

Zeitschrift: Beiträge zur Statistik der Stadt Bern
Band: - (1926)
Heft: 8

Artikel: Das Krankenversicherungswesen in der Stadt Bern
Kapitel: Die städtische Krankenkasse
Autor: [s.n.]
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-847287>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 19.11.2024

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

II. Die städtische Krankenkasse.

A. Organisation und Mitgliederbestand.

1. Die Kassen-Organisation.

Die auf 1. Juli 1910 gegründete städtische Pensionskasse, der die ständigen Beamten, Angestellten und Arbeiter der Einwohnergemeinde Bern angehören, versicherte bis Ende 1914 auch gegen Krankheit. Mit Statutenrevision vom 20. August 1915 wurde rückwirkend auf 1. Januar 1915 die Krankenversicherung von der Pensionskasse abgetrennt und die städtische Krankenkasse gegründet, die auf 1. Juli 1915 vom Bundesrat als beitragsberechtigt anerkannt wurde.

Die städtische Krankenkasse ist eine *Betriebskasse* im Sinne des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung, indem sie die Mitgliedschaft von der Anstellung als Funktionär der städtischen Verwaltung abhängig macht. Je nach dem Anstellungsverhältnis ist auch die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse verschieden geordnet. In der bernischen Gemeindeverwaltung werden drei Kategorien von Funktionären unterschieden:

1. Definitiv gewählte Funktionäre.
2. Provisorisch gewählte Funktionäre.
3. Obligationenrechtlich angestellte Funktionäre.

Die *definitiv* gewählten Gemeindebeamten und -Arbeiter sind obligatorisch auch Mitglieder der Pensionskasse. Diese sind, ebenfalls obligatorisch, Mitglieder der Kategorie A der Krankenkasse (Kleinere Beiträge; siehe Seite 65).

Die *provisorisch* gewählten Gemeindebeamten sind bis zu ihrer definitiven Wahl nicht zum Eintritt in die Pensionskasse berechtigt. Dagegen sind sie verpflichtet, die Mitgliedschaft in Kategorie B (höhere Beiträge) der Krankenkasse nachzusuchen. (Art. 4).

Für die *obligationenrechtlich* Angestellten besteht keine einheitliche Regelung. Bei den einen Verwaltungen wird die Aufnahme dieser Funktionäre in die Krankenkasse begünstigt, bei andern dagegen möglichst zurückhaltend verfahren. Obligationenrechtlich Angestellte, die in die Krankenkasse eintreten, werden in der Regel in die Kategorie B aufgenommen. Solche Funktionäre können aber nach Art. 6 der Pensionskassenstatuten auch in die Pensionskasse aufgenommen werden, wenn ihre Stellung dauernden Charakter hat. In diesem Falle werden sie auch in Kategorie A der Krankenkasse eingereiht. Die Stellung der obliga-

tionenrechtlich angestellten Funktionäre zur Krankenkasse ist also keineswegs genau umgrenzt.

Eine Abklärung durch Statutenrevision und daherige klare und einheitliche Behandlung dieser Fälle wäre zur Förderung eines geordneten Kassenbetriebs angezeigt.

Außer den genannten Kategorien besteht noch eine Kategorie C (keine Gemeindebeiträge) für solche Kassenmitglieder, die aus dem Gemeindedienst austreten oder „Züger“ (siehe S. 13), die nicht in der Gemeindeverwaltung tätig sind, aber doch der Kasse angehören möchten. Diese Kategorie weist bis heute keine Mitglieder auf; sie wurde lediglich gebildet, um Art. 10 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, betreffend Freizügigkeit, Rechnung zu tragen.

Die Mitglieder der städtischen Krankenkasse sind für *Krankengeld und für Krankenpflege* versichert. Das Krankengeld wird vom ersten Krankheitstage an ausgerichtet und beträgt während der ersten 60 Krankheitstage 100 %, für weitere 120 Tage 80 % und für die folgenden Tage 60 % des Gehalts. Die Unterstützungsdauer beträgt im Maximum 360 Tage im Laufe von 540 aufeinanderfolgenden Tagen. (Art. 14). An Krankenpflege werden entschädigt: Die ärztliche Behandlung, die vom Arzt verordneten Medikamente und Verpflegungskosten in Spitälern bis zum Höchstbetrag von drei Franken pro Tag. Außerdem werden für Spezialbehandlungen und ärztlich verordnete Kuren Beiträge bewilligt, deren Höhe von Fall zu Fall durch die Verwaltungskommission bestimmt wird.

Nach Erschöpfung der Genußberechtigung erfolgt für die Mitglieder der Kategorie A Überweisung an die Pensionskasse; für Mitglieder der Kategorie B der Ausschluß aus der Kasse. In Kategorie B wird außerdem ein Sterbegeld von Fr. 200. — ausgerichtet.

Die *Verwaltung der Kasse* ist der städtischen Finanzdirektion angegliedert. Die Krankenkontrolle ist den einzelnen Verwaltungsabteilungen überbunden. Diese Dezentralisation des Betriebs führt dazu, daß das Kassengeschäft von Abteilung zu Abteilung sehr verschieden gehandhabt wird. Dies zeigt sich bereits bei der Mitgliederaufnahme; auch die Krankmeldungen und die Krankenkontrolle werden nicht einheitlich geführt. Sobald das Mitglied krank gemeldet ist, sollte die *Kasse* die weitere Überwachung des Falles übernehmen. Bei der jetzigen Ordnung kommt es vor, daß die Kasse glaubt, die Verwaltung führe die Kontrolle durch, während die Verwaltung annimmt, das sei Sache der Kasse, und in Wirklichkeit kümmert sich, namentlich bei den kleineren Verwaltungsabteilungen, überhaupt niemand um die Kontrolle. Im Hinblick auf einen geordneten Kassenbetrieb empfiehlt sich eine *größere Zentralisation und einheitliche Übernahme der Kompetenzen durch die Kassenverwaltung*. Den Abteilungen muß natürlich stets die Anmeldung im Erkrankungsfall überlassen bleiben. Eine zentralisierende Neuordnung würde namentlich auch den größeren Abteilungen eine wesentliche Arbeits-

entlastung bringen und gleichzeitig eine einheitliche Führung des Kassenwesens sicherstellen.

2. Die Mitglieder.

Die städtische Krankenkasse zählte, wie vermittelt der vom Amte an Hand von Individualkarten durchgeführten Spezialerhebung festgestellt wurde, Ende 1924 im ganzen 1664 Mitglieder. Im Jahresbericht der Kasse ist dieser Mitgliederbestand mit 1669 angegeben, da 5 Ausgetretene einer Verwaltungsabteilung von dieser seinerzeit bei der Kassenverwaltung nicht abgemeldet wurden. Den folgenden Darstellungen werden durchwegs pro 1924 die Ergebnisse der erwähnten Spezialerhebung zu Grunde gelegt, die auch in andern Punkten gelegentlich von den im Jahresbericht der Kasse pro 1924 mitgeteilten Daten etwas abweichen. Es zeigte sich nämlich, daß die dort veröffentlichten Zahlen nicht durchwegs stichhaltig sind, indem einzelne Verwaltungsabteilungen der Kassenverwaltung zum Teil irrtümliche Angaben lieferten, die an Hand der erwähnten Spezialerhebung berichtigt werden konnten. Die Fehler sind meist nur von untergeordneter Bedeutung und beeinflussen die Resultate nicht wesentlich, so daß für die Vorjahre trotzdem auf die in den Jahresberichten veröffentlichten Zahlen abgestellt werden kann. Durch eine Weisung an die betreffenden Abteilungen seitens der Verwaltung der Krankenkasse ist dafür gesorgt worden, daß in Zukunft solche ungenaue Angaben vermieden werden. Wo es sich ausnahmsweise um ins Gewicht fallende Abweichungen handelt, wird in den betreffenden Abschnitten auf die Frage zurückzukommen sein.

Von den auf Jahresende 1924 festgestellten, der städtischen Krankenkasse angehörenden 1664 Mitgliedern gehörten 1378 = 82,8 % zur Kategorie A (definitiv gewählte) und 286 = 17,2 % zur Kategorie B (provisorisch und obligationenrechtlich angestellte). Nach Verwaltungsabteilungen und Geschlecht verteilten sich die 1664 Kassenmitglieder wie folgt: (Siehe Tabelle S. 44.)

Abgesehen von den Lehrern sind 85 % der Gemeindefunktionäre Mitglieder der städtischen Krankenkasse; die städtische Lehrerschaft hat eine eigene Versicherungskasse. In den meisten Verwaltungsabteilungen gehört die Großzahl der Funktionäre der Kasse an. Eine Ausnahme machen die Direktionen der sozialen Fürsorge, der Polizei und die der Direktion der industriellen Betriebe unterstellten kleineren Verwaltungsabteilungen. Bei der Direktion der sozialen Fürsorge ist es namentlich das Aushilfspersonal der verschiedenen Anstalten, das der Kasse zum großen Teil nicht angehört. In der Polizeidirektion rührt die große Differenz zwischen der Zahl der Funktionäre und der Kassenmitglieder davon her, daß das städtische Polizeikorps der Kasse nicht angehört. Die Polizisten nehmen in dieser Richtung eine Vorzugsstellung ein: Sie genießen nämlich im Krankheitsfall genau die gleichen Vorteile wie die Mitglieder der städtischen Krankenkasse, die betreffenden Kosten übernimmt aber die Polizeidirektion. Beiträge zahlt das Polizei-

Die Mitglieder der städtischen Krankenkasse, Ende 1924.

Abteilung	Kassenmitglieder			Funktionäre überh. ¹⁾	Kassen- mitglieder in % der Funktionäre
	Männer	Frauen	überhaupt		
Präsidialabteilung	16	5	21	21	100,0
Baudirektion I	253	1	254	271	93,7
Baudirektion II	72	2	74	90	82,2
Schuldirektion	52	22	74	83	89,2
Polizeidirektion	146	36	182	353	51,6
Finanzdirektion	77	6	83	87	95,4
Direktion der soz. Fürsorge ...	41	50	91	141	64,5
Dir. der ind. Betriebe, Statist. Amt, Schul- und Büromaterial- verw., Landw. Ortskomitee..	5	2	7	24	29,2
Gaswerk und Wasserversorgung	272	7	279	284	98,2
Elektrizitätswerk	174	16	190	194	97,9
Straßenbahnen	403	6	409	409	100,0
<i>Zusammen</i>	<i>1511</i>	<i>153</i>	<i>1664</i>	<i>1957</i>	<i>85,0</i>
Lehrerschaft (einschließlich Ge- werbeschule)	—	—	—	717	—
Überhaupt	1511	153	1664	2674	62,2

¹⁾ Statistisches Handbuch, S. 366.

korps keine. Hier sollte zweifellos im Hinblick auf eine geordnete Verwaltung eine Änderung getroffen werden. Es ist allerdings bekanntlich schwer, solche Vorzugsrechte, wenn sie einmal eingewurzelt sind, abzuschaffen, da sich die betreffenden Funktionäre stets auf dieselben berufen und sich gegen eine für sie ungünstige Abänderung solcher Zustände zur Wehr setzen. Das darf aber eine Amtsstelle nicht hindern, auf das Ungesunde solcher Spezialrechte aufmerksam zu machen. Eine sachliche Berechtigung dieser Ausnahmestellung des städtischen Polizeikorps dürfte heute kaum mehr vorhanden sein, und es wäre daher richtig, dasselbe hinsichtlich Rechten *und Pflichten* gegenüber der städtischen Krankenkasse dem übrigen Gemeindepersonal gleichzustellen.

Bei den kleineren Verwaltungsabteilungen der Industriellen Betriebe war es vor allem das Personal der seither liquidierten Volksbekleidungsstelle (1924: 11 Funktionäre) das der Krankenkasse nicht angehörte, sowie ein Teil des obligationenrechtlich angestellten Personals der andern Abteilungen (Statistisches Amt, Schul- und Büromaterialverwaltung).

Für die Organisation und die Beziehungen zwischen Kasse und Verwaltungsabteilungen wäre es jedenfalls vorteilhaft, wenn so weit als möglich alles Personal zum Eintritt in die Kasse angehalten würde; namentlich sollten alle obligationenrechtlich Angestellten, deren Anstellung dauernden Charakter trägt, der Kasse beitreten müssen, wenn es

ihr Gesundheitszustand erlaubt. Die vorerwähnte Zentralisation der Kassenverwaltung würde dadurch ebenfalls erleichtert.

Auf Beamte und Arbeiter verteilten sich die 1664 Krankenkassenmitglieder Ende 1924 wie folgt:

	Beamte	Arbeiter	Ueberhaupt
	Absolute Zahlen		
Männer	483	1028	1511
Frauen	151	2	153
Zusammen	634	1030	1664
	Verhältniszahlen		
Männer	32,0	68,0	100,0
Frauen	98,7	1,3	100,0
Zusammen	38,1	61,9	100,0

Die *mehrfache Versicherung* von Mitgliedern wird durch Art. 17 der Statuten geregelt. Es ist festgelegt, daß für solche Mitglieder, die gleichzeitig andern Kassen angehören, im Krankheitsfall ein Zuschuß aus dieser andern Kasse bis zum Betrage von Fr. 2. — nicht als Überversicherung gilt (Vergl. S. 25)¹⁾. Die Doppelversicherung bringt einem Mitglied im Krankheitsfall also einen gewissen Gewinn, da ihm von der städtischen Kasse Lohnausfall und Arztkosten usw. voll vergütet werden und es trotzdem von der andern Kasse noch bis Fr. 2. — Taggeld beziehen kann. Die Folgen dieser Überversicherungsklausel in bezug auf die Erkrankungs-zahlen werden an anderer Stelle Gegenstand besonderer Erörterung bilden. Von den 1664 Mitgliedern gehörten Ende 1924 ihrer 787, d. h. 47,3 % gleichzeitig noch einer andern Krankenkasse an. Von den Beamten waren, wie die anschließenden Zahlen zeigen, nicht ganz ein Drittel, von den Arbeitern gut die Hälfte doppelt versichert:

	Mitglieder überhaupt	Davon noch einer andern Kasse angehörend	
		absolut	in %
Beamte	634	183	28,9
Arbeiter	1030	604	58,6
Überhaupt	1664	787	47,3

¹⁾ Dieser Betrag ist von der Verwaltungskommission der städt. Krankenkasse im November 1926 gemäß Weisungen des Bundesamts für Sozialversicherung sogar auf Fr. 2. 50 erhöht worden.

B. Erkrankungen und Krankentage.

1. Die Häufigkeit der Erkrankungen (Übersicht 7).

Im Jahresbericht der städtischen Krankenkasse wird jeweilen die Zahl der Erkrankten veröffentlicht. Diese Zahl bezieht sich auf alle Krankmeldungen, sowohl auf die Fälle, bei denen die Arbeit ausgesetzt wird, als auch auf solche, bei denen der Gemeldete sich lediglich in ärztliche Behandlung begibt, dabei aber arbeitsfähig bleibt. Die letztern, sogenannten „ambulant“ Erkrankten dürfen bei der Berechnung der durchschnittlichen Zahl von Krankentagen pro Erkrankten nicht mitgezählt werden. Auch beim Vergleich mit den Verhältnissen bei andern (Krankengeld-) Kassen, sind diese Fälle außer acht zu lassen. Wenn diese Erkrankungen ohne Krankentage mitberücksichtigt werden (wie dies in den Jahresberichten der Kasse zu geschehen pflegt), so ergibt sich bei solchen Vergleichen für die städtische Krankenkasse eine hohe Patientenzahl, die ihren Grund jedoch nicht etwa in häufigerer Erkrankung, sondern vielmehr in der vollständigeren Erfassung derselben hat. Solche Erkrankungen, bei denen kein Anspruch auf Krankengeld entsteht, werden von den privaten Krankenkassen nicht erfaßt. Diese Erkrankungen ohne Krankentage machen aber einen guten Teil der Gesamtzahl aus: Der städtischen Krankenkasse wurden im Jahre 1924 im ganzen 1015 Mitglieder ein oder mehrere Male als erkrankt gemeldet, und zwar:

229	Erkrankte	ohne Krankentage
621	„	mit Krankentagen
165	„	ohne und mit Krankentagen

Zusammen 1015 erkrankte Kassenmitglieder.

Im Jahresbericht pro 1924 ist die Zahl der Erkrankten nur mit 906 angegeben; dies rührt daher, daß einzelne Verwaltungsabteilungen die „ambulant“ Erkrankten bei ihrer Berichterstattung nicht mitgezählt haben.

Die 1015 Erkrankten verzeichneten zufolge teilweiser mehrmaliger Erkrankung im Laufe des Jahres 1656 Erkrankungen. Von diesen 1656 Erkrankungen waren 1147 solche mit Krankentagen, während 509 lediglich ärztliche Behandlung zur Folge hatten. Interessant ist die getrennte Zusammenstellung der Erkrankungen mit und ohne Krankentage für Beamte und Arbeiter:

	Beamte	Arbeiter	Überhaupt
Erkrankungen ohne Krankentage	283	226	509
Erkrankungen mit Krankentagen	274	873	1147
<i>Erkrankungen überhaupt</i>	<i>557</i>	<i>1099</i>	<i>1656</i>

Während bei den Beamten im Jahre 1924 die Erkrankungen ohne Krankentage ungefähr gleich häufig auftraten wie jene mit Kranken-

tagen, erkrankten die Arbeiter rund viermal häufiger mit als ohne Krankentage. Die Häufigkeit der eigentlichen Erkrankungen (d. h. der Erkrankungen *mit* Krankentagen) ist durch folgende Zahlen charakterisiert:

	Mitglieder	Erkrankte		Erkrankungen	
		absolut	auf je 100 Mitglieder	absolut	auf je 100 Mitglieder
Beamte	634	215	33,9	274	43,2
Arbeiter	1030	571	55,4	873	84,8
<i>Überhaupt</i>	<i>1664</i>	<i>786</i>	<i>47,2</i>	<i>1147</i>	<i>68,9</i>

Die Erkrankungshäufigkeit war im Jahre 1924 bei den Arbeitern also erheblich größer als bei den Beamten; von den erstern erkrankten über die Hälfte, von den letztern rund $\frac{1}{3}$. Es könnte auf Grund dieser Zahlen vermutet werden, daß bei den Arbeitern die Krankmeldungen vollständiger angezeigt würden als bei den Beamten; das wird aber kaum zutreffen, indem die Abteilungen gehalten sind, beide Kategorien genau gleich zu behandeln: Arbeitsunfähigkeit von 2 Tagen, ohne Zuziehung eines Arztes wird ohne Meldung an die Kasse entschuldigt; bei Abwesenheit von mehr als 2 Tagen muß der Arzt beigezogen und die Kasse benachrichtigt werden.

Die Tatsache häufigerer Erkrankung bei den Arbeitern wird durch die folgende Aufstellung bestätigt, in der die im Berichtsjahr einmal bzw. mehrmals erkrankten Mitglieder auseinandergehalten sind.

	Es erkrankten im Laufe des Jahres 1924			
	Absolut		Auf je 100 Mitglieder	
	Beamte	Arbeiter	Beamte	Arbeiter
Einmal	166	359	26,2	34,8
Zweimal	41	148	6,4	14,4
Drei- und mehrmals ...	8	64	1,3	6,2
<i>Erkrankte überhaupt</i>	<i>215</i>	<i>571</i>	<i>33,9</i>	<i>55,4</i>
<i>Erkrankungen überhaupt</i>	<i>274</i>	<i>873</i>	<i>43,2</i>	<i>84,8</i>

Der Prozentsatz der zweimal im Laufe des Jahres erkrankten Mitglieder ist bei den Arbeitern (14,4 %) über doppelt so groß als bei den Beamten (6,4 %); bei der drei- und mehrmaligen Erkrankung pro Jahr ist der Unterschied noch größer.

Alle diese Resultate bestätigen, daß die Arbeiter im Untersuchungsjahr häufiger erkrankten als die Beamten. Ein erheblicher Teil dieses größeren Krankheitsrisikos muß wohl dem Umstand zugeschrieben werden, daß der Arbeiter seine berufliche Tätigkeit unter bedeutend ungünstigeren Verhältnissen ausüben muß als der Beamte; bei jedem Wind und Wetter Straßenbahnschienen erneuern oder Kanalisationen anlegen, setzt der Gesundheit zweifellos mehr zu, als Schreibearbeit im Bureau zu verrichten. Bei aller gerechten Würdigung dieses Momentes muß aber auch auf die Tatsache der Überversicherung hingewiesen werden. Wie bereits festgestellt wurde, gehören bedeutend mehr Arbeiter als Beamte neben

der städtischen Krankenkasse noch einer zweiten Kasse an. In der folgenden Übersicht ist die Krankheitshäufigkeit für Beamte und Arbeiter, je nach ihrer Zugehörigkeit zu einer zweiten Kasse getrennt dargestellt.

Doppelversicherung und Erkrankungshäufigkeit der Mitglieder der städtischen Krankenkasse im Jahre 1924.

	Mitglieder	Erkrankte	Erkrankungen	auf je 100 Mitglieder	
		mit Krankentagen		Erkrankte	Erkrankungen
1. Beamte.					
Nur der Städt. Krankenkasse angehörig	451	159	198	35,2	43,9
Gleichzeitig einer zweiten Kasse angehörig	183	56	76	30,6	41,5
Beamte überhaupt	634	215	274	33,9	43,2
2. Arbeiter.					
Nur der Städt. Krankenkasse angehörig	426	222	326	52,1	76,5
Gleichzeitig einer zweiten Kasse angehörig	604	349	547	57,8	90,6
Arbeiter überhaupt	1030	571	873	55,4	84,8
3. Mitglieder überhaupt					
Nur der Städt. Krankenkasse angehörig	877	381	524	43,4	59,7
Gleichzeitig einer zweiten Kasse angehörig	787	405	623	51,5	79,2
Mitglieder überhaupt	1664	786	1147	47,2	68,9

Bei den *Beamten* ist in der Erkrankungshäufigkeit zwischen einfach und doppelt Versicherten kein auffallender Unterschied bemerkbar. Bei den *Arbeitern* dagegen sind folgende Zahlen charakteristisch: Auf je 100 Arbeiter-Mitglieder, die keiner andern als der städtischen Krankenkasse angehören, trafen im Jahre 1924 76,5 Erkrankungen, auf je 100 gleichzeitig einer andern Kasse angehörende Mitglieder dagegen 90,6. Der Unterschied in der Erkrankungshäufigkeit von 76 % bei den nur der städt. Krankenkasse angehörenden Arbeitern und 43 % bei den Beamten wird wohl den ungünstigen Arbeitsverhältnissen der Arbeiter zuzuschreiben sein; die Differenz von 90,6 % bei den mehrfach Versicherten gegen 76,5 % bei den einfach versicherten Arbeitern dagegen ist wohl als Folge der Überversicherung anzusprechen. Die Überversicherung scheint bei den Arbeitern dazu beizutragen, daß sich diejenigen, die mehreren Kassen angehören, eher krank melden als jene, die nur bei der städtischen Krankenkasse versichert sind. (Vergl. Tafel 2.)

2. Die Krankheitsdauer (Übersicht 8).

Für die Belastung der Kasse ist nicht die Zahl der Erkrankungen an und für sich in erster Linie maßgebend, sondern vielmehr die Krankheitsdauer. Wenige, aber langdauernde Krankheiten können für die Kasse finanziell von größerer Tragweite sein als viele Krankheiten von nur wenigen Tagen; dies um so mehr, als nach den Statuten der städtischen Krankenkasse die Gemeinde die Krankengelder für die ersten zwei Monate der Kasse voll zurückerstattet, während für die folgenden Monate die Kasse das Krankengeld zu leisten hat.

Die *durchschnittliche Krankheitsdauer* ist gegeben durch die Zahl der Krankentage pro Erkrankten, bzw. pro Mitglied. Diese Durchschnittszahlen vor allem sind es, die für die Beurteilung der Krankheitsverhältnisse ins Gewicht fallen.

Die durchschnittliche Zahl der Krankentage pro Mitglied schwankte in den Jahren 1912 bis 1922 (abgesehen von 1918 und 1920) stets zwischen 11 und 13 Tagen; im Jahre 1923 sank sie auf 10,4 um im Jahre 1924 wieder auf 12,9 zu steigen, wie der anschließenden Zahlenreihe zu entnehmen ist (vergl. statist. Handbuch der Stadt Bern, S. 371):

Jahr	Mitglieder	Krankentage	
		überhaupt	pro Mitglied
1912	1010	12 002	11,9
1913	1036	12 311	11,9
1914	1092	13 321	12,2
1915	1367	16 399	12,0
1916	1385	17 586	12,7
1917	1423	17 222	12,1
1918	1555	25 710	16,5
1919	1722	19 807	11,5
1920	1588	26 336	16,6
1921	1572	18 065	11,5
1922	1590	20 642	13,0
1923	1612	16 760	10,4
1924	1664	21 459	12,9
1925	1689	19 840	11,7

Die Zahl der *Krankentage pro Erkrankten* kann für zurückliegende Jahre nicht zum Vergleich herangezogen werden; im Jahresbericht der Kasse ist allerdings auch diese Zahl jeweilen ausgewiesen; dabei sind jedoch bei den Erkrankten jene ohne Krankentage (nur ärztliche Behandlung etc.) zum Teil mitgezählt. Für die Darstellung der Verhältnisse im Jahre 1924 auf Grund der durchgeführten Spezialerhebung werden diese „ambulanten“ Erkrankungen sinngemäß zur Berechnung der Durchschnittszahl an Krankheitstagen pro Patient weggelassen, nach dem statistischen Prinzip möglicher Ausschaltung unbeteiligter Teilmassen bei Bildung von Durchschnitten. Auch auf eine andere Unstimmigkeit zwi-

schen den Resultaten der Spezialerhebungen und der Jahresberichterstattung ist zu verweisen. Im Kassenbericht pro 1924 sind nicht 21 459, sondern nur 20 743 Krankentage ausgewiesen, was daher rührt, daß von einer Abteilung damals irrtümlicherweise ein das ganze Jahr krankes Mitglied überhaupt nicht und andere, längere Zeit Erkrankte, nur teilweise berücksichtigt wurden. Durch größere Zentralisierung der Verwaltung, besonders der Kontrolle, ließen sich solche Fehler vermeiden. Für das Jahr 1924 ergeben die Erhebungsergebnisse folgendes Bild über die durchschnittliche Krankheitsdauer der versicherten städtischen Funktionäre, gegliedert nach Beamten und Arbeitern, sowie nach dem Geschlecht:

Die durchschnittliche Krankheitsdauer bei den Mitgliedern der städtischen Krankenkasse im Jahre 1924.

	Mitglieder	Erkrankte	Krankentage			
			überhaupt	pro Erkrankten	pro Mitglied	
Beamte	Männer	483	155	3 713	24,0	7,7
	Frauen	151	60	2 292	38,2	15,2
	Überhaupt	634	215	6 005	27,9	9,5
Arbeiter	Männer	1028	570	15 395	27,0	14,9
	Frauen	2	1	59	(59,0)	(29,5)
	Überhaupt	1030	571	15 454	27,1	15,0
Überhaupt	Männer	1511	725	19 108	26,4	12,6
	Frauen	153	61	2 351	38,5	15,4
	Überhaupt	1664	786	21 459	27,3	12,9
Nur der Städt. Krankenkasse angehörend	877	381	10 236	26,9	11,7	
Gleichzeitig einer zweiten Kasse angehörend	787	405	11 223	27,7	14,3	

Nach dem Geschlecht ergeben sich aus der Gegenüberstellung folgende charakteristischen Zahlen:

	Männer	Frauen	
Erkrankte auf je 100 Mitglieder	48,0	39,9	
Krankentage pro	Erkrankten	26,4	38,5
	Mitglied	12,6	15,4

Die gleiche Tatsache, wie sie für die Kassen im allgemeinen festgestellt wurde (vergl. S. 30), gilt auch hier: Die Frauen erkrankten verhältnismäßig seltener als die Männer, ihre Erkrankungen dauerten aber durchschnittlich bedeutend länger als jene der Männer, so daß auch die durchschnittliche Zahl der Krankentage pro Mitglied für das weibliche

Geschlecht größer ist als für das männliche. Auch bei der städtischen Pensionskasse stellt das weibliche Geschlecht das größere Risiko dar als das männliche.

Unterschieden nach *Beamten und Arbeitern* treten die nach den vorstehenden Ausführungen über die Erkrankungen zu erwartenden Ungleichheiten zu Tage. Die Zahl der Krankentage pro Mitglied ist bei den Arbeitern (15,0) rund die Hälfte größer als bei den Beamten (9,5); die Krankheitsdauer pro Erkrankten ist bei beiden Kategorien ungefähr dieselbe, nämlich 27,9, bzw. 27,1 Krankentage pro Erkrankten. Die beiden Zahlen sind allerdings nur beschränkt vergleichbar, indem bei den Beamten nahezu $\frac{1}{3}$ auf das weibliche Geschlecht entfallen, während bei den Arbeitern nur 2 weibliche Mitglieder zu verzeichnen sind; das Krankheitsrisiko ist aber bei den Frauen, wie gesehen, erheblich größer als bei den Männern. Werden die Zahlen für beide Geschlechter getrennt betrachtet, so zeigt sich, daß auch die durchschnittliche Zahl der Krankentage pro Erkrankten bei den Beamten etwas *kleiner* ist als bei den Arbeitern:

	Krankentage pro Erkrankten	
	Beamte	Arbeiter
Männer	24,0	26,9
Frauen	38,2	(59,0) (nur 1 Fall)
<i>Überhaupt</i>	27,9	27,1

Die *Zugehörigkeit zu einer andern Kasse* (Überversicherung!) wirkt, wie gezeigt, ungünstig auf die Krankheitshäufigkeit ein. Jedoch nicht nur diese, sondern auch die Krankheitsdauer wird durch die mehrfache Versicherung beeinflusst und zwar wirkt die Doppelversicherung allem Anschein nach *krankheitsverlängernd*. Auf die, nur der städtischen Krankenkasse angehörenden Mitglieder entfallen durchschnittlich 11,7, auf die gleichzeitig einer zweiten Kasse Angehörenden 14,3 Krankentage pro Mitglied. Für Beamte und Arbeiter getrennt, wurden die folgenden entsprechenden Zahlen ermittelt: (vergl. graphische Tafel 2.)

	Krankentage pro Mitglied	
	Beamte	Arbeiter
Nur der städt. K. K. angehörend	9,3	14,2
Gleichzeitig einer 2. Kasse angehörend	9,9	15,6
<i>Überhaupt</i>	9,5	15,0

Sowohl bei den Beamten, als auch bei den Arbeitern scheint sich demnach ein kleiner, krankheitsverlängernder Einfluß der Überversicherung geltend zu machen.

Die *Gliederung der einzelnen Erkrankungen nach ihrer Dauer* ergibt folgendes Bild:

Dauer	Erkrankungen		Krankentage	
	absolut	in %	absolut	in %
1— 3 Tage	175	15,3	302	1,4
4—10 „	336	29,3	2 354	11,0
11—20 „	333	29,0	5 038	23,5

Dauer	Erkrankungen		Krankentage	
	absolut	in %	absolut	in %
21—30 „	142	12,4	3 533	16,5
31—60 „	113	9,8	4 561	21,2
61—90 „	17	1,5	1 218	5,7
91—180 „	24	2,1	2 672	12,5
über 180 Tage ..	7	0,6	1 781	8,2
	1147	100,0	21 459	100,0

Um eine Übersicht über die Dauer *aller* Erkrankungen zu gewinnen, wurden hierbei auch jene von 1—3 Tagen Dauer berücksichtigt, im Gegensatz zur entsprechenden Gegenüberstellung bei den Kassen überhaupt (vergl. S. 32), wo eine einheitliche Erfassung aller dieser kurzdauernden Krankheiten nicht möglich war.

Von allen 1147 Erkrankungen waren 73,6 % solche von weniger als 3 Wochen Dauer; auf diese entfielen 35,9 % aller Krankentage. Der Prozentsatz der weniger, bzw. mehr als 3 Wochen dauernden Krankheiten nach Geschlecht und Anstellungscharakter der Erkrankten wird durch folgende Aufstellung veranschaulicht:

	Auf je 100 Krankentage entfallen solche auf Krankheiten von	
	weniger als drei Wochen	mehr
Bei den Männern	28,1	61,9
Bei den Frauen	17,2	82,8
Bei den Beamten	29,0	71,0
Bei den Arbeitern	38,5	61,5

Aus diesen Zahlen geht hervor, daß die kurzdauernden Krankheiten beim männlichen Geschlecht einen größern Prozentsatz aller Krankentage ausmachen als beim weiblichen. Die weiblichen Versicherten sind weniger häufig, dafür aber durchschnittlich länger krank, eine Feststellung die, wie gesehen, für die Krankenkassen allgemein gilt (S. 30). Beamte und Arbeiter einander gegenübergestellt, zeigt sich, daß die kurzdauernden Krankheiten bei den Arbeitern häufiger sind als bei den Beamten. Die Ursache dieser Erscheinung dürfte, wie bei der Erkrankungshäufigkeit so auch hier in der verschiedenen Beschäftigungsart liegen. Der Beamte kann bei geringfügigen Erkrankungen unter Umständen seinen Dienst gleich wohl versehen, während dies die körperliche, oft im Freien zu verrichtende Tätigkeit des Arbeiters meist nicht gestattet.

Für die Kasse ist insbesondere die Zahl der *Krankheiten von über 60 Tagen Dauer* wesentlich, da sie vom 61. Tage an die Krankengelder aus ihren Mitteln zu bestreiten hat, während sie ihr für weniger lang dauernde Erkrankungen von der Gemeinde zurückerstattet werden. Für das Jahr 1924 ergeben sich in dieser Hinsicht folgende Erkrankungszahlen:

Städtische Krankenkasse: Die Erkrankungen von über 60 Tagen Dauer im Jahre 1924.

Erkrankungen von über 60 Tagen	überhaupt	Männer	Frauen	Beamte	Arbeiter
1. Anzahl der Erkrankungen.					
Absolut	48	38	10	19	29
Auf je 100 Mitglieder	2,9	2,5	6,5	3,0	2,8
2. Zahl der Krankentage.					
a) Überh. { absolut	5671	4346	1325	2484	3187
{ pro Erkrankung ...	118	114	133	131	110
{ pro Mitglied	3,4	2,9	8,7	3,9	3,1
b) Davon { absolut	2791	2066	725	1344	1447
zu Lasten d. Kasse { pro Erkrankung ...	58	54	73	71	50
(vom 61. Tage an) { pro Mitglied	1,7	1,4	4,7	2,1	1,4

Die Krankheiten von über 60 Tagen Dauer hatten im Jahre 1924 eine Durchschnittsdauer von 118 Tagen; von der hieraus entstehenden Krankengeldbelastung für 5671 Tage hatte die Gemeinde ($48 \times 60 =$) 2880 Tage zu übernehmen, während 2791 Tage zu Lasten der Kasse fielen. Die Kasse wurde pro Mitglied durchschnittlich mit $\frac{2791}{1664} = 1,7$ Krankentagen belastet. Die Männer belasteten die Kasse durch diese langdauernden Krankheiten mit 1,4 Tagen, die Frauen mit 4,7 Tagen pro Mitglied. Die Belastung durch die Beamten (2,1) ist um die Hälfte größer als jene durch die Arbeiter (1,4). Diese letztere Tatsache steht scheinbar im Widerspruch zu den auf S. 47 gemachten Feststellungen, wonach die Arbeiter durchschnittlich häufiger und länger krank sind als die Beamten. Die größere Erkrankungshäufigkeit der Arbeiter macht sich nämlich nur bei den kurzdauernden Krankheiten, die aber in der Gesamtzahl weit überwiegen, bemerkbar, weshalb auch die durchschnittliche Krankheitsdauer bei den Arbeitern, wenn *alle* Erkrankungen berücksichtigt werden, größer ist als bei den Beamten, trotzdem sie weniger über 2 Monate dauernde Erkrankungen verzeichnen. Die Krankenkasse als solche wird also durch die Beamten für Krankengelder (vom 61. Tage an) verhältnismäßig mehr in Anspruch genommen als durch die Arbeiter. Dagegen beanspruchen die Arbeiter mehr Krankengeld für die 2 ersten Monate, was aber nicht der Kasse, sondern vielmehr der Gemeinde direkt zur Last fällt, indem die Gemeinde den Arbeitern durchschnittlich größere „unproduktive Gehaltsauszahlungen“ in Form von Krankengeldern für die ersten 60 Krankheitstage zu leisten hat als den Beamten.

3. Erkrankungen und Alter (Übersicht 9).

Die Beziehungen zwischen Alter und Krankheitshäufigkeit werden in der Regel dadurch zum Ausdruck gebracht, daß die Gesamtzahl der Mitglieder und ferner die Erkrankten nach dem Alter gruppiert werden und für diese Altersgruppen die Summe der Krankentage bestimmt wird. Diese Summe, durch die Zahl der Mitglieder des betreffenden Alters dividiert, ergibt die durchschnittliche Zahl der Krankentage pro Mitglied in dieser Altersstufe. Für jede Altersstufe erhält man auf diese Weise eine sogenannte Erkrankungs- oder „Morbiditätsziffer“. Die ganze Reihe von Erkrankungsziffern vom jüngsten bis zum höchsten Alter wird als Morbiditätstafel bezeichnet. Zuverlässige Erkrankungsziffern können (ähnlich wie bei Absterbeordnungen) begreiflicherweise nur berechnet werden, wenn der beobachtete Personenkreis sehr groß ist. So beschränktes Material, wie es dasjenige der städtischen Krankenkasse von einem einzigen Beobachtungsjahr darstellt, reicht zur Aufstellung einer eigentlichen Morbiditätstafel nicht aus. Immerhin lassen sich gewisse Regelmäßigkeiten auch an Hand der vorliegenden Zahlen wohl erkennen.

Faßt man alle Fälle in drei große Altersgruppen: Bis 29 Jahre; — 30 bis 49 Jahre; — 50 und mehr Jahre — zusammen, so treten sofort einige Eigentümlichkeiten hervor. Hinsichtlich der *Häufigkeit der Erkrankungen* wurden für das Jahr 1924 folgende Zahlen für diese Altersgruppen festgestellt:

Alter	Erkrankungen (mit Krankentagen) auf je 100 Mitglieder		
	Männer		Frauen
	Beamte	Arbeiter	
bis 29 Jahre	44,3	53,7	49,2
30—49 „	39,9	88,3	51,2
50 und mehr	42,0	95,7	58,3

Die Erkrankungshäufigkeit nimmt bei den Arbeitern mit dem Alter am stärksten zu; bei den Frauen ist die Zunahme weniger ausgeprägt, und bei den Beamten (Männern) ist sie überhaupt nicht festzustellen. Die *Krankheitsdauer*, die in der Zahl der Krankentage pro Erkrankung zum Ausdruck kommt, ist sowohl für Beamte als Arbeiter bei den über 50 Jahre alten Mitgliedern am größten, wie folgende Zahlen bekräften:

Alter	Krankentage pro Erkrankung		
	Männer		Frauen
	Beamte	Arbeiter	
bis 29 Jahre	18,8	10,1	24,0
30—49 „	16,8	16,1	37,6
50 und mehr	23,3	26,7	—

Auch hierbei nehmen die Beamten eine Sonderstellung ein, indem bei ihnen die durchschnittliche Erkrankungsdauer in der mittleren

Altersstufe am kleinsten ist, während bei den Arbeitern und bei den Frauen die jüngsten Erkrankten die kürzeste Krankheitsdauer verzeichnen. Da bei den Beamten sowohl die Zahl der Erkrankungen auf je 100 Mitglieder als auch die durchschnittliche Erkrankungsdauer im mittlern Alter am kleinsten ist, sinkt auch die eigentliche *Erkrankungsziffer* (Zahl der Krankentage pro Mitglied) für die Beamten in dieser Stufe auf das Minimum, während sie bei Arbeitern und Frauen mit fortschreitendem Alter zunimmt:

Alter	Erkrankungsziffer (Zahl der Krankentage pro Mitglied)		
	Männer		Frauen
	Beamte	Arbeiter	
bis 29 Jahre	8,3	5,4	11,8
30—49 „	6,7	14,2	19,3
50 und mehr	9,8	25,5	—

Die vorstehenden Zahlen sind wohl die beste Verdeutlichung der engen Beziehungen zwischen Alter und Beschäftigungsart einerseits und Erkrankungsrisiko andererseits. Die Arbeiter erkranken in jüngern Jahren weniger häufig als die Beamten; dagegen sind sie in höherem Alter häufiger und länger krank als diese. In diesen Zahlen liegt nichts Ungewöhnliches, wenn man sich vergegenwärtigt, daß mit zunehmendem Alter der menschliche Körper empfindlicher wird, vor allem auch gegen Witterungseinflüsse, denen der Arbeiter aber zufolge seiner Beschäftigungsart viel stärker ausgesetzt ist als der Beamte. Das wird man sich bei der praktischen Auswertung dieser Zahlen stets vergegenwärtigen müssen. (Siehe S. 61).

In der anschließenden Übersicht sind die Erkrankungsziffern für die Mitglieder der städtischen Krankenkasse, wie sie sich aus den Beobachtungen des Jahres 1924 ergeben, nach 10jährigen Altersgruppen zusammengestellt und mit den Ziffern verglichen, die seinerzeit von Prof. Moser für die Mitglieder der Krankenkasse des Kantons Bern (1884/1893) berechnet wurden, sowie jenen, die Prof. Dumas für das Personal der schweizerischen Transportanstalten (1902—1908) ermittelte.

**Zahl der Krankentage pro Mitglied und Jahr bei der städt. Krankenkasse, 1924
verglichen mit den Werten von Moser und Dumas.**

Altersjahre	Städtische Krankenkasse			Frauen	Moser : Kranken- kasse des Kantons Bern (Männer)	Dumas : Personal schweiz. Transport- anstalten (Männer)
	Männer					
	Beamte	Arbeiter	überhaupt			
bis 19	—	—	—	9,8	6,6	6,4
20—29	8,3	5,4	6,5	12,0	5,0	7,3
30—39	6,7	14,3	12,3	12,5	6,3	9,0
40—49	6,7	14,0	11,6	27,5	8,0	11,5
50—59	7,9	24,8	19,0	—	12,6	15,1
60—69	17,4	33,0	25,9	—	19,0	19,7

Die Morbiditätstafel von Dumas (Personal schweizerischer Transportanstalten) gibt für die meisten Alter größere Werte, d. h. ein höheres Krankheitsrisiko an als jene von Moser (bernische Krankenkasse). Vergleicht man die Erkrankungsziffern der Mitglieder der städtischen Krankenkasse pro 1924 mit diesen beiden Zahlenreihen, so erkennt man, daß bei den männlichen Beamten der städtischen Krankenkasse die Erkrankungsziffer im Alter bis 29 Jahre größer, im Alter 30—39 ungefähr gleich und von da an kleiner ist als nach der Tafel von Moser; die Beamten stellen also, namentlich in den höhern Altersklassen nicht nur im Vergleich zu den der städtischen Krankenkasse angehörenden Arbeitern, sondern ganz *allgemein* ein sehr günstiges Krankheitsrisiko dar, was zum Teil wohl ihren günstigen Arbeitsverhältnissen zuzuschreiben ist. Anders liegen die Verhältnisse bei den Arbeitern. Hier ist die Erkrankungsziffer schon für die Altersgruppe 20—29 Jahre größer als nach der Tafel von Moser; für die spätern Altersjahre übersteigt sie auch die Werte der Tafel von Dumas ganz erheblich: die Arbeiter der städtischen Krankenkasse weisen also ein merklich schlechteres Durchschnittsrisiko auf als es sich aus diesen frühern Berechnungen für schweizerische Verhältnisse ergab. Noch höhere Erkrankungsziffern als die Arbeiter verzeichnen die in der städtischen Krankenkasse versicherten Frauen.

Diesen gemachten Beobachtungen, wonach also die Beamten der städtischen Krankenkasse am günstigsten, die Arbeiter und die Frauen am ungünstigsten dastehen, während die von Dumas bzw. Moser berechneten Erkrankungsziffern zwischen drin liegen, entsprechen auch die vom Alter absehenden *Gesamtdurchschnitte* an Krankentagen pro Mitglied bei den verschiedenen Beobachtungsreihen: (vergl. graphische Tafel 1).

	Durchschnittliche Zahl der Krankentage pro Mitglied
Städtische Krankenkasse, 1924, Beamte (Männer)	7,7
Krankenkasse für den Kanton Bern 1884/93 nach Moser (Männer)	8,5
Schweizerische Transportanstalten 1902/08 nach Dumas (Männer)	9,8
Städtische Krankenkasse, 1924, Arbeiter (Männer)	14,9
„ „ „ „ Frauen	15,4

Im Vergleich zu der von Dumas berechneten Durchschnittszahl von 9,8 Krankentagen pro Mitglied beim Personal der schweizerischen Transportanstalten sei darauf hingewiesen, daß das Personal der städt. Straßenbahnen, also auch einer Transportunternehmung, im Jahre 1924 durchschnittlich bedeutend mehr, nämlich 14,1 Krankentage pro Mitglied aufwies.

4. Art der Krankheiten (Übersicht 10).

Auf der Erhebungskarte für die Mitglieder der städtischen Krankenkasse wurde auch nach der Krankheit selbst gefragt, um wenigstens für

die städtische Krankenkasse den Versuch einer Krankheitsstatistik im eigentlichen Sinne machen zu können. Die Aufstellung des zweckdienlichen Krankheitsverzeichnisses erfolgte gemeinsam mit dem städtischen Schularzt, Dr. P. Lauener. Das Schema trägt der Eigenart der Krankenkasse Rechnung und umfaßt die folgenden 12 Krankheitsgruppen: 1. Infektionskrankheiten; 2. Blut- und Stoffwechselkrankheiten; 3. Krankheiten des Ernährungs- und Verdauungsapparates; 4. Krankheiten des Atmungsapparates; 5. Krankheiten der Kreislauforgane; 6. Störungen des Nervensystems und der Psyche; 7. Krankheiten der Seh- und Hörorgane; 8. Zellgewebe- und Hautkrankheiten; 9. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane; 10. Krankheiten des Bewegungsapparates; 11. Unfälle; 12. Unbekannt (ohne Arzt). Jede Krankheitsgruppe wurde in die zugehörigen, hauptsächlichsten Krankheiten, deren insgesamt 54 festgestellt worden sind, unterteilt. Der Großteil der 54 unterschiedenen Krankheiten umfaßt begreiflicherweise noch mehrere Krankheitserscheinungen. Es ist zweifellos gut, wenn man sich sowohl bei der Aufstellung eines solchen Krankheiten-Verzeichnisses, wie bei der Auswertung der auf dieses Schema aufgebauten Zahlen stets der Mängel bewußt ist, die eine derartige Krankheitsstatistik mit sich bringt. Auf diese Schwierigkeiten machte der bekannte Düsseldorfer Arzt, Dr. Teleky¹⁾, in einer Arbeit über Krankenkassenstatistik eingehend aufmerksam. Insbesondere weist Teleky mit Recht darauf hin, daß Krankheitsverzeichnisse für Zwecke der Krankenkassenstatistik in vielen Fällen von Todesursachenverzeichnissen abweichen müssen, indem viele Krankheiten für den Gesundheitszustand einer Personengruppe oft sehr wichtig und charakteristisch sind, als Todesursache aber keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielen. Vor allem muß man sich auch davor hüten, ein allzu ausführliches Krankheitsschema verwenden zu wollen und die Krankheitsgruppen damit in eine Unmasse von Einzelfällen aufzuteilen. Abgesehen davon, daß eine zu weitgehende Untergliederung gar nicht mehr als eigentliche Statistik angesehen werden kann, macht Teleky auf folgenden Umstand aufmerksam, der eine zu starke Unterteilung der Krankheitsgruppen als bedenklich erscheinen läßt:

„Je mehr Krankheitsarten wir unterscheiden, um so mehr machen sich die Mängel der Diagnosestellung fühlbar; ist es selbst in der Klinik oft nur schwer möglich, solche Differential-Diagnosen zu stellen, so ist der praktische Arzt, noch mehr aber der Kassenarzt, gar nicht gewöhnt, so genaue Diagnosen zu stellen. Je mehr Rubriken, je größer die Zahl der angeführten Krankheiten, um so größer ist die Zahl der falschen Einreihungen“

Hier mahnt ein in statistisch-medizinischer Hinsicht erfahrener Arzt selber zur Vorsicht in der Ausbeutung von krankheitsstatistischem Material. Seine grundsätzlichen Ausführungen sollten nicht nur vom Krankenkassenstatistiker, sondern auch vom Bevölkerungsstatistiker hinsichtlich der Gliederung der Todesursachen weitgehend beherzigt werden.

¹⁾ Dr. L. Teleky, Düsseldorf: Aufgaben und Durchführung der Krankheitsstatistik der Krankenkassen. Berlin 1923.

Die in Übersicht 10 niedergelegte Einteilung der Gesamtzahl der im Jahre 1924 unter den Mitgliedern der städtischen Krankenkasse vorgekommenen Erkrankungen in 54 Krankheiten ist wohl ein gangbarer Mittelweg und bietet ein ziemlich vollständiges Bild der im Berichtsjahr unter dem städtischen Personal aufgetretenen Krankheiten.

Die anschließende Übersicht gibt nun zunächst über die Erkrankungen und die Krankentage, zusammengefaßt nach den vorgenannten 12 Krankheitsgruppen, Aufschluß:

Erkrankungen und Krankentage der Mitglieder der städtischen Krankenkasse im Jahre 1924, nach Krankheiten.

	Absolute Zahlen			Verhältniszahlen		
	Erkrankungen		Krankentage	Erkrankungen		Krankentage
	ohne Kr'tage	mit Kr'tagen		ohne Kr'tage	mit Kr'tagen	
1. Infektionskrankheiten	10	369	5 394	2,0	23,5	25,1
2. Blut- und Stoffwechselkrankheiten	9	8	151	1,8	0,7	0,7
3. Krankheiten des Ernährungs- und Verdauungsapparates . .	118	172	2 994	23,2	15,0	14,0
4. Krankheiten des Atmungsapparates	108	258	4 006	21,2	22,5	18,7
5. Krankheiten der Kreislauforgane	13	29	839	2,5	2,5	3,9
6. Störungen des Nervensystems und der Psyche	31	69	2 690	6,1	6,0	12,5
7. Krankheiten d. Seh- u. Hörorgane	92	39	327	18,1	3,4	1,5
8. Zellgewebe und Hautkrankheiten	47	54	613	9,2	4,7	2,9
9. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	11	18	583	2,2	1,6	2,7
10. Krankheiten des Bewegungsapparats	50	152	3 192	9,8	13,2	14,9
11. Unfälle	14	25	584	2,7	2,2	2,7
12. Unbekannt (ohne Arzt)	6	54	86	1,2	4,7	0,4
	509	1147	21 459	100,0	100,0	100,0

Sofort fällt der Unterschied in der Wichtigkeit der einzelnen Gruppen auf, je nachdem man die Erkrankungen *ohne* oder jene *mit* Krankentagen berücksichtigt.

Bei den **Erkrankungen ohne Krankentage**, stehen an erster Stelle:

Krankheiten des Ernährungs- und Verdauungsapparates	118 = 23,2 %
„ des Atmungsapparates	108 = 21,2 %
„ der Seh- und Hörorgane	92 = 18,1 %
Zusammen	318 = 62,5 %

aller Erkrankungen ohne Krankentage.

Infektionskrankheiten ohne Krankentage wurden nur in 10 Fällen gemeldet. Am meisten Erkrankungen ohne Krankentage, nämlich 74 Fälle = 14,5 % entfallen auf Zahnkrankheiten; es betrifft dies fast ausschließlich Zahnextraktionen. Die Kosten für Zahnziehen werden von der Krankenkasse vergütet, die betreffenden Fälle erscheinen in der Regel als Erkrankungen ohne Krankentage; die übrige Zahnpflege ist von der Versicherung ausgeschlossen.

Wichtiger als diese „ambulanten“ Erkrankungen sind die **Erkrankungen mit Krankentagen**. Die wichtigsten Krankheitsgruppen sind hier:

	In % aller	
	Erkrankungen	Krankentage
Infektionskrankheiten	23,5	25,1
Krankheiten des Atmungsapparates	22,5	18,7
„ „ Ernährungs- u. Verdauungsapparates	15,0	14,0
„ „ Bewegungsapparates	13,2	14,9
„ „ Nervensystems u. d. Psyche	6,0	12,5

Zur Vervollständigung des Überblicks seien auch die 10 einzelnen Krankheiten aufgeführt, die am meisten Krankentage verzeichnen:

Krankheiten	Gruppe	Erkrankungen	Krankentage	Durchschnittliche Erkrankungsdauer in Tagen
Influenza-Grippe	Infektionskr. ...	232	3528	15,2
Muskelrheumatismus	Bewegungsorg. .	129	2596	20,1
Magenstörungen und Darmkatarrh	Verdauungsorg.	129	2088	16,2
Bronchialkatarrh	Atmungsorgane	119	1589	13,4
Tuberkulose	Infektionskr. ...	15	1362	90,8
Ischias	Nerven	23	871	37,9
Allg. Nervosität	Nerven	23	771	33,5
Lungen-Katarrh	Atmungsorgane	30	750	25,0
Hals- u. Rachenkatarrh	Atmungsorgane	57	597	10,5
Neuralgie u. Neuritis	Nerven	21	538	25,6

Bei der Gruppe der Infektionskrankheiten treten zwei Krankheiten deutlich hervor: Grippe und Tuberkulose. *Grippe*-Erkrankungen (mit Krankentagen) kamen im Berichtsjahr 232 (d. h. 20,2 % aller Erkrankungen überhaupt) vor, mit zusammen 3528 (16,4 %) Krankentagen.

Grippe war im Jahre 1924 sowohl hinsichtlich der Erkrankungszahl als auch in Bezug auf die Zahl der Krankentage die häufigst auftretende Krankheit. Die durchschnittliche Dauer der Grippe-Erkrankungen betrug 15,2 Tage. *Tuberkulose* wurde in 15 Fällen mit zusammen 1362 Krankentagen angegeben; im Unterschied zur Grippe handelte es sich hier zwar nur um wenige aber langdauernde Krankheiten; ihre Durchschnittsdauer betrug 90,8 Tage. Hierzu ist zu bemerken, daß es sich jedenfalls bei Krankheiten, die andern Gruppen zugezählt sind, namentlich bei Lungenkatarrh, Brustfellentzündung usw. zum Teil auch um tuberkulöse Erkrankungen handelt. Die oben angegebene Zahl ist daher als Minimalzahl anzusehen.

Die Krankheit, die unter den Mitgliedern der städtischen Krankenkasse im Jahre 1924 am zweithäufigsten auftrat, ist *Muskelrheumatismus*, mit 129, d. h. 11, 2 % aller Erkrankungen und 2596 (12, 1 %) Krankentagen. Genau die gleiche Zahl an Erkrankungen, jedoch mit nur 2088 Krankentagen (9, 7 %) verzeichnen die unter der Bezeichnung *Magenstörungen und Darmkatarrh* zusammengefaßten Krankheiten.

Von den Krankheiten des Atmungsapparats traten Bronchialkatarrh, Lungenkatarrh und Hals- und Rachenkatarrh am häufigsten auf. Die Erkrankungen an *Bronchialkatarrh*, die eine durchschnittliche Dauer von 13,4 Tagen aufweisen, stehen ihrer Zahl, sowie der Zahl der Krankentage nach an dritter Stelle aller 54 Krankheiten; die 1589 Krankentage, die auf Bronchialkatarrh entfallen, machen 7, 4 % aller Krankentage überhaupt aus.

Die Häufigkeit der Erkrankung an den hauptsächlichsten Krankheiten ist bei Beamten und Arbeitern recht verschieden.

	Von je 100	
	Beamten	Arbeitern
	erkrankten an nebenstehender Krankheit	
Influenza-Grippe	8,7	17,2
Muskelrheumatismus	2,4	11,1
Magenstörung und Darmkatarrh	3,3	10,5
Bronchialkatarrh	3,6	9,3

Vorstehend (S. 47) wurde festgestellt, daß die Arbeiter häufiger erkranken als die Beamten. Hinsichtlich der einzelnen Krankheiten zeigt sich, daß namentlich Rheumatismus bei den Arbeitern eine bedeutende Rolle spielt. Für Grippe war die Erkrankungshäufigkeit bei den Arbeitern im Jahre 1924 durchschnittlich rund doppelt so groß wie bei den Beamten, für Magen- und Darmstörungen und für Bronchialkatarrh dreimal, für Rheumatismus dagegen nahezu fünfmal. Von den 634 Beamten erkrankten nur 15 an Muskelrheumatismus (mit Krankentagen) von den 1030 Arbeitern dagegen deren 114. Die hohe Erkrankungsziffer für Rheumatismus bei den Arbeitern im Verhältnis zu jener bei den Beamten wird wohl davon herrühren, daß die großenteils im Freien zu verrichtende Tätigkeit der Arbeiter diese der Rheumatismusgefahr bedeutend mehr aussetzt als die Beamten.

Von den 54 ausgewiesenen Krankheiten sind 21 solche, die im Jahre 1924 mehr als 10 Erkrankungsfälle verzeichnen. Von diesen traten ihrer 16 bei Arbeitern verhältnismäßig häufiger auf als bei Beamten; die fünf übrigen Krankheiten, an denen die Beamten prozentual öfter erkrankten als die Arbeiter waren:

	Zahl der Erkrankungen			
	absolut		in % der Mitglieder	
	Beamte	Arbeiter	Beamte	Arbeiter
Tuberkulose	8	7	1,3	0,7
Blinddarmenzündung	5	6	0,8	0,6
Halskrankheiten	25	32	3,9	3,1
Herz-Krankheiten	10	7	1,6	0,7
Allgemeine Nervosität	10	13	1,6	1,3

Ein deutlicheres Bild über die Zusammenhänge zwischen Krankheits- und Beschäftigungsart als die durchschnittliche Zahl der Erkrankungen gibt noch die durchschnittliche Zahl der auf die einzelnen Krankheiten entfallenden *Krankentage* auf je 100 Mitglieder, bei den Beamten und bei den Arbeitern (vergl. graphische Tafel II):

	Zahl der auf nebenstehende Krankheiten entfallenden Krankentage auf je 100	
	Beamte	Arbeiter
Influenza-Grippe	267	271
Muskelrheumatismus	48	223
Magenstörungen und Darmkatarrh	58	167
Bronchialkatarrh	45	126
Tuberkulose	135	49
Nervenkrankheiten	197	140

Die typischen Erkältungskrankheiten wie Muskelrheumatismus, Darmkatarrh und Bronchialkatarrh sind unter den Arbeitern ungleich häufiger anzutreffen als unter den Beamten, die ihrerseits von den „Stubenkrankheiten“, wie Tuberkulose und Nervenkrankheiten bedeutend stärker ergriffen werden als die Arbeiter, womit die früher ausgesprochene Vermutung betr. Beziehungen zwischen Beschäftigungsart und Krankheitsart ihren zahlenmäßigen Ausdruck findet.

Die durchschnittliche *Krankheitsdauer*, die die hauptsächlichsten Krankheiten verzeichnen, war bei den Beamten und den Arbeitern im Jahre 1924 durchwegs ungefähr dieselbe:

	Durchschnittliche Krankheitsdauer in Tagen	
	Beamte	Arbeiter
Influenza-Grippe	13,4	15,8
Muskelrheumatismus	20,3	20,1
Magenstörung und Darmkatarrh	17,5	15,9
Bronchialkatarrh	12,5	13,6

Die Gruppe *Unfälle* bildet keinen Maßstab für die den Krankenkassenmitgliedern tatsächlich zugestoßenen Unfälle. Unfälle von Arbeitern die der obligatorischen Unfallversicherung unterstellt sind, sind nämlich

von der Versicherung durch die städtische Krankenkasse ausgeschlossen. Die schweiz. Unfallversicherungsanstalt zahlt allerdings in den ersten 2 Monaten einer Unfallkrankheit nur 80 % des versicherten Gehalts. Damit nun die betreffenden Gemeindefunktionäre für diese Zeit doch den vollen Gehalt erhalten wie bei den durch die städtische Krankenkasse versicherten Krankheiten, hat die Gemeinde mit der Versicherungsgesellschaft „Winterthur“ einen Vertrag abgeschlossen, wonach diese Gesellschaft den Ersatz dieser 20 % Lohnausfall deckt. Die entsprechenden Prämien zahlt die Gemeinde.

Der städtischen Krankenkasse fallen also nur die Unfälle solcher Mitglieder zu, die der obligatorischen Unfallversicherung nicht unterstellt sind, sowie die von der Versicherung ausgeschlossenen und abgelehnten Unfälle obligatorisch Versicherter.

C. Finanzielle Verhältnisse.

Das Rechnungswesen der städtischen Krankenkasse wurde auf 1. Januar 1915 von jenem der städtischen Pensionskasse abgetrennt; die finanziellen Verhältnisse der Kasse können demnach bis zu diesem Zeitpunkt zurück verfolgt werden (vergl. Stat. Handbuch S. 371).

Auf der Einnahmenseite stehen bei der städtischen Krankenkasse die Mitgliederbeiträge, die ordentlichen Beiträge der Gemeinde, die Bundessubventionen, die Kapitalzinsen des Kassenvermögens sowie allfällige Zuwendungen an die Kasse; auf der Ausgabenseite dagegen die Krankengelder vom 3. Krankheitsmonat an, die Krankenpflegekosten und (für Mitglieder der Kategorie B) die Sterbegelder. Die Krankengelder für die zwei ersten Krankheitsmonate, die die Gemeinde der Kasse voll zurückerstattet, werden bei der Betrachtung der Finanzlage der Kasse, und insbesondere auch beim Vergleich von Mitgliederbeiträgen und Kassenleistungen nicht mitberücksichtigt, sondern im Abschnitt „Gemeindebeiträge“ gesondert untersucht.

1. Einnahmen (Übersicht 11).

Die Einnahmen stiegen von Fr. 54 876 im Jahre 1915 auf Fr. 196 800 im Jahre 1924. Diese starke Zunahme der Einnahmen ist eine Folge der Zunahme der Mitgliederzahl und der allgemeinen Besoldungserhöhungen infolge der verschiedenen Gehaltsrevisionen. Letztere bewirkten erhöhte Mitglieder- und Gemeindebeiträge an die Kasse, die beide in Form von Gehalts-Prozenten ausgerichtet werden. Die Gesamtsumme der Einnahmen in den 10 Jahren 1915—1924 betrug Fr. 1 328 917; die sich folgendermaßen auf die einzelnen Einnahmeposten verteilt (vergl. graphische Tafel 3):

	Einnahmensumme 1915—1924	
	absolut Fr.	in %
Eintrittsgelder	16 318	1,2
Ord. Mitgliederbeiträge	898 051	67,6
Mitgliederbeiträge überhaupt	914 369	68,8
Ord. Gemeindebeiträge	240 057	18,1
Bundesbeiträge	75 440	5,7
Kapitalzinsen	89 560	6,7
Geschenke und Verschiedenes	9 491	0,7
	<u>1 328 917</u>	<u>100,0</u>

Ein anschauliches Bild über die Entwicklung der Einnahmen seit 1915 gibt die anschließende Aufstellung über die durchschnittlichen Einnahmen *pro Mitglied* in den einzelnen Jahren. (Vergl. graphische Tafel 4.)

Jahr	Einnahmen pro Mitglied.		
	Ueberhaupt	Davon	
		Mitgliederbeiträge	Gemeindebeitrag
Fr.	Fr.	Fr.	
1915	40. 14	27. 12	6. 86
1916	45. 56	28. 22	7. 62
1917	46. 32	28. 57	7. 88
1918	58. 21	29. 41	8. 01
1919	70. 72	48. 29	13. 58
1920	118. 11	86. 08	23. 36
1921	116. 40	82. 84	20. 85
1922	114. 50	83. 09	20. 90
1923	113. 73	81. 83	21. 13
1924	118. 27	82. 76	21. 58
1925	118. 65	83. 13	21. 58

Die **Mitgliederbeiträge** machten im Durchschnitt der 10 Beobachtungsjahre 68,8 % der Gesamteinnahmen aus; ihr Anteil war stets ziemlich gleich groß, er schwankte, abgesehen vom Jahre 1918, zwischen 61,7 % und 72,9 %.

Für das Jahr 1924 konnten die Beitragsleistungen der Mitglieder an Hand der durchgeführten Erhebungen noch etwas genauer untersucht werden. An der Gesamtsumme der ordentlichen Jahresbeiträge von Fr. 135 549 waren Beamte und Arbeiter wie folgt beteiligt:

	Ordentliche Jahresbeiträge 1924	
	Summe	Durchschnitt pro Mitglied
	Fr.	Fr.
Beamte	57 457	90. 62
Arbeiter	78 092	75. 81
<i>Überhaupt</i>	<u>135 549</u>	<u>82. 76</u>

Die Arbeiter bezahlen, ihren Gehältern entsprechend, einen niedrigeren Durchschnittsbeitrag als die Beamten. Wenn man von den im Laufe des Jahres Ein- und Ausgetretenen absieht, so bleiben 1603 Funktionäre.

die während des ganzen Jahres 1924 der städtischen Krankenkasse angehörten. Deren ordentliche Jahresbeiträge gliedern sich wie folgt:

Ordentlicher Jahresbeitrag 1924		Beamte	Arbeiter Zahl der Fälle	Ueberhaupt
bis 60 Fr.	.....	82	82	164
61—80 „	.....	162	765	927
81—100 „	.....	183	65	248
101—120 „	.....	88	47	135
über 120 „	.....	98	31	129
		613	990	1603
			Verhältniszahlen	
bis 60 Fr.	.....	13,4	8,3	10,2
61—80 „	.....	26,4	77,3	57,8
81—100 „	.....	29,9	6,6	15,5
101—120 „	.....	14,3	4,7	8,4
über 120 „	.....	16,0	3,1	8,1
		100,0	100,0	100,0

Von den Arbeitern bezahlten über $\frac{3}{4}$ einen Jahresbeitrag von 61—80 Franken, während bei den Beamten keine so auffällige Häufung der Beiträge einer bestimmten Höhe festzustellen ist. Von den Beamten entrichteten 30,3 % über 100 Fr. Jahresbeitrag, von den Arbeitern 7,8 %.

Die **Gemeindebeiträge** setzen sich wie schon erwähnt aus zwei verschiedenen Leistungen zusammen: dem ordentlichen Gemeindebeitrag und dem Krankengeld für die zwei ersten Krankenmonate. Der ordentliche Gemeindebeitrag, der in den vorstehenden Einnahmen-Ausweisen mitberücksichtigt ist, machte in den 10 Jahren 1915—1924 im ganzen eine Summe von Fr. 240 057 = 18,1 % der Gesamteinnahmen aus.

Der durchschnittliche Gemeindebeitrag pro Mitglied stieg von Fr. 6. 86 im Jahre 1915 auf Fr. 23. 36 im Jahre 1920. Seither ist er wieder etwas zurückgegangen; im Jahre 1924 betrug er Fr. 21. 58 pro Mitglied. Die Summe der ordentlichen Gemeindebeiträge betrug stets rund $\frac{1}{4}$ (Kategorie A: $\frac{1}{5}$; Kategorie B: $\frac{1}{2}$) der Summe der Mitgliederbeiträge.

Das Schwergewicht der Gemeindeleistungen liegt jedoch nicht bei diesem ordentlichen Beitrag, sondern vielmehr sind es die für die ersten 2 Monate ausbezahlten Krankengelder, die die Gemeinde stark belasten. An solchen wurden in den 10 Jahren 1915—1924 insgesamt Fr. 1 629 252 an Krankenkassenmitglieder verabfolgt. Die Entwicklung der Gemeindeleistungen überhaupt seit 1915 ist in der anschließenden Übersicht ausgewiesen (vergl. Statist. Handbuch S. 372).

Leistungen der Gemeinde an die Mitglieder der städt. Krankenkasse
1915—1925.

Jahr	Gemeindeleistungen überhaupt	Krankengelder für die 2 ersten Monate	Ordentlicher Gemeindebeitrag
1915	98 694	89 318	9 376
1916	83 746	73 190	10 556
1917	84 605	73 393	11 212
1918	129 548	117 088	12 460
1919	131 584	108 194	23 390
1920	282 889	245 790	37 099
1921	243 968	211 190	32 778
1922	289 416	256 191	33 225
1923	232 665	198 611	34 054
1924	292 194	256 287	35 907
Total { Absolut	1 869 309	1 629 252	240 057
{ in %	100,0	87,2	12,8
1925	277 474	241 024	36 450

Von den Gemeindeleistungen entfielen demnach von 1915—1924 12,8 % auf ordentliche Beiträge an die städtische Krankenkasse und 87,2 % auf Krankengelder für die zwei ersten Krankheitsmonate; diese Krankengelder betragen 100 % des versicherten Gehalts, kommen also einfach einer Weiterzahlung der Besoldung im Erkrankungsfall während 2 Monaten durch die Gemeinde gleich. Die Ersetzung des Lohnausfalls durch die städtische Krankenkasse beginnt erst mit dem dritten Krankheitsmonat.

Im Zusammenhang mit diesen Ausführungen über Gemeindebeiträge und Mitgliederbeiträge sei hier eine Frage angeschnitten, die die zuständigen Instanzen bei der nächsten Statutenrevision der Krankenkasse wird beschäftigen müssen. Sie betrifft die *Vereinheitlichung der Mitgliederbeiträge und der Gemeindebeiträge* für die beiden Mitgliederkategorien A (definitive) und B (provisorische). Die Beiträge betragen nach der gegenwärtigen Regelung:

- Kategorie A: Mitgliederbeitrag 1,2 % des versicherten Gehalts
 Gemeindebeitrag 0,24 % „ „ „
 Kategorie B: Mitgliederbeitrag 2,4 % „ „ „
 Gemeindebeitrag 1,2 % „ „ „

Der Mitgliederbeitrag ist also in Kategorie B doppelt, der Gemeindebeitrag fünf mal so groß wie in Kategorie A. Diese Unterschiede in den Beiträgen der beiden Kategorien rühren davon her, daß früher bei der Kategorie B das Krankengeld vom ersten Tage an nur 80 % betrug,

die Krankenkasse aber die Auszahlung dieser Krankengelder von Anfang an übernahm. Anlässlich der Statutenrevision im Jahre 1919 wurden jedoch die Leistungen an die Mitglieder der Kategorie B jenen an die Mitglieder der Kategorie A gleichgestellt, d. h. auch diese Mitglieder erhalten nun 2 Monate lang 100 % des Gehalts; diese Krankengelder für die ersten 60 Tage werden der Kasse von der Gemeinde zurückerstattet. Die einzige Mehrleistung, die die Kasse den Mitgliedern der Kategorie B gegenüber noch übernimmt, ist die in Art. 14 festgelegte Ausrichtung eines Sterbegeldes von Fr. 200. —, die die Kasse aber nicht namhaft belastet. (1924: 3 Fälle = Fr. 600. —). Die Art der Leistungen rechtfertigt also einen so großen Unterschied in der Bemessung der Beiträge nicht mehr; es fragt sich nur noch, ob vielleicht ein Unterschied im Erkrankungsrisiko bestehe. Hier konnten an Hand der Erhebung pro 1924 folgende Zahlen festgestellt werden:

	Durchschnittliche Zahl der Krankentage pro Mitglied 1924	
	Kategorie A	Kategorie B
Beamte	9,7	8,7
Arbeiter	15,4	12,5
<i>Überhaupt</i>	<u>13,4</u>	<u>10,5</u>

Diese Zahlen lassen darauf schließen, daß die Mitglieder der Kategorie B die Kasse eher weniger belasten als jene der Kategorie A. Auch vom Gesichtspunkt des Erkrankungsrisikos aus läßt sich also eine höhere Belastung der Mitglieder der Kategorie B nicht rechtfertigen. **Die Vereinheitlichung der Mitglieder- und Gemeindebeiträge für beide Kategorien scheint demnach gegeben.**

Die Frage, was für einheitliche Ansätze zu wählen wären, damit das finanzielle Gleichgewicht erhalten bliebe, läßt sich an Hand der Zahlen des Jahres 1924 ungefähr berechnen. Die ordentlichen Mitgliederbeiträge betragen:

im Jahre 1924:	Kategorie A:	Fr. 106 236. —
	Kategorie B:	„ 29 313. —
	<i>Total:</i>	<u>Fr. 135 549. —</u>

Die *versicherte Gehaltssumme* betrug demnach, da der Prozentsatz des Krankenkassenbeitrages in Kategorie A: 1,2 %, in Kategorie B: 2,4 % beträgt:

Versicherte Gehaltssumme:

$$\begin{aligned} \text{Kategorie A} & \left(\frac{106\,236}{1,2} \times 100 = \right) && \text{Fr. 8 853 000. —} \\ \text{Kategorie B} & \left(\frac{29\,313}{2,4} \times 100 = \right) && \text{Fr. 1 221 375. —} \end{aligned}$$

Versicherte Gehaltssumme überhaupt: Fr. 10 074 375. —

Dieser versicherten Gehaltssumme von rund 10 Millionen Franken entsprachen im Jahre 1924:

Eine Summe der ordentl. Mitgliederbeiträge von Fr. 135 549. —

Eine Summe der ordentl. Gemeindebeiträge von Fr. 35 907. —

Sollen bei einheitlichen Ansätzen für beide Mitgliederkategorien die Mitgliederbeiträge und die Gemeindebeiträge ungefähr den gleichen Betrag ergeben wie nach der jetzigen Regelung, so wäre demnach der Mitgliederbeitrag auf 1,3 bis 1,4 % und der Gemeindebeitrag auf 0,3 bis 0,4 % des versicherten Gehalts festzulegen. Diese Beiträge würden der Kasse bei ungefähr gleichbleibendem Mitgliederstand und Lohnniveau eine Einnahme von Fr. 150 000 bzw. Fr. 180 000 (gegen Fr. 171456 im Jahre 1924 nach den jetzigen Ansätzen) gewährleisten. Ob eventuell mit den prozentualen Ansätzen noch etwas weiter zurückgegangen werden könnte, hängt von der Vermögenslage der Kasse ab, wovon noch zu sprechen sein wird (vergl. S. 72).

Die **Bundesbeiträge** betragen nach dem Bundesgesetz für Krankenversicherung pro Jahr und Mitglied Fr. 5. 50. Für Mitglieder, die neben der städtischen Krankenkasse noch einer zweiten Kasse angehören, wird der Bundesbeitrag jener Kasse ausbezahlt, der das betreffende Mitglied länger angehört. Die Gesamtsumme der Bundesbeiträge, die der städtischen Krankenkasse von 1915—1924 ausgerichtet wurden, betrug Fr. 75 440 = 5,7 % der Gesamteinnahmen der Kasse. In den Jahren 1919—1923 betrug der Bundesbeitrag stets zwischen 6000 und 7000 Franken. Im Jahre 1918 wurde, um den Kassen die eingetretenen Grippe-Risiken tragen zu helfen, ein außerordentlicher Bundesbeitrag ausgerichtet. Die städtische Krankenkasse erhielt im Jahre 1918:

Ordentlicher Bundesbeitrag	Fr. 6 100. —
Außerordentlicher Bundesbeitrag	„ 18 200. —
	<hr/>
Überhaupt	Fr. 24 300. —

Die Bundesbeiträge machten zufolge dieser außerordentlichen Zuwendungen im Jahre 1918: 26,8 % aller Einnahmen der Kasse aus, gegen 3 % bis 7 % in den übrigen Jahren.

2. Ausgaben (Übersicht 12).

Auch auf der Ausgabenseite werden, entsprechend den (S. 62) gemachten Äußerungen, die Krankengelder für die ersten zwei Monate zunächst weggelassen, da sie die Kasse in Wirklichkeit nicht belasten. Die Gesamtleistungen der Kasse betragen in den 10 Jahren 1915—1924 im ganzen Fr. 1 205 908, die sich folgendermaßen auf die einzelnen Ausgabenkategorien verteilen (vergl. Tafel 3):

	Ausgaben der Kasse in den Jahren 1915—1924	
	absolut	in %
	Fr.	
Krankengeld (vom 3. Monat an)	561 898	46,6
Arztrechnungen	387 872	32,2
Apotheker-Rechnungen	105 878	8,8
Spitalkosten	73 803	6,1
Kurbeiträge und Verschiedenes	76 457	6,3
<i>Überhaupt</i>	<i>1 205 908</i>	<i>100,0</i>

Die durchschnittlichen Ausgaben *pro Mitglied* in den letzten 11 Jahren werden durch die anschließende Übersicht veranschaulicht (vergl. Tafel 4):

Städtische Krankenkasse: Die Ausgaben pro Mitglied 1915—1925.

Jahr	Krankengelder	Arztkosten	Apothekerkosten	Spitalkosten	Kurbeiträge und Verschiedenes	Ausgaben überhaupt
1915	18. 26	12. 72	4. 19	5. 40	3. 59	44. 16
1916	25. 03	14. 80	5. 15	6. 32	3. 88	55. 18
1917	23. 78	16. 74	4. 55	3. 55	3. 45	52. 07
1918	25. 68	19. 45	7. 02	4. 40	3. 86	60. 41
1919	32. 33	20. 74	6. 81	3. 18	5. 08	68. 14
1920	59. 38	32. 30	9. 20	6. 53	5. 13	112. 54
1921	40. 18	30. 65	8. 25	4. 19	5. 89	89. 16
1922	49. 04	33. 76	8. 23	5. 38	4. 83	101. 24
1923	41. 64	29. 08	6. 72	4. 32	5. 96	87. 72
1924	42. 20	36. 17	7. 43	4. 70	7. 11	97. 61
1925	42. 76	32. 58	7. 78	4. 94	6. 76	94. 82

Werden diese Zahlen jenen über die Mitgliederbeiträge gegenübergestellt, so ergibt sich, daß seit dem Jahre 1920, in welchem Jahre die heute geltende Beitrags-Skala in Kraft trat, stets die Beiträge der Mitglieder ungefähr den Ausgaben für Krankengeld und Arzt- und Spitalkosten gleichkamen:

	Mitgliederbeitrag durchschnittlich	Krankengelder, Arzt- und Spitalkosten pro Mitglied
1920	86. 08	98. 21
1921	82. 84	75. 02
1922	83. 09	88. 18
1923	81. 83	75. 04
1924	82. 76	83. 07
1925	83. 13	80. 28
<i>Durchschnitt</i>	<i>83. 28</i>	<i>83. 30</i>

Die Mitgliederbeiträge reichen nach der heute geltenden Regelung also ungefähr hin, um Krankengeld (vom 3. Monat an), Arzt- und Spitalkosten zu decken; für die übrigen Leistungen der Kasse (Apothekerkosten, Kurbeiträge und Verschiedenes) müssen die Beiträge von Gemeinde und Bund verwendet werden.

Die **Krankengelder** machten in den zehn Jahren 1915—1924 46,5 % der Gesamtausgaben aus; im Jahre 1925 betrug ihr Anteil 45,1 %. Die den Mitgliedern tatsächlich ausbezahlten Krankengelder setzten sich zusammen aus diesen Auszahlungen der Kasse für die langdauernden Krankheiten und den Lohnzahlungen der Gemeinde für die ersten 2 Monate. Die gesamte Krankengeldsumme beträgt von 1915—1924:

	Krankengeld-Summe 1915—1924	
	absolut Fr.	in %
Krankengelder für die 2 ersten Krankheitsmonate (Gemeinde)	1 629 252	74,4
Krankengeld vom 3. Krankheitsmonat an (städtische Krankenkasse)	561 898	25,6
<i>Total</i>	<u>2 191 150</u>	<u>100,0</u>

Im ganzen sind also in den zehn Jahren 1915—1924 rund 2,2 Millionen Franken Gehaltsentschädigung an erkrankte Gemeindefunktionäre ausbezahlt worden; bis Ende 1925 waren es rund 2½ Millionen Franken.

Pro Kassenmitglied betragen die Krankengeldauszahlungen durchschnittlich (vergl. Tafel 4):

Jahr	für die ersten zwei Monate	Krankengeld vom dritten Monat an	Überhaupt
1915	65. 34	18. 26	83. 60
1916	52. 85	25. 03	77. 88
1917	51. 58	23. 78	75. 36
1918	75. 30	25. 68	100. 98
1919	62. 84	32. 33	95. 17
1920	154. 78	59. 38	214. 16
1921	134. 34	40. 18	174. 52
1922	161. 13	49. 04	210. 17
1923	123. 21	41. 64	164. 85
1924	154. 02	42. 20	196. 22
1925	142. 70	42. 76	185. 46

Die Krankengelder für die zwei ersten Monate machten jeweiligen $\frac{2}{3}$ bis $\frac{3}{4}$ der Krankengelder überhaupt aus, während die von der Kasse zu übernehmenden Krankengeldentschädigungen vom 3. Krankheitsmonat an $\frac{1}{3}$ bis $\frac{1}{4}$ der gesamten Krankengeldausgaben betragen.

Die **Krankenpflegekosten** belasten die Kasse ungefähr gleich stark wie die Krankengelder (für über 3 Monate dauernde Krankheiten). Arzt- und Apothekerrechnungen wurden von der städtischen Kranken-

kasse in den 10 Jahren 1915—1924 im Gesamtbetrag von rund einer halben Million Franken bezahlt: Ärzte Fr. 387 872, Apotheken Fr. 105. 878. Für Spitalkostenvergütungen, Kurbeiträge und Verschiedenes wurden weitere 150 000 Franken verausgabt.

Speziell der Posten für ärztliche Behandlung scheint sehr hoch zu sein. Pro Mitglied wurden in den letzten Jahren regelmäßig 30—36 Franken allein für Arztrechnungen ausgegeben. (Öffentliche Krankenkasse des Kantons Basel-Stadt rund 13 Franken; vergl. S. 95). Der von der städtischen Krankenkasse mit den Ärzten vereinbarte Tarif rechnet, im Vergleich mit den mit andern Kassen abgeschlossenen Verträgen, mit hohen Ansätzen. Demgegenüber muß aber hervorgehoben werden, daß dafür auch ein großer Teil der Ärzte der Stadt Bern dem Vertrag beigetreten ist, so daß die Mitglieder der städtischen Krankenkasse eine Ärzte-Auswahl treffen können, wie jedenfalls wenige in andern Kassen Versicherte. Der Vorteil, Spezialärzte für alle möglichen Krankheiten zur Verfügung zu haben, ist nicht zu unterschätzen.

Die Durchschnittskosten pro Mitglied für Apothekerrechnungen betragen in den letzten 5 Jahren stets etwa 8 Franken (Öffentliche Krankenkasse des Kantons Basel-Stadt Fr. 5. 40—6. 50) und jene für Spitalkosten 4 bis 6 Franken, während für Kurbeiträge usw. 5—7 Franken pro Mitglied und Jahr verausgabt wurden.

Für das Jahr 1924 wurden an Hand der vom Amte durchgeführten Erhebung, auch die **Gesamtleistungen** der Kasse an ihre Mitglieder, für Beamte und Arbeiter gesondert berechnet, was zu den nachstehenden Ergebnissen führte.

Die Leistungen der städtischen Krankenkasse im Jahre 1924.

Leistungen	Überhaupt			Pro Mitglied		
	Beamte	Arbeiter	Überhaupt	Beamte	Arbeiter	Überhaupt
Krankengelder ¹⁾	22 657	47 562	70 219	35. 74	46. 17	42. 20
Arztkosten	20 810	39 384	60 194	32. 82	38. 24	36. 17
Apothekerkosten	5 517	6 849	12 366	8. 70	6. 65	7. 43
Spitalkosten	4 395	3 423	7 818	6. 93	3. 32	4. 70
Kurbeiträge	5 397	4 380	9 777	} 9. 15	4. 45	6. 24
Brillen, Bäder						
Sterbegelder	400	200	600			
<i>Zusammen</i>	<i>59 176</i>	<i>101 798</i>	<i>160 974</i>	<i>93. 34</i>	<i>98. 83</i>	<i>96. 74</i>
Verwaltungskosten . . .			1 455			— . 87
<i>Überhaupt</i>			<i>162 429</i>			<i>97. 61</i>

¹⁾ Vom 3. Monat an.

An die Beamten leistete die Kasse im Jahre 1924 durchschnittlich pro Mitglied Fr. 93. 34; an die Arbeiter Fr. 98. 83. Mit den Mitgliederbeiträgen verglichen (S. 63) ergibt sich folgendes Bild:

	Durchschnitt pro Mitglied 1924		
	Beamte Fr.	Arbeiter Fr.	Ueberhaupt Fr.
Mitgliederbeiträge	90. 62	75. 81	82. 76
Kassenleistungen	93. 34	98. 83	96. 74
Mehrleistungen der Kasse	2. 72	23. 02	13. 98

Bei den Beamten deckten im Jahre 1924 die Mitgliederbeiträge nahezu die Kassenleistungen (ohne Krankengeld für die 2 ersten Monate); für die Arbeiter mußten aus den andern Einnahmen der Kasse durchschnittlich Fr. 23.02 Zuschuß geleistet werden, um für die, der größern Erkrankungshäufigkeit der Arbeiter (Siehe Seite 47) entsprechend höhern Erkrankungs-Kosten aufzukommen. Für Krankengelder und Arztkosten wurde die Kasse im Jahre 1924 durch die Arbeiter durchschnittlich stärker beansprucht, während Apotheker-, Spital- und Kurkosten bei den Beamten größer waren.

Speziell bei der Krankengeld-Belastung, insbesondere wenn auch die Krankengelder für die zwei ersten Monate mitberücksichtigt werden, treten die Unterschiede zwischen Beamten und Arbeitern deutlich hervor:

	Beamte Fr.	Arbeiter Fr.	Überhaupt Fr.
a) Krankengeld-Summe.			
Für die 2 ersten Monate (100 %)	70 838	185 449	256 287
Für die 4 nächsten Monate (80 %)	19 375	38 151	57 526
Für weitere Krankentage (60 %)	3 282	9 411	12 693
<i>Überhaupt</i>	<i>93 495</i>	<i>233 011</i>	<i>326 506</i>
b) Pro Mitglied.			
Für die ersten 2 Monate	111. 73	180. 04	154. 02
Vom 3. Monat an	35. 74	46. 18	42. 20
<i>Überhaupt</i>	<i>147. 47</i>	<i>226. 22</i>	<i>196. 22</i>

Die festgestellte, wie gesehen, durch verschiedene Gründe bedingte häufigere Erkrankung der Arbeiter hat zur Folge, daß diese die Gemeinde und die Kasse zusammengerechnet im Durchschnitt pro Mitglied etwa um die Hälfte stärker mit Krankengeld belasten als die Beamten. Die der Gemeinde durch Bezahlung des Krankengeldes für die zwei ersten Monate erwachsende Belastung betrug im Jahre 1924 bei den Arbeitern pro Mitglied Fr. 180. 04 und bei den Beamten Fr. 111. 73.

3. Betriebsergebnisse und Vermögen.

Betriebsüberschüsse und Vermögen der städtischen Krankenkasse entwickelten sich seit 1915 wie folgt (vergl. Handbuch S. 371):

Jahr	Betriebsüberschuß	Vermögen
	Fr.	Ende des Jahres Fr.
1914	—	188 670
1915	— 5 495	183 175
1916	— 13 336	169 839
1917	— 8 182	161 657
1918	— 3 424	158 233
1919	+ 4 424	162 657
1920	+ 8 831	171 488
1921	+ 42 812	214 300
1922	+ 21 072	235 372
1923	+ 41 933	277 305
1924	+ 34 372	311 677
1925	+ 40 252	351 929

Ende 1914 wurde aus dem Vermögen der städtischen Pensionskasse ein Betrag von Fr. 188 670 als selbständiges Vermögen der städtischen Krankenkasse ausgeschieden. Infolge der in den ersten vier Jahren des selbständigen Kassenbetriebes regelmäßig eintretenden Betriebsdefizite wurde das Vermögen bis Ende 1918 auf Fr. 158 233 erniedrigt. Deshalb wurden auf 1. Januar 1919 die Mitgliederbeiträge erhöht. Diese Erhöhung wurde im eingeholten versicherungstechnischen Gutachten der Herren Dr. Bohren und Dr. Nabholz „allerdings nicht als übersetzt, wohl aber für die nächsten Jahre hinreichend“ bezeichnet. Diese Voraussage hat sich bestätigt. Seit 1919 wies die städtische Krankenkasse regelmäßig Betriebsüberschüsse auf, so daß auch das Vermögen seither beständig zunahm. Es betrug Ende 1925 Fr. 351 929. Dieser Vermögensbestand kommt ungefähr den Gesamtkassenleistungen für 2 Jahre gleich.

Durchschnittlich pro Mitglied betrug das Vermögen Ende 1925 Fr. 208. 37. Geht man wiederum von der Annahme aus, daß eine Durchschnittsreserve, die einer Jahresausgabe gleichkommt, als genügende Deckung angesehen werden darf, so ist die städtische Krankenkasse mit diesem Durchschnittsvermögen bei einer gleichzeitigen Durchschnittsausgabe pro Mitglied von Fr. 94. 82 reichlich gedeckt. Angesichts dieser Finanzlage der Kasse dürfte es wohl verantwortet werden können, die erwähnte Vereinheitlichung der Mitgliederbeiträge (vergl. S. 67) und der Gemeindebeiträge für die beiden Kategorien A und B mit Minimalansätzen durchzuführen. Eine Festlegung der Mitgliederbeiträge auf die Höhe der heutigen Beiträge der Kategorie A (1,2 %), bei gleichzeitiger Ausrichtung eines Gemeindebeitrags von 0,3 % der versicherten Gehaltssummen, würde sowohl die Summe der Mitgliederbeiträge als auch die Leistungen der Gemeinde etwas vermindern und brächte der Kasse noch rund Fr. 150 000 Einnahmen, d. h. Fr. 20 000 weniger als nach dem heutigen System. Sollte der einheitliche Mitgliederbeitrag von 1,2 % nicht hinreichen, um das Gleichgewicht in der Betriebsrechnung zu erhalten, so hätte die Delegiertenversammlung nach Art. 9 der

Statuten das Recht und die Pflicht, ihn zu erhöhen. Nach den Erfahrungen der letzten Jahre ist jedoch zu erwarten, daß trotz der dadurch zu erwartenden Mindereinnahme kein Betriebsdefizit entstehen würde.

D. Vergleich der städtischen Krankenkasse mit andern Kassen.

1. Städtische Krankenkasse und private Kassen.

Ein Vergleich der *Krankheitsverhältnisse* in der städtischen Krankenkasse mit jenen der privaten Kassen zeitigt folgende Resultate: Im Gesamtdurchschnitt der 38 stadtbernischen Krankenkassen waren im Jahre 1924 (vergl. Übersicht 3) 8,7 Krankentage pro Mitglied zu verzeichnen. Die städtische Krankenkasse aber wies 12,9 Krankentage pro Mitglied auf; sie steht an vierter Stelle; nur drei andere Kassen notierten noch größere Durchschnittszahlen (16,5; 13,2; 13,2). Danach würde die städtische Krankenkasse also recht ungünstig dastehen. Hierzu ist aber zu bemerken, daß die Vergleichbarkeit dieser Durchschnittszahlen nur eine bedingte ist. Zunächst sind, wie früher erwähnt, bei einigen Kassen die Krankheiten von weniger als 4 Tagen gar nicht berücksichtigt und andererseits ist wohl überhaupt die Vollständigkeit der Angaben betreffend die Zahl der Krankentage nicht durchwegs so gewährleistet wie bei der städtischen Krankenkasse. Die erstgenannte Fehlerquelle konnte ausgeschaltet werden, indem bei allen Kassen nur die Krankheiten berücksichtigt wurden, die länger als 4 Tage dauerten. Dies war (vergl. S. 32 ff) bei der Erhebung für 32 Kassen möglich. Die Verhältnisse bei diesen Kassen, im Vergleich mit jenen der städtischen Krankenkasse allein, veranschaulichen folgende Zahlen (vergl. Übersicht 4):

	31 private Kassen	Städtische Krankenkasse
Mitglieder	20 443	1 664
Krankheiten von über 3 Tagen Dauer:		
Erkrankungen (einschl. Wochenbett) ...	5 615	972
Krankentage („ „) ...	174 697	21 157
Erkrankungen auf je 100 Mitglieder ...	27,5	58,4
Krankentage pro Erkrankung	31,1	21,8
Krankentage pro Mitglied	8,5	12,7

In der städtischen Krankenkasse wurden im Jahre 1924 rund doppelt soviel Erkrankungen auf je 100 Mitglieder gemeldet als im Durchschnitt der privaten Kassen, dagegen dauerten die Erkrankungen

bei der städtischen Krankenkasse durchschnittlich nur 21,8 Tage, gegen 31,1 Tage bei den privaten Kassen. Die Zahl der Krankentage pro Mitglied stellte sich für die städtische Krankenkasse auf 12,7 Tage, gegen 8,5 Tage für die andern Kassen.

Auf Grund der Zahlen über Erkrankungen und Krankentage läßt sich also statistisch feststellen, daß die städtische Krankenkasse im allgemeinen tatsächlich durch ihre Mitglieder stärker belastet wird als die meisten andern Krankenkassen auf dem Platze Bern. Diese Mehrbelastung rührt wie gesehen namentlich von dem großen Risiko her, das die *Arbeiter* mit durchschnittlich 15,0 Krankentagen pro Mitglied aufweisen, während die Beamten mit 9,5 Tagen (Männer 7,7, Frauen 15,2) dem Durchschnitt der privaten Kassen von 8,5 Tagen nahe kommen. Die Gründe des Unterschieds im Krankheitsrisiko zwischen Beamten und Arbeitern der städtischen Krankenkasse wurden bereits eingehend erörtert; im Vergleich mit den privaten Kassen kommt aber noch ein neues Moment dazu. Es ist nicht zu vergessen, daß die städtische Krankenkasse die einzige Kasse ist, die neben den Vergütungen für Arzt und Arznei auch noch während 2 Monaten den vollen Gehalt garantiert. In der Privatwirtschaft bleibt für den Arbeiter im Erkrankungsfall der Lohn meist sofort ganz aus und die von den privaten Kassen ausbezahlten Krankengelder von wenigen Franken können den Arbeitslohn keineswegs ersetzen. So wird der gegen Krankheit versicherte Arbeiter im Privatbetrieb wenn irgend möglich auch im Falle einer leichteren Erkrankung doch arbeiten, um nicht des Lohnes verlustig zu gehen. Für die Mitglieder der städtischen Krankenkasse dagegen ist im Krankheitsfalle so gesorgt, daß sie keinen Lohnausfall erleiden und darum auch bei leichteren Krankheiten die Arbeit aussetzen können. Es ist daher begreiflich, daß es namentlich die *kurzdauernden* Krankheiten sind, die bei der städtischen Krankenkasse viel häufiger vorkommen als bei den privaten Kassen, wie die folgenden Zahlen zeigen:

Dauer der Erkrankung	Zahl der Erkrankungen			
	absolut		auf je 100 Mitglieder	
	31 Priv. Kassen	Städt. K. K.	31 Priv. Kassen	Städt. K. K.
4—10 Tage	1271	336	6,2	20,2
11—20 „	1630	333	8,0	20,0
21—30 „	919	142	4,5	8,5
31—60 „	1168	113	5,7	6,8
über 60 „	627	48	3,1	2,9
<i>Überhaupt</i>	<i>5615</i>	<i>972</i>	<i>27,5</i>	<i>58,4</i>

Die bedeutend häufigere Meldung kurzdauernder Krankheiten muß aber für die Gemeinde nicht von vornherein als ein Schaden angesehen werden. Die Verwaltung hat vielmehr ein Interesse daran, daß wirklich Erkrankte sich unverzüglich in Pflege begeben, wodurch nicht selten ernstliche Erkrankungen verhütet werden. Bei lange dauernden Krankheiten ist, wie die obigen Zahlen zeigen, die Krankheitshäufigkeit

der Mitglieder der städtischen Krankenkasse nicht größer als bei jenen der privaten Kassen.

In bezug auf die *finanziellen Verhältnisse* bietet ein Vergleich der städtischen Krankenkasse mit den andern Kassen interessante Einblicke. Die städtische Krankenkasse ist unter allen lokalen Kassen jene mit dem größten Jahresumsatz. Sowohl die Summe der Mitgliederbeiträge als auch die Kassenleistungen (*ohne Krankengeld für die ersten 2 Krankheitsmonate*), wie sie für das Jahr 1924 für die städtische Krankenkasse ausgewiesen sind, wurden von keiner andern Kasse erreicht, trotzdem vier andere Kassen mehr Mitglieder haben als die städtische (vergl. Übersicht 6). Auch durchschnittlich pro Mitglied betrachtet, stand die städtische Krankenkasse im Jahre 1924 mit einem Mitgliederbeitrag von Fr. 82. 76 und einer Kassenleistung (ohne Krankengeld für die 2 ersten Monate) von Fr. 97. 61 *an der Spitze aller lokalen Krankenkassen*. Die Untersuchung hat gezeigt, daß die hohen Leistungen der städtischen Krankenkasse größtenteils durch Gemeindebeiträge ermöglicht werden. Von den 11 Betriebskrankenkassen in der Stadt Bern erhalten vier Beiträge des Arbeitgebers. Nach den Ausweisen für das Rechnungsjahr 1924 betrug diese Arbeitgeberbeiträge für stadtberische Mitglieder:

	Arbeitgeberbeitrag pro 1924		
	absolut	pro Mitglied	Auf je 100 Fr.
			Mitgliederbeiträge
Fr.	Fr.	Fr.	
Dr. Wander A.-G.	7 969	43. 08	92,8
Städtische Krankenkasse	35 907	21. 58	26,2
Mechan. Seidenstoffweberei ...	2 244	14. 96	43,4
Gugelmann (Felsenau)	2 000	4. 77	7,5

Bei den Beiträgen an die städtische Krankenkasse ist die Rückvergütung (bezw. Gehaltsweiterbezahlung) für die zwei ersten Krankheitsmonate nicht inbegriffen. Aber auch abgesehen von dieser Gehalts-Sicherstellung darf sich die Gemeinde unter den vorbildlichen Arbeitgebern in bezug auf die Krankenversicherung blicken lassen; sie richtete im Jahre 1924 durchschnittlich an jedes Mitglied 21. 58 Franken aus und steht damit an zweiter Stelle der beitragsleistenden Arbeitgeber. Wenn man die Beitragsleistungen in Prozent der Mitgliederleistungen ausdrückt, so steht die Gemeinde mit 26,2 % an dritter Stelle. Einschließlich die Krankengeld-Rückerstattung für die 2 ersten Krankheitsmonate betrug die Gemeindeleistung an die städtische Krankenkasse im Jahre 1924 (vergl. S. 65) Fr. 292 194 oder Fr. 175. 60 pro Mitglied, ein Betrag wie er von keiner andern Kasse auch nur annähernd erreicht wird.

2. Vergleich mit andern öffentlichen Verwaltungen.

Von den öffentlichen Verwaltungen auf dem Platze Bern betreiben neben der Gemeinde nur die schweizerischen Bundesbahnen eine eigent-

liche Krankenkasse. Die andern Verwaltungen suchen dem Krankheitsrisiko ihrer Funktionäre auf andere Weise gerecht zu werden.

Die bernische *Staatsverwaltung* richtet ihrem Personal im Erkrankungsfall während sechs Monaten den vollen Gehalt weiter aus. Bei länger dauernder Krankheit werden eine Zeitlang noch 50 % des Gehalts ausbezahlt. Eine bestimmte Frist für diese Gehaltszahlungen besteht nicht, sondern wird durch die Oberbehörde oder den Regierungsrat von Fall zu Fall festgesetzt. Für die Kosten für Krankenpflege hat der betreffende Funktionär selber aufzukommen. Ähnlich liegen die Verhältnisse in der *Bundesverwaltung*. Hier erhält das Personal in der Regel 100 % des Gehalts während eines Jahres. Die Entscheidung bei lange währenden Krankheiten steht den einzelnen Departementen oder dem Gesamt-Bundesrat zu.

Bei den *schweizerischen Bundesbahnen* ist für Beamte eine andere Regelung getroffen als für die Arbeiter.

Beamte erhalten:

	4 Monate	100 %	des Gehalts	durch die Verwaltung.
Weitere	4 „	75 %	„	von der Hilfskasse der S. B. B.
„	4 „	50 %	„	„ „ „

im Minimum aber die Höhe der Invalidenrente.

Arbeiter dagegen erhalten in den ersten 4 Krankheitsmonaten nur 85 % des Lohnes von der Verwaltung ausbezahlt. Vom 4. Monat an werden sie der Hilfskasse überwiesen und genießen dort gleiche Leistungen wie Beamte. Daneben betreiben die schweizerischen Bundesbahnen eine Krankenkasse nur für Krankenpflege. Der Beitritt zu dieser Kasse ist dem Personal freigestellt; der Bund zahlt keine Beiträge.

Wenn man diese Regelung im Krankheitsfall mit jenen bei der Gemeinde vergleicht, so ist zu erkennen, daß bei der Gemeinde der Versicherungsgedanke wohl am besten durchgebildet ist. Der volle Gehalt wird den Gemeindefunktionären allerdings nur 2 Monate lang ausbezahlt; die Gemeinde übernimmt aber nicht nur diese Gehaltsauszahlungen, sondern leistet, wie gesehen, an die Krankenkasse noch weitere, namhafte Beiträge (0,24 bzw. 1,2 % der versicherten Gehaltssummen) die trotz weitgehenden Kassenleistungen verhältnismäßig niedrige Mitgliederbeiträge ermöglichen. Es verdient hervorgehoben zu werden, daß bei keiner andern Verwaltung neben Garantierung des Gehalts im Erkrankungsfall auch die vollen Krankenpflegekosten von der Kasse übernommen werden, wie dies bei der städtischen Krankenkasse der Fall ist.

E. Schlußfolgerungen.

Die vorstehenden Ausführungen dürften den zahlenmäßigen Nachweis erbracht haben, daß die Einwohnergemeinde Bern in der städtischen Krankenkasse eine vorbildliche Fürsorgeeinrichtung für ihr Personal besitzt. Um so mehr wird es wohl am Platze sein, zum Schluß nochmals auf die Punkte aufmerksam zu machen, in denen eine Änderung des gegenwärtigen Zustandes sowohl im Interesse des Instituts, wie der Gesamtheit der Versicherten und der Gemeinde überhaupt, erstrebenswert wäre.

1. Kassenorganisation.

Um den Kassenbetrieb für die verantwortliche Verwaltung übersichtlicher zu gestalten, ist das Kassenwesen mehr zu konzentrieren, was gleichzeitig eine Entlastung der einzelnen Gemeinde-Verwaltungsabteilungen in dieser Hinsicht zur Folge hätte. Der Kassenbetrieb sollte so eingerichtet werden, daß Kontrollwesen, Krankenstatistik usw. ganz durch die Kassenverwaltung besorgt wird; damit würden bestehende Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Auch die Krankenbesucher könnten ihrer Aufgabe eigentlich erst gerecht werden, wenn sie einheitlich von der Kassenverwaltung aus abgeordnet würden. Um die Unterschiede in den Erkrankungsrisiken zwischen Beamten und Arbeitern weiter verfolgen zu können, sollten ferner in den Jahresberichterstattungen der Kasse in Zukunft die Erkrankungsziffern für Beamte und Arbeiter getrennt berechnet und ausgewiesen werden. Eine Erweiterung der Kassenberichte und eine Bearbeitung dieser durch das Statistische Amt wäre wünschenswert und könnte manche Aufschlüsse bieten.

2. Mitgliedschaft.

Vor allem ist eine einheitlichere Regelung für provisorisch und obligationenrechtlich angestellte Funktionäre zu erstreben. Eine Lösung wäre wohl am besten in dem Sinne zu finden, daß für alle Funktionäre, deren Stellung im Gemeindedienst ständigen Charakter hat, und deren Gesundheitszustand es erlaubt, der Eintritt in die Kasse obligatorisch erklärt würde.

Die Sonderstellung des städtischen Polizeikorps sollte allmählich in die ordentliche Kassenmitgliedschaft übergeführt werden.

3. Mitgliederbeiträge und Gemeindebeiträge.

Da die Angehörigen der beiden Mitgliedschaftskategorien gleiche Kassenleistungen genießen, sind auch die Mitgliederbeiträge und die Gemeindebeiträge zu vereinheitlichen. Die Ausrichtung von Sterbegeldern

an die Angehörigen solcher Mitglieder, die der Pensionskasse nicht angehören, kann gleichwohl beibehalten werden, ohne daß deshalb diese Mitglieder in eine besondere Kategorie eingereiht zu werden brauchen. Mit einem allgemeinen Mitgliederbeitrag von 1,2 % und einem Gemeindebeitrag von 0,3 % der versicherten Gehälter würde das finanzielle Gleichgewicht der Kasse bei gleichbleibenden Erkrankungsrisiken voraussichtlich erhalten bleiben.

4. Bundesbeiträge.

Da die städtische Krankenkasse eine verhältnismäßig „junge“ Kasse ist, sind unter ihren Mitgliedern diejenigen recht zahlreich, die vor ihrem Eintritt bereits einer andern anerkannten Kasse angehörten und die bei ihrem Eintritt in die städtische Krankenkasse diese Mitgliedschaft aufrecht erhielten. Für diese Mitglieder erhält die städtische Krankenkasse nach Art. 36 des Bundesgesetzes keine Bundesbeiträge. Die Frage sollte geprüft werden, ob nicht in die Statuten eine Bestimmung aufzunehmen sei, wie sie bei vielen andern Kassen besteht, daß diese Mitglieder der Kasse einen jährlichen Extrabeitrag in der Höhe des der Kasse entgangenen Bundesbeitrages zu entrichten haben.

5. Ärztliche Eintrittsuntersuchung.

Nicht nur die Mitglieder, sondern auch die Ärzte sollten der Kasse nach Möglichkeit ihre Interessen wahren helfen. Vorgängig der Aufnahme in die städtische Krankenkasse hat sich jeder Bewerber einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen (Art. 3). Dabei ist es ganz besonders wichtig, daß die Kassenärzte bei dieser Eintrittsuntersuchung die Bewerber objektiv und genau untersuchen und nicht durch Ausstellung von Gefälligkeitszeugnissen der Kasse Mitglieder zuführen, deren Gesundheitszustand für sie von vornherein ein großes Risiko bedeutet.

6. Überversicherung.

Der Frage der Überversicherung muß besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Da die Untersuchung gezeigt hat, daß die Mitglieder, die gleichzeitig einer andern Kasse angehören, im allgemeinen ein höheres Krankheitsrisiko mit sich bringen, sollte beim Bundesamt für Sozialversicherung auf die Sachlage aufmerksam gemacht und auf die Beseitigung der Überversicherung hingewirkt werden. Mehr als die Auszahlung des vollen Lohnes im Krankheitsfalle bei gleichzeitig voller Deckung der Heilungskosten kann und sollte doch nicht erstrebt werden. Jeder Versicherte muß sich zur Pflicht machen, die Krankenkasse, wie überhaupt alle Wohlfahrtseinrichtungen, nur im Notfall zu benutzen. Da man es aber in Wirklichkeit leider nicht mit lauter Idealmenschen zu tun hat, die diesem Prinzip wirklich nachleben, wird den maßgebenden Behörden wohl nichts anderes übrig bleiben, als den Versicherten statutengemäß Mißbrauchsmöglichkeiten zu unterbinden. In einer sozialen Fürsorge-

institution, wie die Krankenkasse eine ist, sollte ein solches „Gewinnstreben“ nicht geduldet werden. Einsichtige Kassenmitglieder, die ja in allen Kassen glücklicherweise die Mehrheit bilden, Kassenärzte und die zuständigen Verwaltungsorgane müssen sich hier die Hand reichen, um die städtische Krankenkasse von solchen Elementen zu säubern.

7. Krankheitshäufigkeit.

Als ferner Resultat zeitigte die Untersuchung, daß unter den Mitgliedern der städtischen Krankenkasse die Beamten ein wesentlich kleineres Krankheitsrisiko als die Arbeiter, die Männer ein kleineres Risiko als die Frauen bilden. Die größere Krankheitshäufigkeit der Arbeiter gegenüber jener der Beamten ist zum Teil, wie gezeigt, der Beschäftigungsart, zum Teil aber auch der Überversicherung zuzuschreiben.

Ferner ergab sich, daß die Erkrankungshäufigkeit im allgemeinen in der städtischen Krankenkasse, wenigstens was die Arbeiter betrifft, größer ist als bei den meisten andern Kassen; lange dauernde Krankheiten kommen dagegen sowohl bei den Arbeitern als bei den Beamten seltener vor. Von den Auswirkungen der Überversicherung abgesehen, wird die häufigere Erkrankung der Mitglieder der städtischen Kasse z. Teil eine Folge der vollständigeren Erfassung der Fälle bei dieser Kasse sein, als dies bei den meisten, weniger straff organisierten, privaten Kassen der Fall ist. Andererseits ist aber die tatsächlich häufigere Krankmeldung wohl nicht zuletzt dem Umstande zuzuschreiben, daß die städtische Krankenkasse Arzt, Arznei und während den ersten 2 Krankheitsmonaten auch den Gehalt voll vergütet, während bei allen andern Kassen die Leistungen der Kassen im Krankheitsfalle nur einen bescheidenen Teil des Lohnausfalles zu decken vermögen. Hier wird sich ein ausschließlich auf den Ertrag seiner Arbeit angewiesenes Mitglied daher nicht krank melden, solange es noch irgendwie arbeitsfähig ist.

Mit dieser Feststellung soll und darf nichts gegen eine häufigere Meldung kurzdauernder, leichterer Erkrankungen bei der städtischen Krankenkasse im allgemeinen ausgesagt sein. Im Gegenteil, es ist wünschenswert und liegt im Interesse einer jeden Krankenkasse selbst, wenn sich deren Mitglieder rechtzeitig, im Momente des Entstehens einer Krankheit krank melden und nicht zuwarten bis diese schon Fortschritte gemacht hat; dies ist aber eben nur dann möglich, wenn dem Erkrankten kein wesentlicher Einnahmen-Ausfall droht. Diese Garantie bietet die städtische Krankenkasse tatsächlich ihren Mitgliedern, womit allerdings auch die Gefahr entsteht, daß einzelne Versicherte diese Vorzugsstellung ausnützen und sich unnötigerweise krank melden, oder im Falle wirklicher Krankheit länger als nötig von der Arbeit fern bleiben. Was bei der städtischen Krankenkasse bekämpft werden muß, ist dieses „Gewinnstreben“ das, wenigstens in gewissem Ausmaße bei einem Teile ihrer Mitglieder, wie gezeigt, durch die Überversicherung noch gefördert wird.

8. Gesundheitsstatistik.

Es ist versucht worden, an Hand der Ergebnisse der Sondererhebung bei der städtischen Krankenkasse im Jahre 1924 auch einen Überblick über die Erkrankungen nach der Art der Krankheit zu gewinnen. Die Wichtigkeit einzelner Krankheiten konnte dabei deutlich festgestellt werden, wenn auch der Umfang des Materials für eine eigentliche gesundheitsstatistische Untersuchung zu klein ist. Um über den Gesundheitszustand des städtischen Personals stets auf dem Laufenden zu sein, ist zu wünschen, daß die im Jahre 1924 vorgenommene Erhebung in dieser Richtung während einigen Jahren vom Statistischen Amt durchgeführt werde. Die Erhebung kann sich auf die krankheitsstatistischen Merkmale beschränken und die Fragen über die finanziellen Verhältnisse weglassen.— Die für eine Reihe von Jahren zusammengefaßten Resultate einer derartigen Statistik könnten zweifellos manche wertvolle Aufschlüsse bringen.

Um über den Rahmen des Gemeindepersonals hinaus auch über die Bedeutung der verschiedenen Krankheiten für die Gesundheit der stadtbernischen Bevölkerung überhaupt Aufschluß zu erhalten, müßte eine Erhebung auf breitester Basis durchgeführt werden können. In Deutschland z. B., wo die Krankenversicherung für die unselbständig Erwerbenden obligatorisch erklärt ist, wurden an Hand von Krankenkassenmaterial schon öfters einschlägige, wertvolle Arbeiten veröffentlicht. Für die stadtbernischen Verhältnisse einen entsprechenden Versuch zu machen, könnte zurzeit kaum auf Erfolg rechnen. Wollte man eine solche Erhebung durchführen, so wäre man ganz auf die Mitarbeit der privaten Krankenkassen angewiesen. Auch vorausgesetzt, daß die Kassen für diese Arbeit gewonnen werden könnten, so bliebe gleichwohl das Material recht dürftig, wenn man bedenkt, daß bloß $\frac{1}{5}$ der Bevölkerung gegen Krankheit versichert ist. Eine umfassende Gesundheitsstatistik auf Grund des Krankenkassenmaterials wird praktisch erst verwirklicht werden können, wenn der überwiegende Teil der Bevölkerung gegen Krankheit versichert sein wird. Ist dies einmal erreicht, dann wird es zweifellos auch Aufgabe des Bundesamts für Sozialversicherung sein, in Verbindung mit den Krankenkassen eine Gesundheits- bzw. Krankheitsstatistik im erwähnten Sinne einzuführen. Der vorstehend geschilderte Versuch, diese Verhältnisse bei der städtischen Krankenkasse darzustellen, wird einem solchen Unternehmen vielleicht einige Anhaltspunkte bieten können. Es ist zu wünschen, daß diese Frage schon heute nicht aus dem Auge gelassen wird, denn gründliche Untersuchungen gesundheitsstatistischer Art auf breiter Grundlage haben nicht nur wissenschaftlichen, sondern in erster Linie auch praktischen Wert, indem sie manchen Aufschluß über die Wichtigkeit der und jener Krankheit und manchen Hinweis für zu treffende hygienische Maßnahmen bieten können.

In treffenden Worten hat der Leipziger Hygieniker und Statistiker Mayet vor 20 Jahren in einer Gesundheitspflege-Konferenz diese Ziele der Gesundheitsstatistik charakterisiert:

„Wenn wir eine zuverlässige Statistik über alle bei den Versicherten vorkommenden Krankheiten haben werden, so wird unsere Anschauung über eine große Anzahl von gewerblichen Krankheiten und Epidemien sich außerordentlich klären. Wir brauchen neben einer guten Mortalitätsstatistik eine zuverlässige Morbiditätsstatistik, und diese kann uns nur durch Nutzbarmachung des großen Materials der Krankenversicherung gegeben werden.“

