassen* an ihre Mitglieder (Kranken- und Wöchnerinnengelder, Krankenpflegekosten, Sterbegelder) betrugen anderseits bei den 34 Kassen insgesamt Fr. 744 478. — oder pro Mitglied Fr. 36. 95 im Durchschnitt. Rund ¾ Millionen Franken (bei voller Berücksichtigung der Leistungen der städtischen Krankenkasse — vergl. Fußnote S. 37 — nahezu 1 Million) wurden demnach von den 34 Kassen in der Stadt Bern im Jahre 1924 für Krankenhilfe aufgewendet. Die Kassenleistungen machten in der Regel pro Mitglied 20—60 Franken, pro Erkrankten 50—200 Franken aus, wie der anschließenden Übersicht zu entnehmen ist.

Die Gesamtleistungen der Kasse betrugen durchschnittlich:

| pro Erkrankten | | pro Mitglied | |
|---|---|---|---|
| bei 2 Kassen | bis 50 Fr. | bei 4 Kassen | bis 20 Fr. |
| „ 6 „ | 50—100 „ | „ 9 „ | 20—30 „ |
| „ 14 „ | 100—150 „ | „ 8 „ | 30—40 „ |

| pro Erkrankten | | pro Mitglied | |
|---|---|---|---|
| bei 8 Kassen | 150—200 Fr. | bei 5 Kassen | 40—50 Fr. |
| „ 4 „ | über 200 „ | „ 5 „ | 50—60 „ |
| | | „ 3 „ | über 60 „ |

Auf die einzelnen Ausgabengruppen verteilten sich diese Kassenleistungen wie folgt:

| | überhaupt Fr. | pro Mitglied Fr. | in % der Gesamtleistungen |
|---|---|---|---|
| Krankengeld[1]) | 550 764 | 27. 30 | 74,0 |
| Wöchnerinnen- und Stillgeld | 20 188 | 1. — | 2,7 |
| Arzt, Arznei, Spital- und Heilkosten | 158 036 | 7. 85 | 21,2 |
| Sterbegeld | 15 490 | —. 80 | 2,1 |
| *Total* | *744 478* | *36. 95* | *100,0* |

Von den Gesamtleistungen an die Mitglieder trafen also rund 74 % auf Krankengeld, 21 % auf Arzt- und Arzneikosten und 5 % auf die übrigen Leistungen. Pro Mitglied wurden durchschnittlich Fr. 27. 30 für Krankengeld, Fr. 7. 85 für Arzt- und Arznei und Fr. 1. 80 für andere Krankenhilfe verausgabt. Bemerkt sei, daß diese Durchschnittszahlen sich auf *alle* Mitglieder beziehen; so sind z. B. die Ausgaben für Arzt und Arznei tatsächlich bedeutend höher; hier sind sie aber auch auf jene Mitglieder mitverteilt, die nur für Krankengeld versichert sind.

Nachstehend seien damit wiederum die Ausgaben pro Mitglied, wie sie sich nach den Aufstellungen für die Gesamtheit der schweizerischen und für die deutschen Kassen ergeben, verglichen. Dabei ist nicht zu vergessen, daß die Kassenleistungen im Krankheitsfall von Kasse zu Kasse oft sehr verschieden sind.

| | Durchschnittliche Ausgaben pro Mitglied im Jahre 1924 | | |
|---|---|---|---|
| | Stadt Bern Fr. | Schweiz Fr. | Deutschland RM. |
| Krankengeld | 27. 30 | 14. 75 | 15. 80 |
| Wöchnerinnen u. Stillgeld | 1. — | — | 2. 15 |
| Krankenpflegekosten | 7. 85 | 15. 10 | 11. 85 |
| Sterbegeld | —. 80 | —. 35 | — |

Die Durchschnittsausgaben pro Mitglied für *Krankengeld* waren somit im Jahre 1924 in der Stadt Bern rund doppelt so hoch wie im gesamtschweizerischen Durchschnitt; in der Schweiz waren sie etwas kleiner als in Deutschland. Hinsichtlich der *Krankenpflegekosten* ist das

[1]) Von der städtischen Krankenkasse wird ihren Mitgliedern im Erkrankungsfalle während 60 Tagen der volle Gehalt als Krankengeld ausbezahlt. Dieser Betrag, der im Jahre 1924 die Summe von Fr. 256 287. — ausmachte, wird der Kasse jedoch von der Gemeinde zurückerstattet; er bedeutet also für die Kasse einen rein buchmäßigen, sich in Soll und Haben ausgleichenden Posten. Beim obigen Vergleich ist dieser Betrag, der wohl für die Gemeinde sowie für die Erkrankten, nicht aber für die Kasse eine Rolle spielt, *nicht* berücksichtigt.

Verhältnis gerade umgekehrt: Die stadtbernischen Kassen sind durchschnittlich mit Ausgaben für Krankenpflege nur halb so stark belastet wie die schweizerischen und die deutschen Kassen. Das rührt eben daher, daß in Bern viele Kassen nur für Krankengeld versichern, während an andern Orten die Krankenpflegeversicherung in großem Umfange eingeführt ist.

Die folgende Aufstellung gibt Aufschluß über die *Durchschnittshöhe des Krankengeldes pro Krankentag* bei den 34 Krankenkassen in der Stadt Bern im Jahre 1924:

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bei | 3 | Kassen | betrug | das | Kr'geld | pro | Kr'tag | durchschn. | 1—2 | Fr. |
| „ | 11 | „ | „ | „ | „ | „ | „ | „ | 2—3 | „ |
| „ | 11 | „ | „ | „ | „ | „ | „ | „ | 3—4 | „ |
| „ | 9 | „ | „ | „ | „ | „ | „ | „ | über 4 | „ |
| Bei | *34* | Kassen | betrug | das | Kr'geld | pro | Kr'tag | durchschn. | *3,12* | *Fr.* |

In welchem Verhältnis standen nun Mitgliederbeiträge und Kassenleistungen zueinander? Bei 11 Kassen waren im Jahre 1924 die Kassenleistungen an die Mitglieder größer als deren Beiträge, während in 23 Fällen die Mitgliederbeiträge die Gegenleistungen der Kasse übertrafen. Am häufigsten wiesen die *Betriebskassen* höhere Leistungen auf, als die Einnahmen von den Mitgliedern ausmachten, was daher kommt, daß diese zum Teil neben den Mitgliederbeiträgen auch noch namhafte Beiträge des Arbeitgebers vereinnahmen, mit denen sie die Kosten decken helfen können.

| | Die Leistungen der Kasse waren bei ... Kassen höher als die Summe der Mitgliederbeiträge | niedriger als die Summe der Mitgliederbeiträge |
|---|---|---|
| Offene Kassen | 4 | 6 |
| Berufs- und Berufsverbandskassen | 1 | 13 |
| Betriebskassen | 6 | 4 |
| *Überhaupt* | *11* | *23* |

## 2. Gesamteinnahmen und -Ausgaben und Kassenvermögen.

(Übersicht 6.)

Von den zentralisierten Kassen, die nur einen Teil ihres Versicherungsbetriebes in der Stadt Bern abwickeln, war es nicht möglich, ein Bild über die gesamten Einnahmen und Ausgaben für die Stadt Bern allein zu gewinnen, da die Bundessubventionen, die Kapitalzinsen, die Verwaltungskosten usw. meist für die ganze Kasse in einem Posten verrechnet werden. Die folgende Darstellung des Gesamt-Rechnungswesens muß sich daher auf jene Kassen beschränken, deren Betrieb nur die Stadt Bern (und ihre nächste Umgebung) umfaßt. Dies sind, wie gesehen, 19 Kassen.

### a) Einnahmen.

Die 19 Kassen wiesen im Jahre 1924 folgende Einnahmensummen aus:

| Einnahmen im Jahre 1924 | | absolut Fr. | in % |
|---|---|---|---|
| Mitgliederbeiträge | 19 Kassen .... | 329 769 | 76,4 |
| Bundessubventionen | 15 „ .... | 21 297 | 4,9 |
| Beiträge des Arbeitgebers | 4 „ [1]) .... | 48 120 | 11,2 |
| Zinsen und Verschiedenes | 13 „ .... | 32 355 | 7,5 |
| | | *431 541* | *100,0* |

Die 19 Kassen zählten Ende 1924 zusammen 6382 Mitglieder, was durchschnittlich pro Mitglied eine Gesamteinnahme von Fr. 67. 60 ergibt. Die Höhe der durchschnittlichen Einnahme pro Mitglied schwankte zwischen 18 und 118 Franken.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Sie betrug bei | 5 | Kassen weniger als | 30 | Franken |
| „ „ „ | 6 | „ | 30—40 | „ |
| „ „ „ | 4 | „ | 40—70 | „ |
| „ „ „ | 2 | „ | 70—100 | „ |
| „ „ „ | 2 | „ | über 100 | „ |
| *Sie betrug bei* | *19* | *Kassen durchschnittlich* | *67,6* | *Franken.* |

**b) Ausgaben.**

Neben den Leistungen an die Mitglieder, die im vorstehenden Abschnitt betrachtet wurden, fallen auf der Ausgabenseite nur noch die Verwaltungskosten in Betracht. Die 19 stadtbernischen Krankenkassen wiesen im Jahre 1924 die folgenden Ausgabensummen auf:

| Ausgaben im Jahre 1924 | absolut Fr. | pro Mitglied | in % |
|---|---|---|---|
| Leistungen an Mitglieder ..... | 340 590 | 53. 35 | 95,5 |
| Verwaltungskosten u. Verschiedenes . | 15 983 | 2. 50 | 4,5 |
| | *356 573* | *55. 85* | *100,0* |

Der durchschnittliche Prozentsatz von 4,5 % für Verwaltungskosten ist bescheiden und darauf zurückzuführen, daß die Verwaltung der meisten dieser stadtbernischen Kassen ehrenamtlich erfolgt, so daß sich die Verwaltungsausgaben auf Druckauslagen, Porti usw. beschränken. Nur 6 Kassen hatten im Jahre 1924 über 1000 Franken Verwaltungskosten.

Die durchschnittlichen Gesamtausgaben betrugen zwischen 13 und 103 Franken pro Mitglied, und zwar:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| bei | 6 | Kassen | durchschnittlich | bis 30 | Franken | pro Mitglied |
| „ | 6 | „ | „ | 30—40 | „ | „ „ |
| „ | 5 | „ | „ | 40—60 | „ | „ „ |
| „ | 2 | „ | „ | über 60 | „ | „ „ |
| *bei* | *19* | *Kassen* | *durchschnittlich* | *55,85* | *Franken* | *pro Mitglied* |

[1]) Der Gemeindebeitrag von Fr. 256 287. — als Rückvergütung an die Kasse für die 2 ersten Krankheitsmonate ist auch hier nicht berücksichtigt.

Die Gesamteinnahmen pro Mitglied betrugen, wie gesehen, im Durchschnitt der 19 Kassen Fr. 67. 60; es ergibt sich also für diese stadtbernischen Kassen für 1924 pro Mitglied ein durchschnittlicher Einnahmenüberschuß von Fr. 11. 75.

### c) Vermögen.

Jede der 19 Kassen hat zur Deckung unerwarteter Risiken ein kleineres oder größeres Vermögen gesammelt. Zusammen betrug die Vermögenssumme auf Ende 1924:

| | | |
|---|---|---|
| Total ..... | Fr. | 809 279.— |
| Durchschnittlich pro Kasse ..... | „ | 42 594.— |
| „ „ Mitglied ..... | „ | 127.— |

Dieser Durchschnittsbetrag ist nicht groß. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat s. Zt. in einem Entscheid bestimmt, daß bei obligatorischer Versicherung eine *Reserve von mindestens einer Jahresausgabe* für die Sicherung des Kassenbetriebes genügt; bei freiwilliger Versicherung muß die Reserve größer sein. Die Durchschnittsausgabe betrug im Jahre 1924 bei den stadtbernischen Kassen Fr. 55. 85, die Durchschnittsreserve Fr. 127. —. Die durchschnittliche Reserve betrug also etwas mehr als zwei durchschnittliche Jahresausgaben. Sie darf damit wohl als genügend angesprochen werden. Die Kassenvermögen sind, wie auch etwa aus Jahresberichten der Kassen hervorgeht, zufolge der großen Grippe-Risiken stark zusammengeschmolzen, und die Kassen sind zurzeit in hohem Maße bestrebt, ihre Vermögen wieder nach Möglichkeit zu äufnen, um gegen außerordentliche Ereignisse, wie jenes der Grippeepidemie im Jahre 1918 eines war, wieder gewappnet zu sein.

Weniger günstig als für die Stadt Bern nimmt sich das Verhältnis der Jahresausgaben zum Gesamtvermögen für die Gesamtheit der anerkannten schweizerischen Krankenkassen aus:

| | Vermögen Ende 1924 Fr. | Jahresausgaben pro 1924 Fr. |
|---|---|---|
| Total 1000 anerkannte Kassen ..... | 40 294 054 | 37 622 811 |
| Durchschnitt pro Kasse ..... | 40 294 | 37 623 |
| „ „ Mitglied ..... | 36. 20 | 33. 80 |

Diese durchschnittlichen Vermögensanteile der gegen Krankheit Versicherten in der Schweiz entsprechen also ungefähr der genannten Minimalreserve: Vermögen pro Mitglied Fr. 36. 20; Jahresausgabe pro Mitglied Fr. 33. 80. Sie zeigen, daß auf dem Gebiete der Krankenversicherung in der Schweiz noch manches zu tun bleibt, bis sie eine wohlbegründete, feste und allen Stürmen gewachsene Wohlfahrtseinrichtung genannt werden kann.