

Ausbaumöglichkeiten der Krankenversicherung

Objekttyp: **Chapter**

Zeitschrift: **Beiträge zur Statistik der Stadt Bern**

Band (Jahr): - **(1926)**

Heft 8

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

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

III. Ausbaumöglichkeiten der Krankenversicherung.

A. Allgemeines.

Im Verlaufe der vorstehenden Darstellung des stadtbernischen Krankenkassenwesens ist mehrfach auf die soziale und volkswirtschaftliche Bedeutung der Versicherung gegen Krankheit, insbesondere der unbemittelten und weniger bemittelten Volkskreise, hingewiesen worden. In der Tat hat denn auch, wie bereits erwähnt worden ist, der Gedanke der Krankenversicherung in Bund, Kantonen und besonders in einzelnen größeren schweizerischen Gemeinden in den letzten Jahren kräftig Fuß gefaßt. Da und dort ist man sogar über das Prinzip der Gegenseitigkeit und der organisierten Selbsthilfe auf diesem Gebiete hinausgegangen und hat — wenigstens für den Großteil der Bevölkerung — die gesetzliche *Versicherungspflicht* eingeführt, unter gleichzeitiger Übernahme der Kassenbeiträge der unbemittelten und zum Teil auch der minderbemittelten Versicherten, durch die Öffentlichkeit. Auf stadtbernischem Boden ist der Gedanke der obligatorischen Krankenversicherung schon vor längerer Zeit aufgetaucht und lebhaft in der Tagespresse und in Versammlungen erörtert worden. Am 28. August 1919 wurde im Stadtrate von Herrn R. Meer, Präsident des kantonalbernischen Verbandes der Krankenkassen und 18 Mitunterzeichnern folgende Motion eingereicht:

„Die Unterzeichneten ersuchen den Gemeinderat, dem Stadtrat Bericht zu erstatten und Antrag zu stellen, ob er gedenkt, für die Gemeinde Bern das Obligatorium der Krankenversicherung, inklusive Kinderversicherung, einzuführen.“

Diese Motion hat bewirkt, daß das Studium des Problems der Krankenversicherung in der Gemeinde Bern seitens der Behörden an die Hand genommen wurde. Diese konnten sich um so leichter dazu entschließen, als im Kanton Bern die Regelung des Krankenkassenwesens durch Gesetz vom 4. Mai 1919 den Einwohnergemeinden übertragen und ihnen insbesondere auch das Recht eingeräumt ist, auf ihrem Gebiete die obligatorische Krankenversicherung einzuführen. (Siehe Seite 14.)

In der Stadtratssitzung vom 3. März 1923 stand die Motion Meer zur Behandlung. Zur Begründung derselben wurde vom Antragsteller ausgeführt, daß die Einführung der obligatorischen Krankenversicherung und der Kinderversicherung für ein Gemeinwesen eine große und dankbare Aufgabe bilde, bei deren Lösung die Politik keine Rolle spielen dürfe. Die obligatorische Krankenversicherung sei notwendig, weil ein Großteil unserer Bevölkerung sich infolge kleinen Einkommens nicht versichern lassen könne und gerade für diese Leute bedeute die Krankenversicherung eine außerordentliche Wohltat. Vom Standpunkt der Gemeindeverwaltung aus sei die Einführung der obligatorischen Krankenversicherung nicht nur wünschenswert, sie müsse geradezu verlangt werden, indem sich deren Rückwirkungen in einer Erleichterung der Armenlasten geltend machen würden. Auch das alte Postulat der unentgeltlichen Geburtshilfe könne auf diesem Wege als große Wohltat für viele Familien verwirklicht werden.

Der Motionär erklärte besonders die Einführung der Kinderversicherung für dringlich notwendig. Die Gemeinde habe nicht nur die Pflicht bei Schülerunfällen für die Arztkosten aufzukommen, ebenso sehr sei sie verpflichtet, die notwendigen Maßnahmen zur rechtzeitigen Bekämpfung von Kindererkrankungen zu treffen und die notwendigen Finanzmittel dafür zur Verfügung zu stellen. Wohl hätten wir das wohlthätige Institut der Schulärzte, aber das genüge nicht, ganz abgesehen davon, daß hier nur schulpflichtige Kinder untersucht würden. Wo bisher die Kinderversicherung eingeführt worden sei, seien nur gute Erfahrungen damit gemacht worden.

Der Motionär ersuchte daher den Gemeinderat, auch die Einführung der Kinderversicherung unter Mitwirkung von Bund und Kanton in die Wege zu leiten. Er betonte, daß zwar der Gemeinde durch Einführung des Obligatoriums große finanzielle Opfer zugemutet würden, denen aber viel größere sittliche und moralische Werte gegenüber ständen.

Von seiten des Vertreters des Gemeinderates, Finanzdirektor Dr. Guggisberg, wurde auf zwei dem Stadtrate unterbreitete, gemeinderätliche Berichte hingewiesen, in denen die Direktion der sozialen Fürsorge, sowie die Finanzdirektion eingehend die Frage der Einführung des Krankenkassenobligatoriums auf Grund einläßlicher Studien untersucht hatten ¹⁾. Die Direktion der sozialen Fürsorge kam in ihrem Bericht zu folgenden hauptsächlichen Schlußfolgerungen:

- „ 1. Die obligatorische Krankenversicherung bedeutet für weite Schichten unserer Bevölkerung eine soziale Notwendigkeit. Ihre Einführung ist daher zu begrüßen und sollte so rasch wie möglich an die Hand genommen werden.
2. Für das Obligatorium ziehen wir die Krankenpflegeversicherung der Krankengeldversicherung vor.

¹⁾ Anträge des Gemeinderates an den Stadtrat, 1. Halbjahr 1923, S. 66 ff.

3. Die öffentliche Kasse ist der Vertragskasse vorzuziehen.
4. Einkommensgrenzen: Für Familien Fr. 5000. —
Für Einzelpersonen Fr. 4000. —.
5. Die Leistungen der Gemeinde sind auf die Übernahme der unerhältlichen Prämien zu beschränken.“

Finanzdirektor Dr. Guggisberg führte seinerseits weiter aus, daß, bevor grundsätzlich zur Einführung der obligatorischen Kranken- und Kinderversicherung Stellung genommen werden könne, die Frage des zu wählenden Systems abzuklären sei. Man müsse auch wissen, in welchem Umfange von Bund und Kanton Beiträge zu erwarten seien. Vom Kanton werde bei seiner gegenwärtigen Finanzlage kaum der im Gesetz vorgesehene Maximalbeitrag erhältlich sein und es stehe zu befürchten, daß der Kanton für die Finanzierung seiner Beitragsleistungen an die obligatorische Krankenversicherung eine Steuererhöhung beantragen müßte, was die Einführung des Obligatoriums zweifellos verunmöglichen würde. Ohne Staatsbeitrag lasse sich aber dasselbe in der Gemeinde Bern nicht einführen. Der Gemeinderat selbst habe zu der Frage der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung materiell noch nicht Stellung genommen. Schließlich wurde die Motion, gemäß Antrag des Finanzdirektors, zur weiteren Prüfung mehrheitlich entgegengenommen und beschlossen, es sei zum Studium des ganzen Problems eine neungliedrige Fachkommission einzusetzen. Die Bestellung dieser Kommission ist allerdings bis heute noch nicht erfolgt.

Das Krankenversicherungsproblem, oder genauer gesagt die Frage der Einführung des Krankenversicherungsobligatoriums ist in der Gemeinde Bern also aus dem Stadium allgemeiner Erörterungen in jenes der behördlichen Studien eingetreten. Da nun das Statistische Amt wie gesehen den Auftrag zur Durchführung einer Krankenkassenstatistik der privaten Krankenkassen erhalten hat und sich dieser Auftrag in der Folge zu einer Gesamtdarstellung des Krankenkassenwesens in der Stadt Bern ausgewachsen hat, so liegt es nahe, auf Grund der in den ersten zwei Teilen dieser Untersuchung gewonnenen statistischen Ergebnisse und Einblicke in diesen Fürsorgezweig gleichzeitig auch noch die Untersuchung auf die Frage der Ausbaumöglichkeiten der Krankenversicherung auszudehnen. Als Hilfsmittel zur Abklärung dieses schwierigen Problems und zur Erreichung einer gewissen Sicherheit in den auf die Zukunft zu berechnenden Maßnahmen kann gerade die Statistik wertvolle Dienste leisten. Die in den zwei ersten Kapiteln niedergelegten Ergebnisse der stadtbernischen Krankenkassenstatistik sollen daher von diesem Gesichtspunkte aus geprüft, und mit deren Hilfe, sowie weitem statistischen Daten, soll die Frage des Ausbaues der Krankenversicherung näher beleuchtet und so viel wie möglich abgeklärt werden. Eine solche Untersuchung wird allerdings, neben den Erfahrungszahlen, noch in manchen ausschlaggebenden Punkten auf Schätzungen angewiesen bleiben, deren Richtigkeit erst durch die Praxis wird bejaht oder verneint werden können.

Für einen Ausbau der Krankenversicherung stehen verschiedene Möglichkeiten offen:

1. Einführung des Krankenkassenobligatoriums mit Gründung einer öffentlichen Krankenkasse.
2. Einführung des Krankenkassenobligatoriums durch vertragliche Vereinbarungen mit bereits bestehenden Krankenkassen.
3. Beibehaltung des bisherigen Zustandes, unter gleichzeitiger Erweiterung der Polikliniken und Kliniken aus Gemeindemitteln.

Zunächst soll nun versucht werden, die Ergebnisse der stadtberni-
schen Krankenkassenstatistik vom Standpunkte des Krankenversicherungs-
obligatoriums aus zu prüfen. Diese Untersuchung wird dann zeigen,
ob dies für Bern der richtige Weg ist, um zu dem erstrebten Ziele, einem
vernünftigen Ausbau der Krankenversicherung zu kommen, oder ob
dieses Ziel auf andere Weise erreicht werden kann.

B. Das Krankenversicherungsobligatorium.

1. Der Umfang der Versicherungspflicht.

a) Die Einkommensgrenzen.

Die Frage der Einführung des Obligatoriums ist schon deshalb an erster Stelle zum Gegenstand der Untersuchung zu machen, weil diese in der letzten Zeit viel erörtert und, wie gesehen, im Berner Stadtrate auch die bezügliche Motion Meer erheblich erklärt worden ist.

Die Auseinandersetzung der Obligatoriumsfrage muß mit den Erörterungen über die Einkommensgrenzen beginnen, indem von ihrer Höhe in der Hauptsache die Zahl der zu Versichernden und die eventuelle finanzielle Belastung der Gemeinde abhängt. Das kantonale Gesetz vom 4. Mai 1919 läßt nämlich in der Bestimmung des Personenkreises, der dem Obligatorium unterstellt werden darf, den Gemeinden nicht vollständig freie Hand, sondern bestimmt vielmehr, daß nur solche Familien und Einzelpersonen dem Obligatorium unterworfen werden dürfen, deren Einkommen aus Erwerb und Vermögen zusammengerechnet Fr. 5000. — in städtischen Gemeinden, bzw. Fr. 3000. — auf dem Lande, nicht übersteigt. Diese wichtige Frage

der Einkommensgrenzen wurde bis jetzt in der Diskussion über das Obligatorium allgemein etwas vernachlässigt, indem man sich wenig Rechenschaft darüber gab, ob die aufgestellten Einkommensgrenzen wissenschaftlich irgendwie begründet seien oder nicht. Über eine mehr oder weniger gefühlsmäßige Abschätzung vernünftiger Grenzen der Versicherungspflicht ist man nicht hinausgekommen.

Es ist naheliegend, daß man überall da, wo es sich um die Einführung des Krankenkassen-Obligatoriums handelt, bei der Festsetzung der Einkommensgrenzen zwischen Familien und Einzelpersonen unterscheidet. Auf diesem Boden stehen auch die beiden bereits genannten einschlägigen gemeinderätlichen Berichte. Diese schlagen vor, für Familien bis zum gesetzlichen Maximum von Fr. 5000. — zu gehen, für Einzelpersonen dagegen die obere Grenze der Versicherungspflicht 1000 Fr. tiefer anzusetzen. Personen im Alter von über 60 Jahren und Kinder, die das 1. Altersjahr noch nicht zurückgelegt haben, sollen von der Versicherung ausgeschlossen sein. Demnach sollen sich also obligatorisch versichern müssen:

1. Familien (Verheiratete, Verwitwete und Geschiedene mit ihren unerwachsenen Kindern von über 1 Jahr), deren Einkommen aus Erwerb und Vermögen zusammengerechnet Fr. 5000. — nicht übersteigt.
2. Erwachsene, unter 60 Jahren alte Einzelpersonen, deren Einkommen Fr. 4000. — nicht übersteigt.

Diese Berichte wählen somit als Obligatoriumsgrenze für Familien die nach kantonalem Gesetz vorgesehene Höchstgrenze; für Einzelpersonen soll die Versicherungspflicht bei einem Einkommen von mehr als Fr. 4000. — erlöschen.

Im Kanton Basel-Stadt, wo das Obligatorium seit 1916 in vollem Umfang eingeführt ist, beträgt die Einkommensgrenze, bis zu der die Versicherungspflicht geht, für Ledige Fr. 4500.—, für Familien ohne Kinder Fr. 6000. —. Für jedes Kind wird die Obligatoriumsgrenze um Fr. 500. — hinaufgesetzt, so daß eine Familie mit drei Kindern z. B. versicherungspflichtig ist, sobald ihr Einkommen weniger als Fr. 7500. — beträgt. Diese hohen Einkommensgrenzen haben es mit sich gebracht, daß heute im Kanton Basel-Stadt der Großteil der Bevölkerung für Krankenpflege versichert ist. Ende 1924 waren in Basel gegen Arzt- und Apothekerkosten versichert (einschl. freiwillig Versicherte):

Zirka	79 100	bei der Öffentlichen Krankenkasse,
„	30 200	bei der Allg. Krankenpflege,
„	2 500	bei 5 anderen Kassen.

Total 111 800 Personen, d. h. ungefähr 80 % der Gesamtbevölkerung.

Um bei der Festsetzung der Grenzen der Versicherungspflicht für ein allfälliges Obligatorium in Bern irgendwelche Anhalte zu haben, wird man sich überlegen müssen, welcher Sinn und Zweck diesen Ein-

kommensgrenzen überhaupt zukommt. Der grundlegende Gedanke, der der Aufstellung solcher Grenzen innewohnt, ist, wie auch aus den Beratungen des kantonalen Gesetzes im Großen Rat deutlich hervorgeht, der, daß der Gesetzgeber annimmt, ein Lohnempfänger, dessen Einkommen über dieser Grenze stehe, sei imstande, sich im Krankheitsfall aus eigener Kraft über Wasser zu halten, während für jenen, der weniger verdient, das Kranksein ein Risiko bedeute, dessen Folgen er meist nicht zu tragen imstande sei, und für das er daher in gesunden Tagen zwangsweise vorsorgen soll. Der Grundgedanke des beschränkten Obligatoriums, wie ihn das kantonale Gesetz enthält, geht also dahin, daß die Versicherungspflicht nur da Platz greifen soll, wo eine materielle Notwendigkeit hiezu besteht. Der gesetzliche Zwang, sich gegen Krankheit versichern zu müssen, soll nur auf diejenigen Personen und Familien angewendet werden, deren ökonomische Lage annehmen läßt, daß sie durch einen Krankheitsfall der Gefahr des Notstandes ausgesetzt werden. Die für das Obligatorium festzusetzenden obern Einkommensgrenzen bedeuten somit eigentlich nichts anderes als das sogenannte **soziale Existenzminimum**. Auf die Frage der Berechnung eines solchen sozialen Existenzminimums kann hier nicht näher eingegangen werden; es sei auf eine kürzlich erschienene, vom Vorsteher des Statistischen Amtes stammende Studie ¹⁾ über diese Frage verwiesen, der nur die hauptsächlichsten Zahlen entnommen seien.

In der genannten Studie werden auf Grund eingehender Berechnungen für die gegenwärtige Höhe des sozialen Existenzminimums bei einfacher Lebenshaltung in der Stadt Bern folgende Zahlen aufgestellt:

Soziales Existenzminimum in der Stadt Bern auf Grund der Preislage 1922/24
(ohne Zwangsversicherung und Steuern).

	Lediger	Kinderloses Ehepaar	Familie mit 1–2 Kindern	Familie mit 3 Kindern	
Ernährung	1831	1380	1680	1990	
Wohnung (einschließlich Heizung und Beleuchtung) ..		1000	1200	1400	
Bekleidung		513	520	610	700
Gesundheitspflege		100	120	140	160
Bildung und Erholung		540	540	540	540
Gesamt-Aufwand	2984	3560	4170	4790	

Danach beträgt das soziale Existenzminimum in der Stadt Bern für eine Familie mit Kindern zirka 4200—4800, für einen Ledigen rund 3000 Franken, die Steuern nicht eingerechnet. Wenn man die für die obligatorische Krankenversicherung vorgesehenen Einkommensgrenzen damit vergleicht, so zeigt sich folgendes:

¹⁾ Dr. H. Freudiger: Das soziale Existenzminimum in ländlichen Bezirken der Schweiz und in der Stadt Bern, Burgdorf 1926.

1. Die Einkommensgrenze von *5000 Franken für Familien* entspricht unter Mitberücksichtigung der Steuern ungefähr dem sozialen Existenzminimum einer Familie mit 3 Kindern, erscheint also, auch von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet, gerechtfertigt. Eine Abstufung der Versicherungspflichtgrenze nach der Kinderzahl dürfte sich empfehlen.

2. Für Ledige wird das Existenzminimum auf rund Fr. 3000. — (ohne Steuern) berechnet. Die beiden gemeinschaftlichen Berichte rechnen mit einer Obligatoriumsgrenze für Einzelpersonen von Fr. 4000. — (Maximum nach kantonalem Gesetz). Die Direktion der sozialen Fürsorge vertritt diese verhältnismäßig hohe Einkommensgrenze für Ledige mit der Begründung, daß junge, ledige Mitglieder den Wert der Krankenversicherung um so besser kennen lernen werden, je länger sie dem Obligatorium unterstellt sind, und daß die Dauer der Versicherungspflicht eben dadurch verlängert werden könne, daß die Einkommensgrenze hoch gewählt werde. Erfahrungen, speziell auch in Basel, zeigen nun allerdings, daß das Interesse der Ledigen an der Krankenpflegeversicherung im allgemeinen ziemlich gering ist, daß aber diejenigen Ledigen, die versicherungspflichtig sind, für die Kassen ganz schlechte Risiken darstellen, indem sie im Krankheitsfall sehr oft verlangen, daß ihnen Spitalpflege zuteil werde, weil sie in der Regel keinen eigenen Haushalt führen. (Vergl. S. 113). Man wird sich daher fragen müssen, ob bei einer eventuellen Einführung des Obligatoriums in der Gemeinde Bern durch Ausübung eines besonderen gesetzlichen Drucks auf diese Bevölkerungskreise nicht ein falscher Weg beschritten werde, und ob damit dem Versicherungsgedanken überhaupt viel gedient wäre. Der Hauptzweck der obligatorischen Versicherung liegt doch namentlich in einer Erleichterung der Krankenpflegekosten für wirtschaftlich schwache *Familien* und auch die Erfahrungen, die in Basel gemacht worden sind, lassen darauf schließen, daß vor allem die obligatorische Versicherung der Familien praktisch wertvoll und bedeutungsvoll ist. Eine zu weit gehende Hinaufsetzung der Obligatoriumsgrenze für Ledige könnte leicht dazu führen, daß die Betreffenden durch „Überarznenng“, d. h. durch mehr ärztliche Pflege als tatsächlich nötig wäre, das gute Risiko, das die Jugendlichen an und für sich darstellen, mehr als ausgleichen würden. Es wäre daher vielleicht ratsam, die *Obligatoriumsgrenze für Ledige bei einem, dem Existenzminimum näherkommenden Einkommen von Fr. 3000.* — und nicht von Fr. 4000. — zu begrenzen.

b) Die Altersgrenzen.

Neben der Festsetzung der Einkommensgrenze ist für den Fall der Einführung des Obligatoriums in erster Linie auch die Frage von Wichtigkeit, welche Altersklassen der Versicherung teilhaftig werden sollen. Vom Gedanken ausgehend, daß die Alters- und Invalidenversicherung als ein Gebiet sozialer Tätigkeit zu betrachten sei, das mit der Krankenversicherung nicht vermischt werden sollte, hat sich in der schweizerischen Obligatoriumspraxis ein System herausgebildet, das die ältesten Einwohner in der Regel von der Obligatoriumspflicht ausschließt. So sieht z. B. das Einführungsgesetz betr. obligatorische Kran-

kenversicherung im *Kanton Zürich* vom 10. Dezember 1916, in welchem, ähnlich wie im kantonalbernischen Gesetz das Recht auf Einführung des Obligatoriums den Gemeinden überlassen wird, in § 6 vor, daß die Gemeinden Personen „über einem gewissen Alter“ von der Versicherungspflicht befreien können. Im *Kanton Basel-Stadt*, wo das Obligatorium durch Gesetz vom 19. November 1914 eingeführt wurde, sind Personen, die das 60. Altersjahr überschritten haben, vom Beitritt zur obligatorischen Versicherung ausgeschlossen. Dieselbe Altersgrenze ist auch im Gesetz des *Kantons Bern* in Artikel 3 niedergelegt: „Für die Gemeinden besteht keine Verpflichtung, Personen, die über 60 Jahre alt sind oder dauernd Kranke in die obligatorische Versicherung aufzunehmen.“ Falls das Obligatorium in der Gemeinde Bern zur Einführung gelangen sollte, wäre es jedenfalls am Platze, von dieser Berechtigung Gebrauch zu machen. Personen, die erst nach ihrem 60. Altersjahre in eine Krankenversicherung eintreten, bilden die denkbar größte Belastung, da das Erkrankungsrisiko mit dem Alter sehr stark zunimmt. Hier muß vielmehr die Altersfürsorge, oder noch besser, die Alters- und Invalidenversicherung einspringen, deren Rechnungsgrundlagen ganz andere sind als jene der Krankenversicherung mit vorwiegend erwerbstätigem Mitgliederbestand.

Die Finanzdirektion schlägt in ihrem erwähnten Bericht auch vor, die Kinder versicherungspflichtiger Familien bis zur Erreichung des ersten Lebensjahres vom Obligatorium auszuschließen. Hier soll die Säuglingsfürsorge, die in der Stadt Bern bereits gut ausgebaut ist, und in den letzten Jahren, wie im Statistischen Handbuch der Stadt Bern (S. 79 ff.) festgestellt ist, schöne Erfolge zu verzeichnen hat (Frauenhospital, Säuglingsheim), auch in Zukunft die Lücke ausfüllen. Die Krankenversicherung würde durch die Ausnahme der Säuglinge jedenfalls wesentlich entlastet. Die gesetzliche Grundlage zu einem solchen Ausschluß der Säuglinge von der Versicherung ist in Art. 5 der kantonalen Verordnung über die obligatorische Krankenversicherung vom 28. Oktober 1924 niedergelegt, indem dort die Bestimmung Aufnahme gefunden hat, daß die Gemeinden die das Obligatorium einführen das Recht haben, Kinder bis zum zurückgelegten zweiten Altersjahr von der Versicherung auszunehmen.

Eine Frage für sich ist auch noch jene nach der **Obligatoriumspflicht der Jugendlichen**, d. h. derjenigen Personen, die die festzusetzende Kinderaltersgrenze (z. B. 15 Jahre), überschritten haben, die aber noch kein, oder nur ein unbedeutendes eigenes Einkommen haben. Nach dem Gesetz betreffend die obligatorische Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt sind alle Personen, die das 14. Altersjahr zurückgelegt haben, und die weniger als 4500 Franken eigenes Einkommen haben, der Versicherungspflicht unterstellt. Für die Versicherung minderjähriger Einzelpersonen hat nach dem baslerischen Gesetz der Inhaber der elterlichen Gewalt zu sorgen. Diese Regelung hätte zur Folge, daß sozusagen alle Personen im Alter von 15—19 Jahren, d. h. in der Stadt Bern rund 10 000 Jünglinge und Töchter unter das Obligatorium fallen würden, da die Betreffenden zweifellos nur ganz ausnahmsweise das vorgesehene

Minimaleinkommen haben. Unter den Versicherungszwang fallen bei einer solchen Lösung auch fast alle erwachsenen Kinder solcher Familien, die dem Obligatorium nicht unterstellt sind. Diese starre Festsetzung der Kinderaltersgrenze auf 15 Jahre hätte das Gute, daß eigentlich alle minderjährigen Erwachsenen Gelegenheit erhielten, den Wert der Krankenversicherung kennen zu lernen, so daß ein großer Teil von ihnen wohl der Versicherung treu bliebe, auch wenn das Einkommen die vorgesehene Minimalgrenze einmal überschritten hätte. In gesundheitlicher Hinsicht böte dies zweifellos manchen Vorteil. Dabei würden aber auch junge Leute aus bessergestellten Familien dem Versicherungszwang unterworfen, und solche stellen, wie die Erfahrungen der Krankenkassen allgemein bestätigen, höhere Ansprüche an die Krankenpflegeversicherung als der Großteil der übrigen Versicherten, d. h., sie bilden für die Kassen schlechte Risiken. Auch ist anzunehmen, daß sich die Ärzte gegen eine solche Ausdehnung des Versicherungszwanges auf Leute, die, bzw. deren Eltern, ohne Schwierigkeiten Arzt- und Heilkosten aus eigenen Mitteln bestreiten könnten, zur Wehr setzen würden. In dieser Richtung enthält das Gesetz über die obligatorische Krankenversicherung im Kanton Zug vom 23. Oktober 1916 eine bemerkenswerte Bestimmung, die vielleicht auch bei einer allfälligen Einführung der Versicherungspflicht für Bern empfohlen werden könnte. Art. 2 dieses Zuger Gesetzes lautet: *Vom Obligatorium sind ausgenommen alle über 15 Jahre alten Angehörigen nicht versicherungspflichtiger Haushaltsvorstände, solange sie mit diesem in ungetrenntem Haushalt leben.*

(Das Obligatorium besteht im Kanton Zug nur auf dem Papier; praktisch wurde das Gesetz nicht durchgeführt).

2. Die Zahl der obligatorisch zu Versichernden.

Die nächstliegende, zu beantwortende Frage ist nun wohl die nach der Zahl der obligatorisch zu Versichernden, bei Annahme bestimmter Einkommens- und Altersgrenzen. Auf Grund der Ergebnisse der Volkszählung vom 1. Dezember 1920, sowie der kantonalen Steuerstatistik vom Jahre 1920, läßt sich die Zahl der mutmaßlich unter die Versicherungspflicht Fallenden abschätzen. Die Zahlen, wie sie die Volkszählung von 1920 ergab, können auch heute noch als maßgebend angesehen werden. Die Bevölkerung Berns hat seither (bis Ende 1925) rechnermäßig um 3057 Personen zugenommen. Da aber über die Versicherungspflichtigen (Steuerstatistik, Volkszählung) keine neuern Zahlen als jene aus dem Jahre 1920 vorliegen, wird im folgenden zunächst nur mit der Einwohnerzahl, wie sie sich anlässlich der Volkszählung von 1920 ergab, gerechnet. Die Ergebnisse der Steuerstatistik vom Jahre 1920 können zum Vergleich der Einkommensverteilung wohl herangezogen werden; sie basieren auf den Einkommensverhältnissen des Jahres 1919, in welchem Jahr das Lohnniveau ungefähr das gleiche war wie heute. An Hand der Zahlen der Bevölkerungs- und Steuerstatistik kann die mutmaßliche Zahl der obligatorisch zu versichernden Personen berechnet werden. Im fol-

genden seien diese Berechnungen durchgeführt an Hand folgender Annahmen, wie sie sich aus den vorstehenden Betrachtungen ergeben haben:

1. Die Einkommensgrenze der Versicherungspflicht werde auf Fr. 5000. — für Familien und Fr. 3000. — für Einzelpersonen festgesetzt.

2. Von der Versicherung seien ausgeschlossen die Kinder unter einem Jahr und die Personen im Alter von mehr als 60 Jahren.

Zur Ermittlung der mutmaßlichen Versicherungszahl sind zunächst die benötigten Hauptzahlen aus der Bevölkerungs- und Steuerstatistik für die Stadt Bern zusammenzustellen.

1. Bei der Volkszählung vom 1. Dezember 1920 wurde für die Stadt Bern eine Wohnbevölkerung von 104 626 Personen festgestellt.

a) Davon Kinder von 0—1 Jahren	1540
Personen im Alter von über 60 Jahren	<u>7540</u>
	Zusammen <u>9080 Personen</u>
	= 8,7 % der Wohnbevölkerung.

b) In der Erwerbswirtschaft Tätige	47 375
Häusliche Dienstboten	<u>4 449</u>
Erwerbende (in steuerlichem Sinn)	51 824
Davon über 60jährig	<u>3 070 = 5,9 %</u>
Erwerbende unter 60 Jahren	48 754

c) Wohnbevölkerung	104 626
Davon Erwerbende (wie oben)	<u>51 824</u>
Angehörige	52 802 d. h.

auf einen Erwerbenden treffen durchschnittlich 1,02 Angehörige.

2. Die Steuerveranlagungen in der Stadt Bern pro 1920 ergaben folgende Zahl steuerpflichtiger Personen, gegliedert nach ihrem Brutto-Einkommen aus Erwerb (Steuerpflichtiges Einkommen 1. Klasse und gesetzliche Abzüge).

d)	Physische Zensiten	Deren Ehefrauen	Deren Kinder unter 18 Jahren
Brutto- unter 5000 Fr.	27 892	8 910	13 988
Eink. (1. Kl.) über 5000 Fr.	9 594	7 449	11 327
	<u>Zusammen 37 486</u>	<u>16 359</u>	<u>25 315</u>

e) Die Zahl der nicht verheirateten Steuerpflichtigen mit einem Brutto-Einkommen von Fr. 3000—5000. — betrug 5833 Personen.

Die Zahl der unter den oben angegebenen Bedingungen für das Obligatorium der Krankenversicherung in Betracht fallenden Personen kann nun auf zwei Arten wie folgt berechnet werden:

I. Der Versicherungspflicht unterliegen *nicht*:

Die Steuerpflichtigen m. e. Einkommen von über Fr. 5000	9 594	Pers.
Deren Ehefrauen	7 449	„
Deren Kinder	11 327	„
<i>Zusammen nach (d)</i>	<u>28 370</u>	„
überdies die Einzelpersonen mit einem Einkommen von Fr. 3000—5000. — nach (e)	5 833	„
	<u>34 203</u>	„
<i>Es bleiben versicherungspflichtig: (104 626—34 203)</i>	70 423	„
abzüglich nach (a) 8,7 % Säuglinge und Greise	6 127	„
<i>Total Versicherungspflichtige</i>	<u>64 296</u>	„

II. Zahl der Erwerbenden nach (b)	51 824	„
Davon sind <i>nicht</i> versicherungspflichtig:		
Die Steuerpflichtigen mit einem Einkommen von über Fr. 5000, nach (c)	9594	
Die nicht Verheirateten mit einem Einkommen von Fr. 3000—5000, nach (e)	5833	15 427
Davon nach (b) 5,9 % über 60jährig		<u>910</u>
Nicht versicherungspflichtige Erwerbende unter 60 Jahren		14 517
Erwerbende unter 60 Jahren überhaupt, nach (b)		<u>48 754</u>
Bleiben <i>versicherungspflichtige Erwerbende:</i>		34 237
Deren Angehörige, nach (c) $34\ 237 \times 1,02$	34 921	„
Davon nach (a) 8,7 % Säuglinge und Greise ...	3 038	
Bleiben <i>versicherungspflichtige Angehörige</i>		<u>31 883</u>
<i>Total Versicherungspflichtige</i>		<u>66 120</u>

Die eine Berechnungsart ergibt 64 300, die andere 66 100 Versicherungspflichtige. Bei Erhöhung der Einkommensgrenze für Einzelpersonen auf Fr. 4000. — würden rund 3000 Personen mehr unter die Versicherungspflicht fallen.

Wie bereits erwähnt, hat die Bevölkerung der Stadt Bern vom 1. Dez. 1920 bis Ende 1925 um 3057 Personen, d. h. um rund 3 % zugenommen. Wenn sich, was aber nicht nachgewiesen werden kann, diese Zunahme auf die verschiedenen Bevölkerungsschichten gleichmäßig verteilt, so würde momentan auch mit einer um etwa 3 % oder rund 2000 Personen größeren Zahl obligatorisch Versicherter zu rechnen sein.

Eine Abstufung der Einkommensgrenzen bei Familien, je nach ihrer Kinderzahl, wäre auf die Gesamtzahl der Versicherungspflichtigen nur von geringem Einfluß. **Wenn die Einkommensgrenze auf Fr. 5000 für Familien und Fr. 3000 für Einzelpersonen angesetzt würde, so wäre demnach nach dem heutigen Bevölkerungsstand der Stadt Bern mit 65 000 bis 70 000 obligatorisch Versicherten zu rechnen.**

In den erwähnten Berichten der Direktion der sozialen Fürsorge und der Finanzdirektion wird die Zahl der Versicherungspflichtigen in der Stadt Bern (bei Einkommensgrenzen von Fr. 5000 bzw. Fr. 4000 auf 50 000—60 000 Personen geschätzt.

Die vorstehenden Berechnungen geben eine um rund 10 000 Personen größere Zahl Versicherungspflichtiger, als sie in diesen Berichten angenommen wurde. Es ist zu bemerken, daß sich die Versichertenzahl im Falle der Einführung des Obligatoriums dadurch etwas reduzieren würde, daß als Einkommen nicht nur das Erwerbseinkommen, wie es in der Steuerstatistik ausgewiesen ist, sondern das *gesamte Einkommen* der betreffenden Personen bzw. Familien zu berücksichtigen wäre. Immerhin darf man wohl annehmen, daß die vorstehend errechneten, auf neuerem Material beruhenden Zahlen der Wirklichkeit näher kommen werden als die seinerzeit geschätzten.

Von einer Berechnung der mutmaßlichen Versichertenzahl an Hand der Mitgliederzahlen der öffentlichen Krankenkasse des Kantons Basel-Stadt, wie dies gelegentlich versucht worden ist, muß abgesehen werden, da diese Zahlen aus drei Gründen nicht maßgebend sein können:

1. Die Annahme gleicher Einkommensverteilung für Bern und Basel kann durch nichts gestützt werden. Die Zahlen betreffend versteuertes Einkommen in den beiden Städten können einander wegen der verschieden aufgebauten Steuergesetze nicht direkt gegenübergestellt werden, aber immerhin lassen sie, wie auch die Resultate der Kriegssteuerstatistik, darauf schließen, daß in Basel verhältnismäßig eher weniger niedrige Einkommen vorkommen als in Bern, so daß die Zahl der unter das Obligatorium der Versicherung fallenden Einwohner unter gleichen Versicherungsbedingungen in Bern prozentual wohl größer wäre.

2. Die Einkommensgrenzen, die im vorstehenden für Bern in Vorschlag gebracht werden, und jene der obligatorischen Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt, sind nicht die gleichen.

3. Die Mitgliederzahlen der Öffentlichen Krankenkasse des Kantons Basel-Stadt beziehen sich nicht auf alle obligatorisch Versicherten, da es jedem unter das Obligatorium fallenden Einwohner freisteht, sich in der öffentlichen oder einer andern anerkannten Krankenkasse zu versichern. Andererseits nimmt die Basler Kasse auch Mitglieder auf, die nicht versicherungspflichtig sind.

3. Die Versicherungskosten.

Diese Kosten werden hauptsächlich von der Wahl der Versicherungsart — ob Krankengeld- oder Krankenpflegeversicherung — abhängen. Sowohl die Direktion der sozialen Fürsorge als auch die Finanzdirektion geben in ihren Berichten der **reinen Krankenpflegeversicherung** gegenüber der Krankengeldversicherung den Vorzug, soweit sie das Obligatorium betrifft. Es ist jedenfalls schon so, daß dem allgemeinen *Versicherungsgedanken* dadurch besser Rechnung getragen wird, daß den obliga-

torisch Versicherten im Fall der Erkrankung direkt Arzt-, Arznei- und eventuell Spitalkosten vergütet werden, als dadurch, daß man ihnen ein Krankengeld auszahlt, über dessen Verwendung dem Versicherer jede wirksame Kontrolle fehlt. Die Direktion der sozialen Fürsorge schreibt in ihrem Bericht zu diesem Punkt (a. a. O. S. 79):

„Wir haben bei der Einführung des Obligatoriums zu wählen zwischen einer richtigen Krankenpflege und einem Krankengeld, welches naturgemäß nur bescheiden sein kann, insbesondere für die Versicherungspflichtigen. Daß mit einem geringen Krankengeld nicht viel anzufangen ist, bedarf keiner weitem Darlegungen. Eine richtige Krankenpflege ist dem gegenüber weit wertvoller, sowohl für den Einzelnen, wie für die allgemeine Volksgesundheit. Der Versicherungspflichtige kann sich daneben immer noch für Krankengeld versichern lassen, wenn er will und dazu imstande ist.“

Auch im Kanton Basel-Stadt ist das Obligatorium in Form einer reinen Krankenpflegeversicherung eingeführt worden. Die Leistungen der öffentlichen Krankenkasse in Basel, die die Versicherung aller Obligatoriumspflichtigen, sofern sie nicht einer andern anerkannten Kasse angehören, besorgt, sind:

1. Ärztliche Behandlung, Operationen inbegriffen.
2. Pharmazeutische Heilmittel, sowie Brillen, Salzbäder, hydrotherapeutische Behandlung, X-strahlen, verschiedene Apparate etc.
3. Wenn nötig, Aufenthalt und Behandlung in einem Spital oder Sanatorium während 360 Tagen im Maximum.
4. Geburtshilfe zu Hause oder nach Wunsch der Mutter im Frauenspital.
5. Einfache Zahnbehandlung (Extraktion).

Ungefähr dieselben Leistungen kämen wohl auch bei einer Einführung des Obligatoriums in Bern in Frage.

Die Beurteilung der Wirkungen der Krankenpflegeversicherung und deren Kosten wird für Bern dadurch erschwert, daß hier bis heute noch keine reine Krankenpflegekasse vorhanden ist, deren Erfahrungen zu Rate gezogen werden könnten. Das Bedürfnis nach einer solchen Kasse kann zweifellos nicht bestritten werden. Ihr Fehlen wird wohl vor allem darauf zurückzuführen sein, daß es für eine private Kasse äußerst schwer ist, mit den Ärzten eine Tarifregelung abzuschließen, die die Kasse nicht zu schwer belasten würde. Einen Fortschritt in dieser Richtung bildet der am 1. Juli 1926 zwischen der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern und dem Verband bernischer Krankenkassen abgeschlossene Tarifvertrag, der diese Frage wenigstens in groben Zügen regelt. Die Auswirkung dieses Tarifvertrages läßt sich zur Zeit noch nicht abschätzen. Man wird vielmehr die mutmaßlichen Kosten, die die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit sich bringen würde, besser an Hand von Erfahrungszahlen zu ermitteln suchen. Solche finden sich in den Berichten der öffentlichen Krankenkasse des Kantons Basel-Stadt und in den vorstehenden Ergebnissen der stadtbernischen Krankenkassenstatistik.

Von der öffentlichen Krankenkasse des Kantons Basel-Stadt wurden durchschnittlich pro Mitglied in den Jahren 1921—1924 verausgabt:

Öffentliche Krankenkasse des Kantons Basel-Stadt:

Durchschnittliche Ausgaben pro Mitglied, in den Jahren 1921—1924.

	1921	1922	1923	1924
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Ärztliche Behandlung	12. 85	13.45	12. 92	12. 60
Heilmittel	6. 55	6. 20	5. 50	5. 40
Spitalkosten	11. 88	11. 76	11. 51	10. 96
Zusammen	31. 28	31. 41	29. 93	28. 96
Geburtshilfe	— . 72	— . 67	— . 62	— . 65
Krankenpflege überhaupt ...	32. —	32. 08	30. 55	29. 61
Verwaltungskosten	2. 02	2. 19	2. 22	2. 32
Gesamtausgaben pro Mitglied	34. 02	34. 27	32. 77	31. 93

Für **Krankenpflege** (ohne Geburtshilfe) wurde also in den Jahren 1921—1924 durchschnittlich Fr. 29. — bis Fr. 31. — ausgegeben.

Für die Stadt Bern konnten die Arzt-, Arznei-, Spital- und Heilkosten (ohne Wochenbettkosten) von 10 Kassen gesondert von den übrigen Kosten angegeben werden:

Die Krankenpflegekosten von 10 Krankenkassen der Stadt Bern im Jahre 1924:

Kasse	Für Krankenpflege versicherte Mitglieder	Krankenpflegekosten
Grütli	1345	28 337
Konkordia	631	11 454
Spengler	106	962
Papier- und graph. Hilfsarbeiter ..	87	728
Firma Neher Söhne	100	538
Mech. Seidenstoffweberei	150	4 116
Dr. Wander A.-G.	185	7 331
Librairie Edition S. A.	55	1 855
Eidg. Waffenfabrik	302	8 185
Städtische	1664	85 999
	4625	149 505

Durchschnittliche Kosten pro Mitglied: Fr. 32. 30.

Der Durchschnittsbetrag für Krankenpflegekosten bei diesen 10 Kassen entspricht ziemlich genau dem Durchschnitt bei der öffentlichen Krankenkasse des Kantons Basel-Stadt. Es ist zu beachten, daß dabei

sowohl Arbeiterkrankenkassen mit niedrigen Arzt-Tarifen, als auch solche (Städtische Krankenkasse) mit hohen Tarifen vertreten sind.

Der genannte kürzlich abgeschlossene Vertrag mit den bernischen Ärzten läßt erwarten, daß im Falle der Einführung des Obligatoriums Tarife vereinbart werden könnten, die die jetzigen Durchschnittssätze nicht übersteigen, so daß ein durchschnittlicher Krankenpflegekostenbetrag (ohne Wochenbett- und Verwaltungskosten) von ungefähr Fr. 32. — pro Jahr als Richtlinie bei den Kostenberechnungen für ein eventuelles Obligatorium wird angenommen werden können.

Zu diesem Betrag käme noch die Spezialbelastung, die durch Mitversicherung des **Wochenbetts** entstehen würde. Anhalte hierfür bilden die Kassen-Erfahrungen des Jahres 1924, die auf Seite 34 dieser Arbeit ausgewiesen sind. Die Netto-Kosten, die den stadtbernischen Kassen aus der Wochenbettversicherung erwachsen, werden dort (nach Abzug der Bundesbeiträge) mit durchschnittlich Fr. 50. — bis Fr. 55. — pro Wöchnerin angegeben, wobei allerdings auch größtenteils Krankengelder für die Zeit des Wochenbetts inbegriffen sind, so daß die Pflegekosten an und für sich wesentlich geringer sein dürften.

Es ist anzunehmen, daß von den 1600 Geburten, die die Stadt Bern jährlich ungefähr aufweist, rund 1100 auf obligatorisch versicherte Frauen entfallen würden; auf die zirka 70 000 Versicherten verteilt, ergibt dies 0,016 Wochenbette pro Versicherten. Als Belastung durch die Wochenbettversicherung ergäben sich pro Versicherten demnach 80—88 Rappen im Jahr.

Von der öffentlichen Krankenkasse des Kantons Basel-Stadt wurden in den letzten 4 Jahren für Geburtshilfe ausgegeben:

1921	72 Rappen pro Mitglied
1922	67 „ „ „
1923	62 „ „ „
1924	65 „ „ „

Wird für Geburtshilfe ein Betrag von Fr. 1. — pro Mitglied und Jahr in Rechnung gestellt, so dürfte die Deckung reichlich sein.

Was die **Verwaltungskosten** betrifft, so betragen diese bei der baslerischen öffentlichen Kasse:

1921	Fr. 2. 02
1922	„ 2. 19
1923	„ 2. 22
1924	„ 2. 32 pro Mitglied und Jahr.

Die Direktion der sozialen Fürsorge rechnet in ihrem Bericht mit Fr. 4. —, bezeichnet den Betrag selbst gleichzeitig allerdings als reichlich. Setzt man Fr. 3. — pro Mitglied und Jahr ein, so ergibt sich folgender ungefähre **Gesamtbetrag für die Durchschnittskosten pro Versicherten bei Einführung des Obligatoriums in der Stadt Bern:**

Krankenpflege (Arzt, Arznei, Spital)	Fr. 32. —
Wochenbett (abzüglich Bundesbeitrag)	„ 1. —
Verwaltungskosten	„ 3. —
Pro Mitglied und Jahr: Total	<u>Fr. 36. —</u>

Dieser Durchschnittsbetrag wird sich bedeutend verändern können, je nachdem wie die zur Anwendung gelangenden Tarife der Ärzte und Apotheker ausfallen. Die Direktion der sozialen Fürsorge rechnete in ihrem Bericht mit einem Durchschnittskostenbetrag von *Fr. 36. —*, die Finanzdirektion mit einem solchen von *Fr. 43. —* pro Mitglied und Jahr. Sehr fraglich ist auch die Höhe der Belastung zufolge der Kinderversicherung, da hier neben der Tarifffrage auch die Wahl des Versicherungssystems (Beteiligung des Mitgliedes an den Kosten) von großem Einfluß ist. In Genf wurde für die obligatorische Schülerversicherung im Jahre 1925 (Arzt, Medikamente und Spitalkosten) pro versicherten Schüler ein Betrag von *Fr. 27. —* ausgegeben. **Zuverlässige Kostenberechnungen und damit auch Berechnungen über Mitgliederbeiträge und die finanzielle Belastung der Gemeinde anzustellen, wäre überhaupt erst möglich bei Bekanntsein der Arzt-, Apotheker- und Spital-Tarife für die obligatorisch Versicherten, da alle derartigen Berechnungen mit diesen Tarifen stehen und fallen.** Auf ein weiteres Moment der Unsicherheit in diesen Kostenberechnungen, nämlich die Frage der Überarznung, wird in einem besonderen Abschnitt aufmerksam zu machen sein. Die Belastung pro Mitglied und Jahr ist zweifellos für Männer, Frauen und Kinder verschieden. Wie vorstehend gezeigt wurde (Seite 29), ist die durchschnittliche Krankheitsdauer bei den Frauen, auch ohne Berücksichtigung des Wochenbetts erheblich größer als bei den Männern. Wenn von vorneherein der reinen Krankenpflegeversicherung gegenüber der Krankengeldversicherung der Vorzug gegeben wird, so spielt die Frage der Krankheitsdauer allerdings nur eine untergeordnete Rolle. Die Zahl der Krankentage ist vor allem wichtig zur Beurteilung der zu erwartenden Krankengeldleistungen, da das Krankengeld stets pro Krankentag berechnet wird. Immerhin ist auch für die Krankenpflegekassen die Tatsache von einiger Bedeutung, *daß die Frauen das größte, die Kinder das kleinste und die Männer ein mittleres Krankheitsrisiko darstellen.* Nach Art. 6 des K. U. V. G. sind die anerkannten Kassen gehalten, beide Geschlechter hinsichtlich der Mitgliederbeiträge gleichzustellen. Sind die statutarischen Leistungen nach dem Geschlecht verschieden, so müssen die Mitgliederbeiträge entsprechend abgestuft sein. Dieser Bestimmung wird von den Kassen meist in der Weise Rechnung getragen, daß sie Männern und Frauen die gleichen Leistungen gewähren und dementsprechend auch die Mitgliederbeiträge für beide Geschlechter gleich hoch, einem mittleren Risiko entsprechend, festsetzen. Für Kinder dagegen werden meist kleinere Beiträge verlangt. Eine Lösung in dieser Richtung würde sich wohl auch für die Festsetzung der Mitgliederbeiträge bei allfälliger obligatorischer Krankenversicherung in der Stadt Bern aufdrängen.

4. Die finanzielle Belastung der Gemeinde.

Diesen allgemeinen Bemerkungen über das Krankenkassenobligatorium hinsichtlich der Versicherungspflicht, der Zahl der obligatorisch Versicherten, der Versicherungskosten, sowie der Kassenleistungen hat sich nun die Untersuchung der finanziellen Belastung der Gemeinde bei einer eventuellen Einführung des Obligatoriums anzuschließen. Die Höhe dieser Belastung wird hauptsächlich bedingt sein durch das Beteiligungssystem, das gewählt werden würde, und für diese Wahl selbst wird letztendlich die Finanzlage der Gemeinde ausschlaggebend sein müssen. Das letzte Wort fällt dabei nicht der Behörde oder gar dem Statistiker zu, sondern dem stimmfähigen Bürger. Bei der Kompliziertheit des Gegenstandes ist es aber doch Pflicht der zuständigen Behörden, sich die finanziellen Auswirkungen klar vor Augen zu halten und nicht ein Projekt dem Bürger zur Abstimmung zu unterbreiten, das gut gemeint sein mag und auch des Beifalls weiter Kreise sicher sein würde, das aber nicht erfüllt werden kann, weil unter anderm die Voraussetzungen dazu, die notwendigen Mittel, in Bern nicht da sind.

Als Beteiligungssysteme könnten bei einer eventuellen Einführung des Krankenkassen-Obligatoriums in der Gemeinde Bern etwa in Betracht kommen:

1. Übernahme der nicht erhältlichen Prämien durch die Gemeinde.
2. Übernahme der Beiträge der Unbemittelten und zum Teil auch der Minderbemittelten nach fester Skala.
3. Fester Beitrag pro Kassenmitglied, eventuell mit einer Höchstgrenze der zu leistenden Gesamtsumme.

Das erste System ist unter anderm in der Gemeinde Olten eingeführt, das zweite im Kanton Basel-Stadt und das dritte bildet zurzeit Gegenstand einer aargauischen, kantonalen Regierungsvorlage.

a) *Das Oltener System*: Bloße Übernahme der unerhältlichen Beiträge.

Dieses System, das die Beteiligung der Gemeinde lediglich auf die im kantonalen Gesetz vorgeschriebenen Mindestleistungen beschränkt, wird von der Direktion der sozialen Fürsorge in ihrem bereits genannten Bericht auf Grund ihrer praktischen Erfahrungen in Vorschlag gebracht. Nach Ansicht der Fürsorgedirektion würde die Zahl der nicht erhältlichen Beiträge ungefähr 7000—8000 Fälle betreffen. Die Direktion der sozialen Fürsorge redet diesem System das Wort mit der folgenden, wohl richtigen Begründung:

„Der Hauptzweck der obligatorischen Krankenversicherung ist schließlich der, daß jene Bevölkerungskreise, für welche die Versicherung eine soziale Notwendigkeit ist, sich gegen Krankheit versichern lassen müssen, und nicht der, daß die Krankenversicherung hauptsächlich zu Lasten der Gemeinde erfolge.“

Wenn die Gemeinde Bern sich für Einführung des Oltener-Obligatoriums-Systems entschließen sollte, und also nur die unerhältlichen

Beiträge übernehmen würde, so wäre nach den vorstehenden Berechnungen mit einer ungefähren Belastung von 8000 Fällen zu je 36 Franken d. h. total Fr. 288 000. — zu rechnen. Davon kämen die Bundes- und Kantonsbeiträge, die die Fürsorgedirektion mit Fr. 178 000. — berechnet, in Abzug, so daß die wirkliche Belastung für die Gemeinde rund Fr. 110 000 ausmachen würde. Die Direktion der sozialen Fürsorge betont in ihrem Bericht, der dieses System befürwortet, daß die obligatorische Krankenversicherung im besprochenen Rahmen außerdem eine Ersparnis im Armenbudget von rund Fr. 60 000. — mit sich brächte, so daß die Nettokosten für die Gemeinde also noch ungefähr Fr. 50 000. — betragen würden. Ob diese Ersparnis wirklich gemacht werden könnte, ist fraglich; dort, wo das Obligatorium eingeführt worden ist, ist eine solche Ersparnis jedenfalls nicht zahlenmäßig nachweisbar eingetreten (Vergl. S. 110). Als Belastung für die Gemeinde nach Oltener-System ist daher vorsichtshalber mit rund Fr. 100 000. — zu rechnen.

Gegen das Oltener-System kann vielleicht eingewendet werden, daß durch die bloße Übernahme der unerhältlichen Beiträge ein gewisses, unerfreuliches Mißtrauen zwischen Behörden und Versicherten geschaffen würde und daß die Zahlungsfähigkeit nicht leicht festzustellen sei. In allen Fällen, wo nicht dauernde, sondern vorübergehende Zahlungsunfähigkeit in Frage kommt, müßte nach den Gründen und dem Tatbestand geforscht werden, wenn nicht böswilliger Nichtbezahlung Tür und Tor geöffnet werden wollte. Ermessens-Entscheide, die Mißstimmung bei den Versicherten mit sich bringen könnten, wären nicht zu umgehen. Auch wird diesem System nachgeredet, es schlosse gewisse Willkürlichkeiten in sich, indem es leicht dazu führe, daß sich die einen die Beiträge zahlen ließen, andere aber, die etwas mehr Schamgefühl hätten, aber gleich bedürftig oder noch schlechter gestellt wären, die Beiträge selbst aufbrächten. Andererseits ist zu sagen, daß die Berichte, die über die Erfahrungen mit diesem System in Olten gemacht worden sind, günstig lauten. Die nicht erhältlichen Beiträge machten dort in den letzten Jahren folgende Summe aus, bei durchschnittlich ungefähr 4500 Versicherten:

1920	1921	1922	1923	1924	1925	Durchschnitt
Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
169	287	445	610	666	394	427

Zu diesen Zahlen ist allerdings zu bemerken, daß die Gemeinde Olten bei der Einforderung der Beiträge vor der Betreibung nicht zurückschreckt. Es muß aber gleichzeitig auch gesagt werden, daß die Zahl der notwendigen Beteiligungen eine verhältnismäßig sehr kleine ist, so daß dieses System vielleicht nur auf den ersten Blick etwas unsozial scheint, ohne es in Wirklichkeit zu sein.

Auch in Olten erschöpfen sich übrigens die Gemeindeleistungen nicht mit dieser Übernahme unerhältlicher Beiträge. Die Stadtgemeinde steuert nämlich der *Kinderversicherung* noch speziell bei durch Übernahme eines festen Prämienzuschusses von Fr. 2. — pro versichertes Kind. Obligatorisch versichert sind in Olten alle Kinder, deren Eltern ein Ein-

kommen von weniger als 5000 Franken haben, während für Erwachsene die Versicherungspflicht nur bis zu einem Einkommen von 3000 Franken geht.

b) *Das Basler System*: Übernahme eines Teils der Beiträge durch die Gemeinde, je nach der Einkommenshöhe des Versicherten.

Die städtische Finanzdirektion redet in ihrem Bericht einer Obligatoriumsregelung im Sinne des Basler-Systems das Wort. Sie ist der Auffassung, daß die Gemeinde die Beiträge für die Unbemittelten und zum Teil auch jene der Minderbemittelten nach fester Skala übernehmen sollte. Hier wäre die Belastung der Gemeinde hauptsächlich abhängig von der Art und Weise der Umschreibung und Abgrenzung des Begriffes „minderbemittelt“. Es wären gewisse Einkommensgrenzen festzusetzen, bis zu welchen die Gemeinde die ganze oder einen Teil der Jahresprämie fest übernehmen würde. (Diese Grenzen sind nicht zu verwechseln mit den Einkommensgrenzen, die für die Versicherungspflicht aufzustellen wären.) In Basel übernimmt der Kanton die Beiträge je nach den Einkommensverhältnissen der Versicherten wie folgt:

Der Staat übernimmt	bei Familien- einkommen von Fr.	bei Einzelpersonen mit Einkommen von Fr.
$\frac{3}{3}$ des Beitrages	unter 2500	unter 1800
$\frac{2}{3}$ „ „	2500—3500	1800—2200
$\frac{1}{3}$ „ „	3500—4500	2200—3000

Diese Grenzen werden bei Familien für jedes Kind um 500 Franken erhöht, so daß z. B. für eine Familie mit 3 Kindern bei einem Einkommen bis Fr. 4000. — die Prämien ganz, bis Fr. 5000. — zu $\frac{2}{3}$ und bis Fr. 6000. — zu $\frac{1}{3}$ vom Staat übernommen werden. Ein ähnliches System sieht auch der zurzeit vorliegende Obligatoriums-Entwurf der Stadt Zürich vor. Ginge man von ähnlichen Sätzen auch für Bern aus, so würde die Zahl der Versicherten, die Anspruch auf $\frac{1}{3}$, bzw. $\frac{2}{3}$ oder den ganzen Beitrag erheben könnten, nach den Berechnungen der Finanzdirektion je rund 10 000 betragen, d. h. die Gemeinde hätte im ganzen für rund 30 000 Beiträge ganz oder teilweise aufzukommen. Dies brächte für die Gemeinde unter Berücksichtigung der Bundes- und Staatsbeiträge eine Belastung von Fr. 500 000—600 000 pro Jahr, unter der Annahme, daß die Durchschnittskosten pro Mitglied Fr. 43. — betragen würden. Bei der vorstehenden Arbeit zugrundeliegenden Annahme eines Durchschnittskostenansatzes von Fr. 36. — wäre die Belastung für die Gemeinde nach dem Basler-System noch mit Fr. 400 000—500 000 zu veranschlagen. Wie kostspielig dieses Versicherungssystem ist, zeigen deutlich die Zahlen der Staatsausgaben für die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt. An Prämien für Unbemittelte und weniger Bemittelte mußte der Kanton Basel-Stadt im Jahre 1924 Fr. 962 300. — bezahlen. An Vergütung für unbezahlte Prämien leistete er Fr. 28 295. —. Dazu kamen noch die Subventionen an die Verwaltungskosten im Betrage von Fr. 50 000. —. Die Gesamtausgaben des Staates für die Krankenkasse betragen für das Jahr 1924 Fr. 1 040 595. —. Das macht Fr. 7. — pro Einwohner aus.

Im Kanton Basel-Stadt ist seit 1885 auch die unentgeltliche Beerdigung eingeführt. Der Staat trägt ferner die Kosten für Desinfektionen, sowie für bakteriologische und histologische Untersuchungen in jedem Fall und ohne Rücksicht auf die ökonomische Lage des Kranken; endlich ist in diesem Kanton zufolge der Krankenversicherung auch die Geburtshilfe unentgeltlich. So konnte Dr. Huber, Sekretär des Sanitätsdepartements, in einem Bericht über die obligatorische Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt¹⁾ mit Recht betonen: „Man darf ohne Übertreibung sagen, daß man bei uns auf die Welt kommen, die Gesundheit pflegen und sterben kann, ohne einen Rappen auszugeben.“

So ideal sich das Basler-System auf dem Papier ausnimmt, so kostspielig ist es, und man wird sich hauptsächlich von diesem Gesichtspunkte aus ernstlich fragen müssen, ob es für die Stadt Bern überhaupt in Betracht fallen könnte oder ob hier, wenn die Krankenversicherung ausgebaut werden soll, nicht ein anderes Vorgehen zu wählen sei.

c) *Das Aargauer-System*: Fester Beitrag der Gemeinde pro Versicherten.

An Stelle der erwähnten zwei Möglichkeiten könnte noch eine dritte in Frage kommen, die Gewährung eines bestimmten Beitrags pro Kassemitglied, eventuell mit einer Begrenzung des Gesamtbetrages nach oben. Dieses starre Subventionssystem ist erst kürzlich von den aargauischen Behörden gewählt worden, in welchem Kanton demnächst eine Regierungsvorlage betreffend Einführung des Krankenkassen-Obligatoriums für die unselbständig Erwerbenden zur Volksabstimmung gelangen wird. Als versicherungspflichtige Einkommensgrenze sieht die aargauische Gesetzesvorlage Fr. 2800. — vor, als Staatsbeitrag Fr. 2. — pro Mitglied und Fr. 25. — pro Wochenbett.

Dieses dritte System, die Leistung eines bestimmten Betrages pro Mitglied, wird bekanntlich auch für die Ausrichtung der Bundessubventionen angewendet. Die finanzielle Auswirkung des Systems ist lediglich abhängig von der Höhe dieses Kopfbeitrages. Auch bei dieser Beitragsregelung hat die Gemeinde im Falle der Einführung des Obligatoriums wie bei jedem andern Beteiligungssystem neben den dadurch verursachten festen Leistungen noch für die unerhältlichen Beiträge aufzukommen. Wird angenommen, für die Stadt Bern würde ein dem aargauischen analoges System mit den gleichen Beitrags-Ansätzen gewählt, so würde sich bei einer Zahl von 65 000—70 000 Versicherten folgende Gesamtbelastung der Gemeinde ergeben: Belastung durch die 8000 Mitglieder, für welche die Beiträge überhaupt nicht erhältlich sind, nach vorstehenden Ausführungen (S. 99) rund Fr. 100 000. —; für die übrigen rund 60 000 Mitglieder je Fr. 2. — Beitrag der Gemeinde = Fr. 120. 000—; für rund 1100 Wochenbette je Fr. 25. — = Fr. 27 500. —. Totalbetrag demnach Fr. 247 500. —.

Ob eines und welches der drei Systeme für Bern zu wählen wäre, ist wohl in erster Linie eine Finanz-, dann aber auch eine soziale und versicherungswirtschaftliche Frage.

¹⁾ Dr. Huber: L'assurance-maladie dans le canton de Bâle-Ville. Basel 1926 (Manuskript).

5. Öffentliche Kasse oder Vertragskasse.

Würde das Krankenversicherungsobligatorium eingeführt, so müßte die Gemeinde den obligatorisch Versicherten auch Gelegenheit zur Versicherung bieten. Dies könnte sie, indem sie entweder diese Leute bestehenden Kassen zuweisen würde, mit denen diesbezügliche Verträge abzuschließen wären, oder aber sie könnte eine öffentliche Kasse errichten und die Personen, die nicht bei einer andern Kasse versichert sind, in diese aufnehmen.

In kleineren Gemeinden, die das Obligatorium eingeführt haben, wurden öfters Verträge mit bestehenden Kassen abgeschlossen, während größere Städte wie Basel, Luzern, Olten und Genf (Kinderversicherung) öffentliche Kassen errichteten. In der Stadt Zürich¹⁾ steht gegenwärtig ein Obligatoriums-Entwurf vor einer Fachkommission zur Beratung, der die Versicherung bei den bestehenden privaten Kassen vorsieht. Die vorhandenen Kassen sollen sich zu diesem Zweck zu einem Verband zusammenschließen. Die Gemeinde soll mit allen Verbandskassen einen gleichlautenden Vertrag vereinbaren. Dieser Vertrag, der im Entwurf vorliegt, sieht vor, daß die Stadtgemeinde für die unbemittelten und minderbemittelten Versicherten die Beiträge teilweise übernimmt. Von einer Übernahme der ganzen Beiträge soll womöglich Umgang genommen werden, vom Standpunkt ausgehend, daß jeder Versicherte mindestens einen kleinen Teil der Prämien bezahlen soll. Nach den ersten Vorschlägen des Vorstehers des Gesundheitswesens der Stadt Zürich soll ein Beteiligungssystem gewählt werden, das die Stadt mit Beiträgen in der Höhe von 1 bis 2 Millionen Franken belasten würde. Die Stadt übernehme nach dem vorliegenden Vertragsentwurf überdies die Hälfte der Kosten, die den Kassen aus der Versicherung der Obligatoriumspflichtigen erwächst und garantiert ihnen die Deckung allfälliger Defizite während drei Jahren. Vorgesehen ist ein städtisches Kontrollamt, das die Erfüllung der Versicherungspflicht und die Durchführung des Obligatoriums zu überwachen hätte.

Der Zürcher Vorschlag sieht ein Obligatoriums-System mit weitgehender Dezentralisation vor, angeblich, damit die Kassen sich gegenseitig möglichst konkurrenzieren können. Mit diesem Vorteil müssen aber auch einige Nachteile in Kauf genommen werden. Zunächst bedingt diese Verzweigung des Betriebs die Errichtung des genannten Kontrollamts. Es ist aber nicht abzusehen, ob nicht diese Amtsstelle einen mächtigen Beamtenapparat erfordern wird. So sieht der betreffende Entwurf z. B. vor, daß dem Kontrollamt von den Kassen alle Ein- und Austritte obligatorisch Versicherter gemeldet werden sollen und daß das Amt die Kassenführung auf die Wirtschaftlichkeit hin prüfen soll. Einige Zahlen der öffentlichen Kasse des Kantons Basel-Stadt können illustrieren, was dies ungefähr für eine Arbeit bedeuten würde: Die Basler Kasse hat jährlich mit rund 30 000 Ein- und Austritten zu rechnen, 150 000 Zahlungen zu besorgen und eine beinahe unübersehbare Korrespondenz

¹⁾ Nach schriftlichen Mitteilungen des Gesundheitsvorstands der Stadt Zürich.

zu erledigen in bezug auf Mahnungen, Wünsche der Mitglieder usw. Ein Großteil dieser Arbeit müßte im Falle der in Zürich vorgesehenen Dezentralisierung sowohl von den Kassen, als auch überdies vom Kontrollamt, also doppelspurig besorgt werden; in Zürich dürfte allein eine Zahl von 50 000 Mutationen jährlich zu kontrollieren sein. Auch die genannten Mahnungen, Wünsche usw. würden jedenfalls nicht ausbleiben und meistens *beide* Instanzen, die Kassen und das Kontrollamt, beschäftigen. Das geplante Kontrollamt wird, wenn es seinen Aufgaben gerecht werden soll, einen Aufwand erfordern, der wohl jenem einer öffentlichen Kasse nicht weit nachsteht. Man wird sich fragen müssen, ob die Übergabe des Kassengeschäfts in private Hände der Gemeinde irgendwelche Vorteile bringen kann; die weitgehenden Garantien, die in einem solchen Falle die Gemeinde übernehmen muß, erlauben jedenfalls nicht eine unbedingte Bejahung dieser Frage.

Für Bern wäre das System der Übergabe des Geschäfts an Vertragskassen unter anderm auch deshalb nicht empfehlenswert, weil es sehr fraglich ist, ob überhaupt eine oder mehrere Kassen auf dem Platze Bern bereit wären, den ausgedehnten Versicherungsbetrieb, den das Obligatorium mit sich bringen würde, zu übernehmen. Diese und andere Bedenken lassen es daher als zweckmäßig erscheinen, falls in Bern das Obligatorium eingeführt werden sollte, eher die Errichtung einer öffentlichen Kasse ins Auge zu fassen.

Die gemeinderätlichen Berichte erachten für den Fall der Einführung des Obligatoriums ebenfalls die Errichtung einer öffentlichen Kasse als die zweckmäßigste Lösung. Sie lassen dabei die Möglichkeit offen, daß die Kasse nicht nur die obligatorisch Versicherten aufnehmen sollte. Diese stellen nämlich die schlechtesten Risiken dar, indem sich unter ihnen alle jene Leute befänden, denen die Aufnahme in einer andern Kasse wegen Gebrechen usw. verweigert würde. Dem könnte nach Ansicht dieser Berichte dadurch entgegengewirkt werden, daß die Kasse auch freiwillige Versicherungen, vielleicht auch Krankengeldversicherungen, abschließen würde. Es ist zu erwarten, daß namentlich die Ärzteschaft sich gegen eine Erweiterung des Versichertenkreises wehren und jedenfalls höhere Tarife verlangen würde, wenn man neben den obligatorisch Versicherten auch weitem Bevölkerungskreisen den Eintritt in die öffentliche Kasse freistellte. Die öffentliche Kasse würde, wenigstens soweit sie die obligatorische Versicherung betrifft, zweckmäßig eine reine Krankenpflegekasse sein. Dies hätte unter anderm den Vorteil, daß die bestehenden Kassen dadurch keine erhebliche Mitglieder-Abwanderung zu befürchten brauchten. Es ist vielmehr anzunehmen, daß in diesem Falle eine ganze Anzahl von Mitgliedern der öffentlichen Kasse, nachdem sie den Wert der Krankenversicherung erkannt, sich bei der oder jener privaten Kasse auch noch für Krankengeld versichern lassen würde. Auch darf wohl angenommen werden, daß private Krankengeldkassen Rückversicherungsverträge für Krankenpflege obligatorisch Versicherter mit der öffentlichen Kasse abschließen, da die Pflegeversicherung, wie gesehen, gegenwärtig in der Stadt Bern noch sehr mangelhaft ausgebildet ist.

Die Frage, ob sich die öffentliche Kasse auch mit Krankengeldversicherung abzugeben hätte, wird reiflich überlegt werden müssen. Wird nämlich die freiwillige Krankengeldversicherung betrieben, so ist sowohl während den Verhandlungen über die Einführung des Obligatoriums, als auch später mit dem Widerstand der konkurrenzierenden, privaten Krankenkassen zu rechnen. Diese Kassen stellen aber hauptsächlich auch abstim-mungs-politisch eine nicht zu unterschätzende Macht dar, wie seinerzeit die Abstimmung über das Forrer'sche Gesetz betreffend Krankenversicherung (siehe S. 11) auf eidgenössischem Boden deutlich bewies.

Nach dem Gesagten scheint die zweckmäßigste Lösung darin zu liegen, *daß von der Gemeinde*, falls die Einführung des Obligatoriums beschlossen werden sollte, *eine öffentliche Krankenkasse im Sinne einer reinen Krankenpflegekasse errichtet wird.*

Nach Art. 6 des kantonalen Gesetzes betreffend die obligatorische Krankenversicherung (S. 14) steht es jeder unter das Obligatorium fallenden Person frei, entweder der öffentlichen oder einer andern, nach Bundesgesetz anerkannten Krankenkasse beizutreten. Falls die Mitgliedschaftsbedingungen der öffentlichen Krankenkasse nicht wesentlich günstiger sind als jene der privaten Kassen, würden die obligatorisch zu Versichernden, die schon einer Krankenkasse angehören, kaum in großer Zahl zur öffentlichen Kasse übertreten. Art. 6 des kantonalen Gesetzes lautet:

„Der Versicherungspflicht wird Genüge geleistet durch die Mitgliedschaft bei einer anerkannten Krankenkasse, welche die in Art. 5 vorgesehenen Leistungen gewährt.“

Diese Leistungen bestehen in Vergütung der Krankenpflegekosten *oder* einem Krankengeld von mindestens Fr. 1. —, d. h. es sind die Leistungen, die überhaupt als Bedingung zur Anerkennung durch den Bundesrat gestellt werden. Für *alle* in anerkannten Kassen bereits Versicherten ist also nach dem kantonalen Gesetz die Versicherungspflicht erfüllt. Es könnten daher keine Mitglieder anerkannter Krankenkassen zum Eintritt in die öffentliche Kasse gezwungen werden. Ebenso bliebe es jedem Versicherungspflichtigen, der bis dahin noch keiner Kasse angehörte freigestellt, der öffentlichen oder einer andern anerkannten Kasse beizutreten.

Eine öffentliche Krankenkasse könnte ihre Mitgliederzahl dagegen auf andere Weise erhöhen, nämlich:

1. Für jene Versicherungsnehmer, die auf einen Gemeindebeitrag Anspruch erheben, könnte die Zugehörigkeit zur öffentlichen Krankenkasse zur Bedingung gemacht werden.

2. Außerdem könnte die öffentliche Krankenkasse als reine *Krankenpflegekasse* Leute versichern, die schon bei andern anerkannten Kassen für Krankengeld versichert sind, oder sie könnte direkt mit solchen Kassen Pauschalverträge betreffend Rückversicherung für Krankenpflege abschließen.

Nach Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung hat z. B. in Basel-Stadt eine Anzahl Kassen, die sich vorher ausschließlich mit der Krankengeldversicherung befaßten, Abteilungen für gemischte Versicherung eingerichtet und ihre gemischt versicherten Mitglieder für die Krankenpflegeversicherung bei der öffentlichen Krankenkasse rückversichert. Auf diese Lösung weist auch die Finanzdirektion in ihrem Bericht (a. a. O. S. 100) hin. Damit könnte der Aufgabenkreis der öffentlichen Krankenkasse erweitert und ihre soziale Bedeutung erhöht werden.

Um ein Bild über die voraussichtliche *Mitgliederzahl* einer öffentlichen Krankenkasse zu bekommen, wird man von der Zahl der heute bereits Versicherten ausgehen müssen. Ende 1924 waren in der Stadt Bern (abgesehen von den Mitgliedern der Pensions- und Hilfskasse der S. B. B.) im ganzen 24 387 Personen in 38 Kassen gegen Krankheit versichert. Von den 38 Kassen sind ihrer 33 mit zusammen 21 456 Versicherten vom Bundesrate anerkannte Kassen. Berücksichtigt man, daß dabei etwa 2500 doppelt versicherte Personen mitgerechnet sind (vergl. S. 26), so wird die effektive Zahl von Personen, die heute in der Stadt Bern in anerkannten Kassen versichert sind, mit rund 19 000 angenommen werden können. Unter der Annahme, daß das Verhältnis der Gesamtzahl der Kassenmitglieder zur Zahl der davon unter das Obligatorium fallenden Personen (X) dasselbe sei wie jenes der Gesamtbevölkerung zu der Gesamtzahl der Versicherungspflichtigen, so ergibt sich:

$$19\ 000 : X = 107\ 000 : 70\ 000$$

$$X = \frac{19\ 000 \times 70}{107} = 12\ 430 \text{ unter das Obligatorium}$$

Fallende, heute bereits Versicherte.

Damit ist jedenfalls eine *Minimalzahl* errechnet. Das Krankenkassenwesen hat bis dahin bei der minderbemittelten Bevölkerung mehr Fuß gefaßt als bei den Bessergestellten, so daß die Zahl der Personen, die bei den gemachten Voraussetzungen unter das Obligatorium fallen würden, unter den heute bereits Versicherten wohl einen größern Prozentsatz ausmacht als unter der Gesamtbevölkerung. Es ist anzunehmen, daß von den 70 000 Personen, die unter den gemachten Annahmen unter das Obligatorium fielen, für 14 000 bis 15 000 die Versicherungspflicht durch ihre Mitgliedschaft bei einer anerkannten Kasse bereits erfüllt ist. Nimmt man an, daß sich die übrigen, obligatorisch zu versichernden Personen bei der öffentlichen Krankenkasse für Krankenpflege versichern ließen, so kommt man auf eine ungefähre Zahl von 55 000 Mitgliedern für die öffentliche Krankenkasse. Zu diesen kämen noch eventuelle für Krankenpflege rückversicherte Mitglieder privater Kassen. Von den 21 000 stadtbernischen Krankenkassenmitgliedern sind, wie gesehen, zurzeit nur ungefähr 8500 (in 14 Kassen) für Krankenpflege versichert. Von den übrigen, nur für Krankengeld Versicherten, würde ein guter Teil wohl die Gelegenheit benützen, sich bei der öffentlichen Kasse gegen Pflege zu versichern, sei es privat, oder sei es durch Vertrag der Kassen untereinander.

Andererseits würden aber nicht alle, die der Versicherungspflicht unterliegen, der öffentlichen Kasse beitreten, sondern vielleicht die Mitgliedschaft einer privaten, anerkannten Kasse nachsuchen, deren Versicherungsbedingungen ihnen mehr zusagen. Es ist anzunehmen, daß die privaten Kassen im Falle der Einführung des Obligatoriums eine rege Tätigkeit entfaltetten, um neue Mitglieder zu werben. Das Ausmaß dieses Zuzugs bzw. dieser Abwanderung von Mitgliedern der öffentlichen Kasse läßt sich zum voraus in keiner Weise zuverlässig bestimmen. Immerhin wird angenommen werden dürfen, **daß die öffentliche Krankenkasse bei der vorgesehenen Abgrenzung der Versicherungspflicht (5000 Franken für Familien und 3000 Franken für Einzelpersonen) mit 50 000—60 000 Mitgliedern zu rechnen hätte.**

6. Vor- und Nachteile des Obligatoriums.

a) Obligatorium und Gesundheitszustand der Bevölkerung.

In den vorstehenden Kapiteln wurde versucht, an Hand der zur Verfügung stehenden statistischen Daten, sowie der Erfahrungen, die mit dem Krankenversicherungsobligatorium anderwärts gemacht worden sind, ein Bild darüber zu gewinnen, wie sich die Verwirklichung desselben in der Stadt Bern zahlenmäßig ausnehmen würde, und was für Folgen, vor allem in finanzieller Hinsicht, dabei zu gewärtigen wären. Es bleiben nun noch einige mehr allgemeine Gesichtspunkte zu erörtern, die das Studium der Obligatoriums-Frage zeitigt.

Die Befürworter des Obligatoriums betonen vor allem die soziale und gesundheitliche Seite des Problems, indem sie geltend machen, daß richtige Gesundheitspflege in der Hauptsache eine *Geldfrage* sei, nicht nur seitens des Kranken, sondern auch seitens des Arztes. Diese könne nur durch das Obligatorium, bzw. die Übernahme der Beiträge für die wirtschaftlich Schwachen durch den Staat oder die Gemeinde beseitigt werden. Dadurch werde ein Verhältnis zwischen Arzt und Bevölkerung geschaffen, das erste und einzige Voraussetzung sei für einen richtigen Gesundheitsschutz der Bevölkerung.

Tatsache ist wohl, daß viele minderbemittelte Familien, die in gesunden Tagen ihren Lebensunterhalt aus eigener Kraft bestreiten können, in schwere Not geraten, wenn ihr Budget durch Krankheiten aus dem Gleichgewicht gebracht wird. Mancher solchen Familie wäre es möglich, die verhältnismäßig kleinen Versicherungsbeiträge ganz oder doch teilweise aufzubringen und so vorzusorgen; wenn dann im Krankheitsfall Arzt- und Krankenpflege unentgeltlich wären, so bedeutete dies für sie eine wesentliche Erleichterung. Wohl stehen jedermann ja heute schon Krankenkassen zur Verfügung. Die Obligatoriums-freunde betonen aber, man müsse die Leute *zwingen*, ihr Scherflein für zukünftige Krankheiten auf die Seite zu legen, sonst geschehe dies eben nicht. Zu bemerken sei auch, daß die bestehenden Kassen alle die Beitrittsmöglichkeit vom Gesundheitszustand beim Eintritt abhängig machen. Beim Obligatorium falle ein solcher Ausschluß der

weniger Gesunden größtenteils weg. Gerade diese Leute aber, bei denen häufiger Krankheiten auftreten, seien in der Regel nicht in der Lage, aus eigenen Mitteln vorzusorgen. Diesen sollten die Gesunden mit ihren Beiträgen an der Tragung der Lasten mithelfen. Einer der eifrigsten Befürworter der obligatorischen Krankenversicherung, Dr. E. Blatter, faßt diese Gesichtspunkte in der schweizerischen Krankenkassenzeitung (1922, Seite 86) in folgenden Worten zusammen:

„Die allgemeine Volkswohlfahrt und die soziale Gerechtigkeit aus Gründen größtmöglicher Bewahrung vor materieller Not und Verminderung der Armenlasten verlangen hier gebieterisch, daß diese Leute dazu verhalten werden können, selbst für später vorzusorgen, und zwar zu einer Zeit, da ihnen ihre Arbeitskraft erlaubt, einen verschwindend kleinen Bruchteil ihres Einkommens zu Versicherungszwecken zu verwenden. Nur das Obligatorium schafft diese Möglichkeit und vermag auf breiter Basis die allgemeine Volksversicherung zu errichten, wie sie zum allgemeinen Volkswohl, im wohlverstandenen Eigeninteresse des Staates, aber auch des gezwungenen Versicherten selbst notwendig ist.“

Neben diesen sozialen Momenten wird von den Freunden des Obligatoriums auch speziell die Hebung der allgemeinen Volksgesundheit durch Einführung der Versicherungspflicht betont. Der obligatorisch Versicherte begeben sich, wenn ihm etwas fehle, rascher in ärztliche Behandlung, wenn er die Kosten hierfür nicht noch besonders bezahlen müsse. Dadurch könne manche Krankheit im Anfangsstadium bekämpft werden, die bei langem Zuwarten viel schlimmere Folgen hätte.

Krankenversicherung und Gesundheitszustand. Ärzte und Statistiker sind darüber einig, daß es wohl keinen zuverlässigen Maßstab gibt, den Volksgesundheitszustand zu messen und vor allem den Einfluß der Krankenversicherung auf diesen. Als Kriterium kommen etwa in Frage die Zahlen der Mortalitäts- und der Morbiditätsstatistik. In der Schweiz besitzen wir nur eine brauchbare Mortalitätsstatistik, eine Statistik über den Gesundheitszustand dagegen leider nicht. Was in letzterer Hinsicht in einzelnen Kantonen oder Städten vorhanden ist, — Bern nicht ausgenommen — ist höchst lückenhaft und zu ernsthaften medizinisch-volkswirtschaftlichen Untersuchungen unbrauchbar.

Wie ist im Kanton Basel-Stadt, in welchem Kantone seit einem Jahrzehnt die obligatorische Krankenversicherung eingeführt ist und wo 80 % der Einwohner gegen Krankheit versichert sind, in dieser Zeit die allgemeine Sterblichkeit im Vergleich zu der Schweiz und zu andern größeren Gemeinden verlaufen? Hierüber geben die folgenden Zahlen Aufschluß:

Gesamtsterblichkeit auf 1000 Einwohner
Städte

	Schweiz	Zürich	Basel	Genf	Bern
1901—1910	16,7	13,7	13,6	16,3	15,3
1911—1920	14,6	11,3	11,8	14,4	12,6
1921	12,7	10,1	10,9	12,1	10,2
1922	12,9	10,6	11,2	12,0	11,4
1923	11,8	9,5	10,0	11,7	10,7
1924	12,5	10,4	10,8	12,4	10,4
1925	12,2	10,2	10,3	12,8	9,8
1901—1910 = 100					
1911—1920	87,4	82,5	86,8	88,3	82,3
1921	76,0	73,7	80,1	74,2	66,7
1922	77,2	77,4	82,4	73,6	74,5
1923	70,7	69,3	73,5	71,8	69,9
1924	74,8	75,9	79,4	76,1	68,0
1925	73,0	74,4	75,7	78,5	64,1

In Basel, wo die obligatorische Krankenversicherung eingeführt ist, sind die Sterblichkeitsverhältnisse demnach nicht günstiger als z. B. in Zürich und Bern. Der Rückgang der Sterblichkeit gegenüber 1901—1910 ist in Basel sogar geringer als in den andern Vergleichsstädten, außer Genf.

Auch die anschließende Übersicht über die *Tuberkulose-Sterblichkeit* zeigt, daß in Basel die Tuberkulose nicht weniger Todesopfer forderte als in den übrigen Schweizerstädten.

Die Tuberkulose-Sterblichkeit auf 10 000 Einwohner pro Jahr

	Schweiz	Zürich	Basel	Genf	Bern	St. Gallen	Lausanne
1901—1910 ...	25,0	24,9	23,8	37,6	31,7	28,2	28,3
1911—1915 ...	20,7	18,2	19,4	27,2	24,3	22,0	23,2
1916—1920 ...	20,2	17,0	19,7	27,2	21,9	19,1	23,1
1921—1924 ...	15,6	13,6	15,6	20,5	16,4	13,3	19,4
1901—1910 = 100							
1911—1915 ...	82,8	73,1	81,5	72,3	76,0	78,0	82,0
1916—1920 ...	80,8	68,3	82,8	72,3	68,5	67,7	81,6
1921—1924 ...	62,4	54,6	65,5	54,5	51,7	47,2	68,6

Sowohl Zürich als auch Bern hatten in den letzten Jahren eine kleinere Tuberkulosesterblichkeit zu verzeichnen als Basel. Auch ist die Tuberkulosesterblichkeit in diesen Städten sowie auch in Genf und St. Gallen gegenüber jener der Jahre 1901—1910 rund auf die Hälfte gesunken, während sie in Basel, wo doch in der Zwischenzeit das Krankenversicherungsobligatorium eingeführt wurde, noch nahezu $\frac{2}{3}$ der Sterblichkeit von 1901—1910 beträgt.

Die *Säuglingssterblichkeit* ist in Basel seit der Jahrhundertwende ebenfalls nicht günstiger verlaufen als in den andern schweizerischen Großstädten.

	Im 1. Lebensjahr gestorbene auf je 100 Lebendgeborene			
	Zürich	Basel	Genf	Bern
1901—1910	12,0	12,2	10,6	10,9
1911—1920	7,6	7,0	7,9	7,3
1921	5,6	5,4	6,8	4,9
1922	5,9	6,6	5,8	5,2
1923	4,4	3,9	5,4	3,5
1924	4,7	4,9	5,0	4,6
1925	4,3	4,9	.	4,2

Die Sterblichkeits-Zahlen lassen also irgendwelche gesundheitliche Vorzugsstellung, die Basel durch Einführung des Krankenversicherungs-obligatoriums einnehmen könnte, nicht erkennen.

In baslerischen Berichten wurde auch etwa darauf hingewiesen, in Basel sei die *Grippe* zufolge der obligatorischen Versicherung weniger heftig aufgetreten als an andern Orten. *Grippe-Erkrankungszahlen* liegen für die Schweiz und für andere Gemeinden außer Basel und Bern leider nicht vor. Was sagen nun die Zahlen von Basel und Bern?

Die Grippe-Erkrankungen in Basel¹⁾ und Bern

(Juli 1918 bis Juni 1919)

	Basel	Bern (ohne Bümpliz)
1. <i>Absolute Zahlen:</i>		
Polizeilich gemeldete Grippe-Erkrankungen	36 691	23 137
Grippe-Todesfälle	772	684
Wohnbevölkerung am 31. Dezember 1918 .	137 730	100 770
2. <i>Auf je 1000 Einwohner:</i>		
Erkrankungen	266	230
Todesfälle	5,6	6,8
3. <i>Todesfälle auf je 1000 Erkrankungen</i>	21	30

In Basel wurden während der Grippe-Epidemie 1918/19 von je 1000 Einwohnern 266, in Bern 230 an Grippe erkrankt gemeldet, was daher kommen mag, daß sich in Basel, der obligatorischen Versicherung zufolge, auch leicht Erkrankte häufiger in ärztliche Pflege begaben als in Bern. Grippe-Todesfälle traten auf je 1000 Einwohner in Basel 5,6, in Bern 6,8 auf; Basel steht in dieser Richtung etwas günstiger da als Bern. Dagegen hat Zürich, wo doch das Obligatorium auch nicht besteht, eine geringere Grippe-Sterblichkeit zu verzeichnen als Basel:

Grippe-Todesfälle auf je 1000 Einwohner

	Jahr 1918	Juli 1918—Juni 1919
Schweiz	5,5	.
Stadt Basel	4,8	5,6
Stadt Bern	6,1	6,8
Stadt Zürich	4,3	4,8

Ein entscheidend günstiger Einfluß des Obligatoriums auf den Gesundheitszustand in Basel, läßt sich also auch aus den Zahlen der Grippe-Zeit nicht herauslesen.

¹⁾ Stat. Amt des Kanton Basel-Stadt: Die Bevölkerungsbewegung im Kanton Basel-Stadt, 1918, S. 78.

Der Rückgang der Sterblichkeit ist jedenfalls eine in Kulturländern allgemeine Erscheinung und als Ursache fallen zweifelsohne eine große Anzahl anderer und wesentlich bedeutungsvollerer Faktoren in Betracht, denen gegenüber die Versorgung mit ärztlicher Hilfe zufolge des Obligatoriums eine verhältnismäßig bescheidene Rolle spielt. Ohne an dieser Stelle auf dieses Problem weiter einzugehen, sei nur an die Fortschritte der ärztlichen Wissenschaft überhaupt erinnert. Ferner sei auf die Verbesserung der Wohnungskultur in Verbindung mit der Kanalisation und der Trinkwasserfürsorge, die Lebensmittelhygiene, die Auswirkungen der Schulgesundheitspflege usw. hingewiesen, um zu erkennen, daß der Rückgang der Sterblichkeit, bzw. die Hebung der Volksgesundheit schlechtweg, ganz andern Faktoren in erster Linie zuzumessen ist als den Krankenkassen, deren soziale Bedeutung natürlich mit diesen Feststellungen in keiner Weise angezweifelt werden soll. Mit ihnen sollte vielmehr nur dargetan werden, daß es angezeigt ist, die Bedeutung der obligatorischen Krankenversicherung in ihrer hygienischen Auswirkung nicht zu überschätzen, insbesondere überall da nicht, wo ähnliche Institutionen ihre Funktionen bereits mehr oder weniger erfüllen. Ein Gemeinwesen wird sich hüten müssen, die obligatorische Krankenversicherung unbesehen einzuführen, namentlich wenn es, wie Bern, über verhältnismäßig bescheidene Steuerquellen verfügt. Die Gefahr liegt nahe, daß durch die finanziellen Auswirkungen des Obligatoriums die soziale Tätigkeit der Gemeinde auf den meisten andern, mindestens ebenso wichtigen Gebieten, auf Jahre hinaus lahmgelegt würde.

Eine andere wohltätige Auswirkung, die der obligatorischen Krankenversicherung nachgerühmt wird, ist die, daß sie den Umfang und die Kosten der Armenpflege eindämme. Soweit Beobachtungsmaterial vorliegt, scheint dies aber nur bedingt richtig zu sein. Hiezu liefern die Ausgabennachweise der Staatsrechnungen des Kantons Basel-Stadt unzweideutige Belege:

Die Kosten der Armenpflege im Kt. Basel-Stadt
1910 und 1924

	1910	1924
Allgemeine Armenpflege	320 584	968 199
Bürgerliche Armenpflege	100 713	359 735
Bürgerliche Waisenanstalt	320 923	698 883
Total Armenausgaben	742 210	2 026 817
Wohnbevölkerung	134 670	142 060
Armenpflege pro Kopf: Absolut Fr.	5. 51	14. 27
1910 = 100	100,0	259

Wären die Armenausgaben, entsprechend den Lebenskosten, statt um 159 % nur um 70 % gestiegen, so hätte der Kanton Basel-Stadt im Jahre 1924 pro Kopf der Bevölkerung Fr. 9. 37 oder insgesamt Fr. 1 330 000 ausgeben müssen, d. h. rund Fr. 700 000 weniger, als tatsächlich ausgegeben worden sind. Von einem Rückgang der Armenausgaben, infolge Einführung des Krankenkassen-Obligatoriums kann im vorliegenden Falle jedenfalls nicht gesprochen werden. Interessant ist in diesem Zusammenhange auch folgender Vergleich: Die Leistungen des Staates an die all-

gemeine Armenpflege betragen im Kanton Basel-Stadt, im Vergleich zu den Ausgaben für dauernd Unterstützte in der Gemeinde Bern:

Ausgaben des Staates bezw. der Gemeinde	Basel		Bern	
	1910 Fr.	1924 Fr.	1910 Fr.	1924 Fr.
a) absolut	124 191. —	357 987. —	182 088. —	384 191. —
b) pro Kopf der Bevölkerung . . .	— . 92	2. 52	2. 16	3.66
c) Steigerung in % gegenüber 1910		174 %		69 %

Auch aus diesen Zahlen, die mit allem Vorbehalt in bezug auf Vergleichbarkeit genannt seien, läßt sich eine Vorzugsstellung Basels jedenfalls nicht herauslesen.

Es dürfte auch sehr fraglich sein, ob eine merkbare Rückwirkung der obligatorischen Krankenversicherung auf die Armenpflege etwa für eine spätere Zeit erwartet werden darf. In der ganzen Frage ist nicht außer acht zu lassen, daß eben der größere Teil der in der Armenpflege befindlichen Personen außerhalb des Rahmens eines Obligatoriums liegt, (Alte, Invalide und Schwerkranke, usw.). Der Armenpflege wird daher, worauf als einer der ersten der Frankfurter Statistiker H. Bleicher in seiner statistischen Beschreibung der Stadt Frankfurt¹⁾ hingewiesen hat, stets die Aufgabe zufallen, die bestehenden Lücken auszufüllen. Dem Rückgang der Armenausgaben sind, insbesondere im modernen Kulturstaate, gewisse natürliche Grenzen gezogen; diese Ausgaben würden auch mit der Einführung des Krankenkassen-Obligatoriums nicht so ohne weiteres stark zusammenschrumpfen.

b) Die Überarzngung und deren Bekämpfung.

Das Krankenversicherungsobligatorium birgt zweifellos, wie die Erfahrungen in den Gemeinden, wo es eingeführt wurde, zeigen, gewisse versicherungswirtschaftliche Gefahren in sich, die nicht unerwähnt gelassen werden dürfen, und die sich auch der eifrigste Verfechter des Obligatoriums-Gedankens vor Augen halten muß. Eine solche Gefahr ist vor allem jene der sog. „Überarzngung“, eine doppelte Gefahr: Einerseits haben die Versicherten kein Interesse mehr, in der Konsultation des Arztes große Zurückhaltung zu üben, da sie ja kostenlos behandelt werden. Wegen jeder Kleinigkeit wird der Arzt geholt; auch in Fällen, in denen man sich ohne Arzt behelfen würde, wenn man selber dafür aufzukommen hätte. Andererseits steht aber auch fest, daß die behandelnden Ärzte manchmal die Kassen schädigen, indem sie ihren materiellen Vorteil allen andern Interessen voranstellen und auch ihrerseits in der Behandlung der Patienten des Guten zu viel tun, nur um den Kassen hohe Rechnung stellen zu können.

¹⁾ Frankfurt 1892, 2. Band. S. 226.

Bittere Klage führt die Kassenverwaltung der Öffentlichen Krankenkasse des Kantons Basel-Stadt über diese Mißstände, im Jahresbericht pro 1923, wo zu lesen steht:

„Es ist eine auch von den Ärzten zugestandene Tatsache, daß sie bei weitem nicht so viel in Anspruch genommen würden, wenn die Leute nicht versichert wären. Damit möchten wir aber nicht zugeben, daß die Aussage eines Arztes, die Krankenversicherung gewöhne die Leute ans Kranksein, richtig wäre. Diese fühlen sich nicht kränker als vorher, aber es ist eine gewisse Art von Egoismus, welcher diese Erscheinung gezeitigt hat, der zur Ausnützung alles dessen führt, was nichts kostet. Betrachten wir unsere Krankenstatistik etwas genauer, so ersehen wir aus derselben, daß, abgesehen von den Epidemiejahren 1918, 1920 und 1922, ein Anwachsen der prozentualen Erkrankungsfälle deutlich zu konstatieren ist. Dies könnte nun allerdings auch in den allgemeinen Gesundheitsverhältnissen ihre Ursache haben. Wenn diese aber, wie im Berichtsjahre, außerordentlich günstig sind und wenn die prozentualen Erkrankungsfälle den Durchschnitt der epidemielosen Vorjahre trotzdem noch übersteigen, so kann dies nur daher rühren, daß die unnötige Inanspruchnahme des Arztes durch die Mitglieder in Zunahme begriffen ist. Entsprechend vermehren sich die unnötigen Behandlungskosten, zu denen dann auch noch die Kosten der Medikamente kommen, welche zur Befriedigung der Ausnützungstaktiker unter allen Umständen verschrieben werden müssen. Rechnet man hiezu noch die unnötigen Ausgaben (Behandlungskosten und Medikamente), welche der Kasse durch die Polypragmasie einer gewissen Kategorie von Ärzten verursacht werden, so kommt man auf eine Summe von ungerechtfertigten Behandlungskosten, welche uns die Notwendigkeit einer grundsätzlichen Revision unseres bisherigen Versicherungssystems klar vor Augen führt.“

Die Verwaltung der Öffentlichen Basler Kasse stellte eine Berechnung an über die Höhe dieser ungerechtfertigten Behandlungskosten. Sie kam dabei zum Schluß, daß sich diese für die Zeit von 1915—1923 auf rund Fr. 2 260 000.—, d. h. durchschnittlich pro Jahr auf Fr. 250 000.—, belaufen haben.

Bei den Mitgliedern der Öffentlichen Kasse in Basel sind auch die *Spitalkosten* im Durchschnitt sehr hoch. Zum Vergleich können hier die Zahlen der „Allgemeinen Krankenpflege“ der größten, rund 30 000 Mitglieder zählenden privaten Krankenpflegekasse Basels herangezogen werden. (Die Zahlen sind dem Statistischen Jahrbuch des Kantons Basel-Stadt, 1924, S. 261 ff, entnommen).

	Durchschnittliche	
	Spitalkosten pro Mitglied in Basel	
	Öffentl. Kr.-Kasse	Allg. Kr.-Pflege
1918	7. 13	6. 32
1919	6. 80	5. 92
1920	10. —	6. 85

	Durchschnittliche	
	Spitalkosten pro Mitglied in Basel	
	Öffentl. Kr.-Kasse	Allg. Kr.-Pflege
1921	11. 88	8. 51
1922	11. 76	9. 04
1923	11. 51	7. 25
1924	10. 96	7. 81

Nach Ansicht der Leitung der Öffentlichen Krankenkasse ist die Überhöhung der Spitalkosten bei ihren Mitgliedern hauptsächlich darauf zurückzuführen, daß speziell die ledigen Mitglieder (Einzelstehende), die bei der öffentlichen Kasse bedeutend zahlreicher sind als bei der Allg. Krankenpflege, bei jeder Kleinigkeit Spitalverpflegung verlangen (vergl. S. 88).

Diesen Auswüchsen, zu denen das Obligatorium Hand bietet, ist später, wie die Basler Erfahrungen beweisen, schwierig beizukommen. Die Mitgliederaufklärung wird als erfolglos bezeichnet, vor allem bei jenen, deren Prämien der Staat ganz oder teilweise bezahlt, d. h. wo die Leistungen der Kasse unverhältnismäßig größer sind als jene der Mitglieder. Als erste Gegenmaßnahme griff man in Basel seit August 1915 durch Vereinbarung zwischen der Öffentlichen Kasse und der medizinischen Gesellschaft zu einem Abzugs- oder sog. „Köpfungs“-System. Dasselbe gilt auch für die allg. Krankenpflege. Danach kann die Kasse eine angemessene Kürzung derjenigen Arztrechnungen vornehmen, deren Durchschnittsbeträge pro behandeltes Mitglied den in der gleichen Weise berechneten Durchschnitt der übrigen Arztrechnungen ohne ausreichende Begründung erheblich überschreiten. Art und Höhe dieser Kürzungen sind in der Vereinbarung genau festgesetzt. Solche Kürzungen müssen öfters vorgenommen werden. Ein Fall soll hier Erwähnung finden.

„Ein Arzt verschreibt einer Morphinistin Morphinum in großen Quantitäten auf Rechnung der Kasse. In 2 Quartalen erreichten die Kosten dafür Fr. 436. 30. Die Kasse betrachtete dies als ungerechtfertigte Behandlungskosten und zog diese Summe dem Arzt an seinem Honorar ab. Der betreffende Arzt erhob Einspruch, wurde aber von der Schlichtungsinstanz abgewiesen, d. h. die Kasse wurde geschützt.“¹⁾

Mit diesem Köpfungssystem lassen sich nach der Ansicht der Organe der Basler-Kasse nur die größten Übertretungen einzelner Ärzte bekämpfen; eine durchgreifende Maßnahme bietet es nicht, und vor allem schränkt es die ungerechtfertigten Ausgaben zu Lasten der Kasse, welche die Mitglieder ihrerseits durch zu vieles Anrufen des Arztes verursachen, nicht wirksam ein.

Das Resultat des Studiums dieser Frage führte auch in Basel zu der Auffassung, daß das einzig wirksame Mittel gegen die Überarznung **die direkte Interessierung der Patienten an den Kosten**, wie sie in Art. 13

¹⁾ Verwaltungsbericht des Kantons Basel-Stadt vom Jahre 1924, Abschnitt Sanitätsdepartement. S. 26/27.

des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vorgesehen ist, sei. Diese Interessierung wird am einfachsten in der Weise durchgeführt, daß die Kasse nur einen Teil der Behandlungskosten im Krankheitsfalle übernimmt, und der Rest vom Versicherten selbst aufgebracht werden muß. Nach dem Bundesgesetz muß eine anerkannte Kasse mindestens $\frac{3}{4}$ der Kosten übernehmen, $\frac{1}{4}$ kann sie dem Mitglied überbinden. Sobald der Versicherte ein Interesse daran hat, daß die Arzt- und Heilkosten möglichst niedrig ausfallen, wird er einerseits selber nicht wegen jeder Kleinigkeit die Versicherung ungebührlich beanspruchen und andererseits wieder auch darauf bedacht sein, daß der Arzt ihn nicht zu lange hält. In den Kantonen Genf und Solothurn sind mit diesem Vorgehen sehr gute Erfahrungen gemacht worden.

Zur Zeit wird diese Mitgliederbeteiligung praktisch auf zwei verschiedene Arten gehandhabt, nämlich mit Hilfe des sog. *Ticket modérateur* (Solothurn) oder des sog. $\frac{3}{4}$ Systems (Genf). Beim *Ticket-System* hat der Versicherte im Erkrankungsfall bei Bezug des Krankenscheins eine Anzahl „Krankenmarken“ zum voraus bei der Kasse zu lösen. Diese Krankenmarken kosten nur einen Teil, z. B. einen Viertel des auf ihnen vermerkten Wertes. Wenn nun die Arzt- und Apothekerrechnungen eingehen, so werden dieselben dem Versicherten zugestellt, und er hat sie mit soviel Krankenmarken zu versehen, als dem Betrag der Rechnung entspricht; die Rechnung wird von der Kasse erst anerkannt, wenn der Versicherte sie mit den Krankenmarken versehen eingeschickt hat. Beim $\frac{3}{4}$ System (Genf) dagegen, werden die eingehenden Arzt-, Apotheker- und Spitalrechnungen von der Kasse beglichen und dem Versicherten nachträglich für $\frac{1}{4}$ derselben Rechnung gestellt.

Mit dem Ticket-System sichert sich die Kasse zum vornherein einen gewissen Betrag von seiten des Versicherten, beim $\frac{3}{4}$ System besteht eine solche Sicherung nicht; rein finanziell wäre dem Ticket-System also wohl der Vorzug zu geben. Andererseits ist aber die Bedingung, daß der Krankenschein an den Patienten nur abgegeben wird, wenn gleichzeitig eine den voraussichtlichen Kosten der Krankheit ungefähr entsprechende Anzahl von Krankenmarken gelöst wird, praktisch kaum richtig durchführbar. Auch zwingt sie den Versicherten im Moment der Erkrankung noch zu einer besondern Ausgabe, was wohl als psychologisch ungeschickt bezeichnet werden muß. Nach den Erfahrungen, die mit dem $\frac{3}{4}$ System im Jahre 1925 bei der Schülerversicherung des Kantons Genf gemacht wurden, ist übrigens die für die Kasse bestehende Gefahr, den vom Patienten zu entrichtenden Viertel nicht zu erhalten, gering.

Das Ticket-System ist hauptsächlich in Deutschland zur Einführung gelangt. In der letzten Zeit werden da und dort Stimmen für dessen Beseitigung geltend gemacht, weil es für die Versicherten ein psychologisches Hemmnis darstelle, zum Arzt zu gehen. Die Hauptsache sei doch, daß der Kranke sofort, d. h. unmittelbar nach Krankheitsausbruch, wenn die ersten Symptome einer Krankheit sich einstellen, sich in ärztliche Behandlung begeben. Der wirtschaftlich Schwache tue dies aber nicht, wenn ihm aus der ärztlichen Hilfe Kosten erwachsen, auch wenn diese nur

gering seien. Wie weit dieser Einwand gegen das Ticket-System und auch gegen das $\frac{3}{4}$ System stichhaltig ist, ist wohl schwierig festzustellen.

Die Kostenbeteiligung des Versicherten soll in erster Linie ein Vorbeugungsmittel gegen die Überarznung, nicht eine Finanzquelle für die Versicherung sein. Die Ersparnis, die diese Interessierung der Mitglieder für die Versicherungskosten mit sich bringt, ist zahlenmäßig schwer abzuschätzen. Die Finanzdirektion erwähnt in ihrem Bericht, daß eine Übernahme von $\frac{1}{4}$ der Kosten durch die Mitglieder voraussichtlich die Gesamtkosten um nahezu 40 % reduzieren dürfte. Dieser Satz wird auch durch die Erfahrungen bei der Schülerversicherung des Kantons Genf bestätigt. Nach den dortigen Berichten sind die Kosten seit Einführung des $\frac{3}{4}$ -Systems tatsächlich um rund 40 % geringer geworden. Dies will aber nun nicht heißen, daß auch die vorstehenden Kostenberechnungen unter Voraussetzung der Mitglieder-Interessierung um 40 % herabgesetzt werden könnten. Die Berechnungen beruhen auf der Annahme einer durchschnittlichen Jahresausgabe pro Mitglied von Fr. 36. — Dieser Betrag wurde gewonnen durch Abschätzung an Hand der Kosten der bis jetzt bestehenden Versicherungseinrichtungen. Wie weit dabei das Problem der Überarznung aber bereits mitspricht, kann nicht zahlenmäßig angegeben werden. Jedenfalls ist anzunehmen, daß die Ausnützung einer öffentlichen Kasse, wenn von einer Interessierung der Mitglieder abgesehen wird, größer sein würde als bei den jetzt bereits bestehenden Kassen, die, weil sie kleinere Kreise umfassen, eine gewisse Kontrolle über den Einzelnen noch ausüben können, während dies bei einer öffentlichen Kasse mit über 50 000 Mitgliedern nicht mehr im gleichen Maße möglich ist. Die Durchschnittskosten pro Mitglied würden also wahrscheinlich über den genannten Betrag von Fr. 36. — steigen, wenn von vornherein der Überarznung mehr oder weniger freie Hand gelassen würde. Ob sie sich bei Interessierung der Mitglieder mit einem Teil der Kosten unter den genannten Betrag herabdrücken ließen, könnte erst die Erfahrung lehren. Vorsichtshalber ist jedenfalls mit diesem Durchschnittsbetrag auch bei Einführung des $\frac{3}{4}$ oder des Ticket-Systems zu rechnen, wenn man vor finanziellen Überraschungen nach Möglichkeit geschützt sein will.

Die Gefahr der Überarznung bedroht die Durchführbarkeit des Obligatoriumsgedankens stark, und es ist daher Aufgabe jeder Amtsstelle, daß sie sich über dieses Problem Rechenschaft gibt und, sofern sie die Einführung des Obligatoriums befürwortet, durch Vorschläge entsprechender Maßnahmen auch den verheerenden Wirkungen der Überarznung von vornherein entgegenzutreten versucht.

Neben der Interessierung der Mitglieder an den Kassen werden zurzeit in Basel auch noch andere Gesetzänderungen angestrebt, um die erheblichen unnötigen Ausgaben künftig auf ein Minimum beschränken zu können. Die Kassenleitung ist z. B. der Ansicht, daß **schärfere Aufnahmebestimmungen** festgelegt werden sollten. Sie schreibt hierzu:

„Zu large Aufnahmebestimmungen bewirken, daß Leute, die während ihren gesunden Tagen nichts von der Krankenversicherung wissen wollten, nach Ausbruch von Krankheiten und infolge dadurch reduziertem Einkommen bedingungslos in die Öffentliche Krankenkasse aufgenommen und auf deren Kosten verpflegt werden müssen. Ähnlich kann sich das Einkommen der meisten selbständig und unselbständig Erwerbenden, die heute noch nicht unter das Obligatorium fallen, durch Krankheit derart vermindern, daß sie, krank geworden, unter das Obligatorium fallen und dann von der Kasse bedingungslos aufgenommen und verpflegt werden müssen.“

Die Stadt Luzern, die auch die obligatorische Versicherung eingeführt hat, hat sich statutengemäß gegen solche Gefahren geschützt, indem in § 14 folgende Bestimmungen niedergelegt sind:

Von der Aufnahme sind ausgeschlossen:

„Personen, die infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen ihren Unterhalt nicht verdienen können oder mit einem unheilbaren, oder einem solchen Leiden behaftet sind, das voraussichtlich bald die Hilfe der Kasse in Anspruch nehmen wird.“

Chur und Herisau haben ähnliche schützende Bestimmungen in ihre Reglemente betr. Obligatorische Krankenversicherung aufgenommen.

Auch Invalide und Alte müßten von der Krankenversicherung nach Möglichkeit ausgeschlossen werden. Die diesbezüglichen Bestimmungen des kantonalen Gesetzes (vergl. S. 89) müßten im Falle der Einführung des Obligatoriums in die betr. Gemeindeverordnung unbedingt übernommen und nach Möglichkeit noch genauer umschrieben werden. So würde es vor allem nötig sein, wie die Erfahrungen, die in Basel gemacht wurden zeigen, die Versorgung von Alkoholikern auf Rechnung der Krankenversicherung abzulehnen, und solche Leute vielmehr nach den bestehenden Gesetzen als Gewohnheitstrinker zu behandeln. Auch müßte nach Möglichkeit der in Basel herrschenden Unsitte vorzubeugen versucht werden, daß die öffentliche Krankenkasse jene Versicherungspflichtigen aufnehmen muß, die Mitglieder anderer Kassen sind, von diesen aber infolge Nichtbezahlung der Prämien aus Krankheitsgründen gestrichen werden und dann der Öffentlichen Kasse sofort zur Last fallen.

c) Die freie Ärztwahl.

Einen andern wunden Punkt für die Durchführbarkeit des Obligatoriums und den Bestand des Krankenkassenwesens überhaupt erblicken die Kassen im Prinzip der *freien Ärztwahl*, wie es in Art. 15 und 16 des Bundesgesetzes verankert ist. Den Kassen wird allerdings die sog. *bedingt freie Ärztwahl* zugestanden, d. h. sie können mit Ärzten Tarifverträge abschließen, jedoch hat jeder über ein Jahr am Platze wohnende diplomierte Arzt das Recht, von sich aus diesem Verträge beizutreten. Die Kasse ihrerseits hat keine Möglichkeit, Ärzte vom Verträge fernzuhalten, auch wenn sie ihr z. B. durch Überarznung hohe Kosten verursachen. Diese

Bestimmung schließt eine gewisse einseitige Bevorzugung der Ärzte unter Hintansetzung der Rechte der Kassen in sich, weshalb auch die Krankenkassenverbände bestrebt sind, bei der bevorstehenden Revision des Bundesgesetzes, diesen Artikel abzuändern. Sie wünschen, daß die bedingt freie Ärztwahl durch die *beschränkt freie Ärztwahl* ersetzt werde, d. h. daß die Kassen nach wie vor mit den Ärzten Verträge abschließen können, daß sie aber auch ihrerseits die Freiheit haben sollen, Ärzte zum Beitritt zuzulassen oder davon auszuschließen. Die Kassen glauben, daß sie dadurch in die Lage versetzt würden, die guten Ärzte zu bevorzugen und gleichzeitig jene Ärzte fernzuhalten, die durch mißbräuchliche Ausnützung der Vertragsrechte der Kasse Schaden zufügen. Die Ärzteschaft dagegen will begreiflicherweise, daß an der bedingt freien Ärztwahl festgehalten werde. Die Ärzte betonen, daß die Einführung der beschränkt freien Ärztwahl dazu führen würde, daß die Kassen nur *billige* Ärzte zu den Verträgen zulassen würden, womit den Interessen der Versicherten nicht gedient sei. Ferner würde durch die Abschaffung der freien Ärztwahl nach Ansicht der Ärzte auch der freie Ärztestand als solcher bedroht und der Arzt zum Beamten gestempelt, was sowohl dem Verhältnis des Arztes zum Patienten, als auch der Behandlung selber in bezug auf Wissenschaftlichkeit und Gründlichkeit zum Schaden gereichen würde.

Finanziell wäre die Einführung der beschränkt freien Ärztwahl aber zweifellos von Vorteil.

Rückblickend ist festzustellen, daß man hüben und drüben mit Argumenten für und wider das Krankenversicherungsobligatorium nicht verlegen ist. Sicher ist wohl, daß bei seiner Einführung auf alle Fälle mit gewissen Mißständen zu rechnen wäre. Dies liegt in der menschlichen Natur begründet, in den Schwächen, die nun einmal uns Menschen eigen sind. Wer sich mit dem Ausbau des Krankenversicherungswesens zu befassen hat, muß sich ganz besonders vergegenwärtigen, daß er es weder bei den Ärzten, noch bei den zu Versichernden, noch bei den Behörden mit Idealmenschen zu tun hat.

C. Die Kinderversicherung.

1. Allgemeines.

Vorstehend ist darzustellen versucht worden, wie sich der Ausbau der Krankenversicherung in der Stadt Bern durch Einführung des Obligatoriums herbeiführen ließe. Dem Gemeindepolitiker ist zweifellos die freie Blickrichtung und Zielsetzung in dieser Frage durch die ungünstige Finanzlage der Gemeinde erheblich gestört. Wer mit Verant-

wortungsbewußtsein das ganze Problem studiert, wird zur Ansicht kommen müssen, daß die Krankenversicherung, soweit sie die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter betrifft, nach Möglichkeit der organisierten Selbsthilfe zu überlassen sei; d. h. daß die Arbeitsfähigen für ihre allfälligen Kosten im Krankheitsfall wenn immer möglich selber aufkommen sollen. Man kann sich fragen, ob nicht auch die Versicherung als solche, ganz abgesehen von der Kostendeckungsfrage, für die erwerbstätige Bevölkerung nicht besser der Initiative jedes Einzelnen überlassen bleiben sollte.

In der Bevölkerungsstatistik wird das Menschenleben seit Ernst Engel in drei große Altersstufen zerlegt, die auch speziell für das Problem der Krankenversicherung wichtig sind:

1. Das Kindesalter.
2. Das Alter der Erwerbsfähigkeit.
3. Das Greisenalter.

Schematische Altersabgrenzungen dieser 3 Stufen lassen sich natürlich nicht bilden, sondern diese müssen je nach dem Zweck und der Umschreibung, die den einzelnen Gruppen zukommen, testgestellt werden. Die prinzipielle Dreiteilung ist aber auch für die Krankenversicherung von besonderem Interesse, indem sie nach dem vorstehend Gesagten zum Schlusse führt, daß die Öffentlichkeit vor allem für eine allgemeine Krankheitsfürsorge im Kindes- und für eine weitgehende Fürsorge im Greisenalter besorgt sein, während die Fürsorge im erwerbsfähigen Alter möglichst der organisierten Selbsthilfe zugeschoben werden sollte. Die Fürsorge für das Greisenalter deckt sich mit dem Problem der Alters und Invalidenversicherung. Dieser kommt zweifellos fürsorgerisch mehr Bedeutung zu als der Krankenversicherung der Erwerbsfähigen; eine Besprechung dieser Aufgaben liegt aber nicht im Rahmen der vorliegenden Arbeit. Die andere Aufgabe jedoch, die Krankenfürsorge im Kindesalter, erscheint nicht nur als ein Teil der Krankenversicherungsfrage überhaupt, sondern die *Frage der Kinderversicherung darf wohl vielmehr als der wichtigste Punkt des ganzen Krankenfürsorgeproblems überhaupt angesehen werden.*

Auch in der Diskussion über das Krankenversicherungsobligatorium hat die Kinderversicherung je und je im Vordergrund des Interesses gestanden, wie ja auch die Formulierung der Motion Meer deutlich beweist. (Vergl. S. 82). Sie darf wohl ganz allgemein, gleichgültig ob der Ausbau des Krankenkassenwesens durch Einführung des Obligatoriums oder sonstwie an die Hand genommen werde, besondere Aufmerksamkeit beanspruchen.

Daß auch die bernischen Behörden die Wichtigkeit der Kinderversicherung erkannt haben, zeigt der bereits mehrfach erwähnte Bericht der städtischen Finanzdirektion vom 16. Oktober 1922 (a. a. O. S. 105), wo ausgeführt wird:

„Es sprechen aber auch allgemeine Gründe für die Einführung der Kinderversicherung. Gerade bei den kinderreichen Familien bildet die Krankheit der Kinder sehr oft die Ursache der Verarmung. Die obligatorische Versicherung hilft einem Familienvater nicht

viel, wenn nicht er, sondern seine nicht versicherten Kinder krank werden; braucht er seinen vollen Lohn zum Unterhalt der Familie und kann er die durch Krankheit seiner Kinder entstandenen Kosten nicht bezahlen, so zwingt ihn dies, um öffentliche Unterstützung nachzusuchen. Nimmt ihm aber die Krankenkasse, der er für seine Kinder regelmäßig kleinere Beiträge geleistet hat, die Krankenpflegekosten ab, so braucht er die Armenunterstützung der Gemeinde nicht in Anspruch zu nehmen. Für die Kinderversicherung spricht auch der Umstand, daß die gründliche und sofortige Behandlung im Kindesalter die spätere Gesundheit und Leistungsfähigkeit erhöht und andererseits die Krankenpflegekosten für Erwachsene vermindert.“

Diese Ausführungen stellen den Wert der Kinderversicherung drastisch vor Augen.

Ihre Wichtigkeit ergibt sich auch, wenn man sich vergegenwärtigt, daß zurzeit von über 24 000 stadtbernischen Kindern unter 15 Jahren knapp ein halbes Tausend, d. h. 2 % gegen Krankheit versichert sind, gegen rund 20 % in der ganzen Schweiz. (Vergl. S. 24 und graphische Tafel 1.)

In den schweizerischen Gemeinden, in denen bis jetzt die Kinderversicherung in großem Umfang eingeführt wurde, stand meist die *Schülerversicherung* im Vordergrund: In Bern übt nun allerdings über die schulpflichtigen Kinder der Schularzt bereits eine gewisse wohltätig wirkende ärztliche Kontrolle aus. Er überwacht die Schuljugend allgemein in gesundheitlicher Hinsicht und schickt die Kinder, denen etwas fehlt, zum Arzt. Gerade in diesem Punkt kann nun die Kinderversicherung eine große Lücke ausfüllen. Dr. Huber, Basel, schreibt in dem bereits erwähnten Bericht über die Krankenversicherungsverhältnisse in Basel zu dieser Frage:

„Die zivilisierten Staaten beschäftigen sich vornehmlich mit der Schulhygiene. Es gibt in den Städten Schulärzte, die über die Gesundheit der Schüler zu wachen haben. Der Lehrer schickt einen kranken Schüler zum Schularzt, dieser wird die Krankheit feststellen. Aber jetzt entsteht für die Schule die große Frage. Soll der Schularzt selber das Kind behandeln, oder soll sich die Schule an die öffentliche Armenpflege wenden, oder muß man sich damit begnügen, die Eltern zu avisieren? Bei uns ist die Frage ganz einfach. Die benachrichtigten Eltern gehen mit dem Kinde zum Hausarzt und die Krankenkasse übernimmt die Kosten.“

Auch für Bern wäre die Einführung einer weitgehenden Schülerversicherung sehr zu begrüßen, damit die hauptsächlich von den Schulärzten als krank gemeldeten Kinder in allen Fällen tatsächlich zum Arzt geschickt werden könnten, ohne den Eltern jedesmal große Extraauslagen zu verursachen. Als Kontrollstelle für etwaige Ausnützung der Versicherung durch die Kinder, bzw. deren Eltern, würde gerade der Schularzt amten können.

Für jene Kinder aber, die noch nicht zur Schule gehen, besteht zurzeit überhaupt keine regelmäßige ärztliche Kontrolle; gerade hier

könnte die Versicherung gegen Arzt- und Apothekerkosten vieles erleichtern helfen.

Auf der andern Seite dürfen aber auch die Gefahren, namentlich finanzieller Art, die bei Einführung der Kinderversicherung drohen, nicht übersehen werden. Vor allem die Kinderversicherung bringt erfahrungsgemäß große Belastungen mit sich. So hat z. B. die obligatorische Kinderversicherung im Kanton Solothurn ¹⁾ zu Klagen aller Art Anlaß gegeben und sich als sehr kostspielig herausgestellt. Es zeigte sich nämlich, daß der *Ängstlichkeit der Eltern* durch das Obligatorium enorm Vorschub geleistet wird, eine Erscheinung die übrigens auch die Erfahrungen der Berner Polikliniken bestätigen. Wenn die Kinder gratis behandelt werden können, so ist die Gefahr groß, wegen jeder Kleinigkeit den Arzt rufen zu lassen. Der Wert der Kinderversicherung für die Volksgesundheit ist wohl unbestritten; um so bedauerlicher ist es, daß gerade dieser Teil des Versicherungsgedankens durch den Unverstand eines Teiles der Bevölkerung, in diesem Falle speziell der Eltern, ernstlich bedroht wird. In Solothurn, im Kanton Waadt und in Genf wurden in dieser Richtung bittere Erfahrungen gemacht: Gewaltige Defizite der Kinderversicherung, solange keine Sicherungsmaßnahmen getroffen wurden. Später führte Solothurn das besprochene Ticket-System und Genf das $\frac{3}{4}$ System ein. Nach den Berichten der betr. Kassen sind seither die Ausgaben für Arzt- und Arznei bis um 40 % zurückgegangen. Den Auswüchsen der Kinderversicherung scheint also mit geeigneten Mitteln wohl beizukommen zu sein, sodaß man vor dem Ausbau dieses Versicherungszweiges wegen finanziell unberechenbaren Risiken nicht zurückzuschrecken braucht. Mit der Schaffung einer ausgedehnten Kinderversicherung könnte wohl eines der allerdringendsten sozialpolitischen Postulate erfüllt werden.

Der Ausbau der Kinderversicherung ließe sich auf zwei ganz verschiedene Arten ausführen:

1. Durch Einführung der obligatorischen Krankenversicherung für Kinder.

2. Durch Förderung der privaten Versicherung mit Ausrichtung von Beitragsprämien an die Eltern, die ihre Kinder versichern lassen.

Beide Lösungen sollen im folgenden kurz besprochen werden.

2. Die obligatorische Kinderversicherung.

Die obligatorische Kinderversicherung ist in der Schweiz bereits stark verbreitet. Mancherorts wurde von der Einführung eines allgemeinen Obligatoriums abgesehen, dafür aber die obligatorische Schülerversicherung oder die obligatorische Kinderversicherung überhaupt eingeführt. Wenn man in Bern den Gedanken der obligatorischen Kinderversicherung verwirklichen wollte, so würde sich jedenfalls empfehlen, den zweiten Weg einzuschlagen, nämlich nicht nur die Schüler, sondern auch die

¹⁾ Vergl. Aufsatz Gisiger: Schweiz. Krankenkassenzeitung 1922, S. 29 und S. 87.

vorschulpflichtigen Kinder zu versichern. *Die Zahl der eventuell zu versichernden Kinder* würde namentlich von den festzusetzenden Einkommens- und Altersgrenzen abhängen. Bei der folgenden Berechnung der Versichertenzahl, ist die gleiche Annahme zugrunde gelegt, wie in den vorigen Abschnitten, dahingehend, daß die Versicherung auf Familien mit einem Einkommen bis zu Fr. 5000.—, d. h. bis zum kantonal zulässigen Maximum, ausgedehnt würde. Als untere Altersgrenze sei wieder das zurückgelegte erste Altersjahr (Vergl. S. 89), als obere das zurückgelegte 14. Altersjahr angenommen. Unter diesen Voraussetzungen würde sich ungefähr folgende Zahl versicherungspflichtiger Kinder ergeben:

1. Kinder von 1—14 Jahren (Jahrgang 1906 und folgende) nach der Volkszählung	22 359
2. Kinder, deren Eltern über Fr. 5000 Einkommen versteuern:	
Kinder unter 18 Jahren	11 327
Im Alter von 0—1 bzw. 15—18 Jahren zirka 30 %	3 398
Im Alter von 1—14 Jahren	7 929
3. <i>Versicherungspflichtige Kinder im Alter von 1—14 Jahren</i> .	14 430

Rund 15 000 d. h. zirka $\frac{2}{3}$ aller Kinder würden demnach in der Stadt Bern unter die Versicherungspflicht fallen; tatsächlich versichert sind heute wie gesehen ungefähr 500 oder 2 %!

Eine Berechnung über *die Kosten* der Kinderversicherung und deren Deckung läßt sich nicht wohl anstellen, da für eine solche gar keine Erfahrungszahlen vorliegen. Auch hier ist der zu erwartende Durchschnittsbetrag pro Versicherten in erster Linie von den Tarifen abhängig, die mit den Ärzten vereinbart werden können.

Für das allgemeine Obligatorium wurde ein jährlicher Durchschnittsbetrag pro Mitglied von Fr. 36. — in Rechnung gestellt. In Genf wurden im Jahre 1925 bei der Schülerversicherung Fr. 27. — pro Versicherten verausgabt. Es ist anzunehmen, daß die stadtbernischen Ärzte bei Beschränkung des Obligatoriums auf die Kinder, auch zu besonderen Tarifiermäßigungen Hand bieten würden, so daß mit einer durchschnittlichen Jahresprämie von höchstens Fr. 30. — pro versichertes Kind das Gleichgewicht mit den Ausgaben sollte erreicht werden können.

Bei der Deckung dieser Kosten, d. h. der Beteiligung der Gemeinde würde es namentlich gelten, eine möglichste Entlastung kinderreicher, wirtschaftlich schwacher Familien mit Hilfe von Gemeindebeträgen zu ermöglichen. Dies könnte auf verschiedene Weise geschehen.

a) *Abstufung der Berechtigungsgrenzen nach der Kinderzahl.* Wenn man die Beiträge der Gemeinde nach dem Einkommen der Familie abstufen würde, so könnte ein Ausgleich für kinderreiche Familien dadurch geschaffen werden, daß diese Grenzen je nach der Kinderzahl um Fr. 400. — (Vorschlag in Zürich) oder Fr. 500. — (Basel) erhöht würden, sodaß eine kinderreiche Familie ev. beitragsberechtiget würde, auch wenn sie ein größeres Einkommen besäße

als eine andere Familie mit weniger Kindern. Dieses Verfahren wurde bereits bei Betrachtung des allgemeinen Obligatoriums besprochen. (Vergl. S. 86.)

b) *Abstufung der Prämienbeiträge nach der Kinderzahl.* Bei der Öffentlichen Krankenkasse des Kantons Basel-Stadt, wo dieses System angewendet wird, haben die Eltern der versicherungspflichtigen Kinder z. B. folgende Monats-Beiträge zu entrichten.

Für das 1. Kind	Fr. 1. 35
„ 2. „	„ 1. 20
„ 3. „	„ 1. 05
Für jedes weitere Kind	„ —. 90

Die finanzielle Auswirkung einer solchen Beitragsabstufung für die Gemeinde wäre hauptsächlich davon abhängig, ob die Gemeinde die Prämien Differenz für die kinderreichen Familien ganz decken müßte, oder ob die Prämie für die Familien mit weniger Kindern zum Ausgleich jener mit vielen Kindern überdurchschnittlich angesetzt werden könnte.

Eine einfache Annahme ist z. B. die, daß Familien mit nur einem versicherungspflichtigen Kind die Prämie für dasselbe ganz tragen sollen, während an die Prämien der Familien mit mehreren Kindern die Gemeinde einen Beitrag übernimmt, der mit steigender Kinderzahl nicht nur absolut, sondern auch relativ zunimmt.

Ein Vorschlag dieser Art kann durch folgende schematische Berechnung erläutert werden. Nach der eidgenössischen Volkszählung vom 1. Dezember 1920 wurden in der Stadt Bern im ganzen 10 917 Familien mit zusammen 22 359 Kindern unter 15 Jahren (seit 1906 Geborene) festgestellt, die sich wie folgt verteilten:

	Zahl der Familien	Zahl der Kinder
Familien mit 1 Kind	4 615	4 615
„ „ 2 Kindern	3 345	6 690
„ „ 3 „	1 695	5 085
„ „ 4 „	737	2 948
„ „ 5 „	284	1 420
„ „ 6 und mehr Kindern .	241	1 601
	<u>10 917</u>	<u>22 359</u>

Nach den vorstehenden Ausführungen würden von den 22 359 Kindern bei den für die Obligatoriumspflicht angenommenen Einkommens- und Altersgrenzen rund 15 000 oder 67 % versicherungspflichtig. Nun könnte z. B. die Gemeinde ihre Beiträge wie folgt abstufen:

An Familien mit 1 Kind:	Kein Gemeindebeitrag
„ „ „ 2 Kindern:	Beitrag 10 % der Prämien
„ „ „ 3 „	„ 20 % „ „
„ „ „ 4 „	„ 30 % „ „
„ „ „ 5 „	„ 40 % „ „
„ „ „ 6 und mehr Kindern:	„ 50 % „ „

Bei einer Durchschnitts-Jahresprämie von Fr. 30.— pro versichertes Kind, ergäbe sich die entsprechende Gemeindebelastung aus folgender Aufstellung:

	Anzahl der versicherten Kinder (67 % aller Kinder)	Gemeindebeitrag		
		pro Kind		Summe Fr.
		in % der Prämie	absolut Fr.	
Familien mit 1 Kind	ca. 3 000	—	—	—
„ „ 2 Kindern ...	4 500	10	3.—	13 500
„ „ 3 „ ...	3 400	20	6.—	20 400
„ „ 4 „ ...	2 000	30	9.—	18 000
„ „ 5 „ ...	1 000	40	12.—	12 000
„ „ 6 u. mehr K.	1 100	50	15.—	16 500
	15 000		Total Fr.	80 400

Dazu hätte die Gemeinde noch die unerhältlichen Prämien zu übernehmen, soweit diese nicht durch Subventionen von Bund und Kantonen gedeckt würden. Diese rein willkürliche Proberechnung zeigt immerhin, daß mit einem Kredit von etwa Fr. 100 000.— pro Jahr, die Gemeinde wahrscheinlich die obligatorische Kinderversicherung nach diesem System in weitgehendem Maße fördern könnte.

Ob das gleiche Ziel, weitgehende Krankenversicherung der Kinder, ohne allzu große Belastung der Gemeindefinanzen nicht auch auf anderem Wege erreicht werden könnte, wird noch zu untersuchen sein. Zunächst sei jedoch noch die Frage gestreift, ob im Falle der Einführung der obligatorischen Kinderversicherung ohne gleichzeitiges Obligatorium für die Erwachsenen die Errichtung einer öffentlichen Kasse oder der Abschluß von Versicherungsverträgen mit privaten Kassen vorzuziehen wäre.

Die Bedenken, die bei der Untersuchung über das allgemeine Obligatorium gegen das System der Vertragskassen und für die Errichtung einer öffentlichen Kasse sprachen, würden bei der Beschränkung der Versicherungspflicht auf die Kinder stark zurücktreten. Der kleinere Versichertenkreis und der damit vereinfachte Betrieb ließe jedenfalls die Möglichkeit des Vertragssystems mit privaten Kassen als bedeutend einfacher erscheinen als bei der Einführung eines allgemeinen Volks-Obligatoriums. Wie im ersten Teil dieser Arbeit festgestellt wurde, sind zurzeit in der Stadt Bern nur zwei Kassen vorhanden, die auch Kinder gegen Krankheit versichern. Die Einführung der obligatorischen Kinderversicherung auf dem Vertragswege mit privaten Kassen würde jedenfalls dazu führen, daß eine ganze Anzahl von Kassen zur Einführung der Kinderversicherung schritte, womit auch den Bevölkerungskreisen, die dem Obligatorium nicht unterstellt wären, der Abschluß von Kinderkrankenversicherungen erleichtert würde.

3. Die freiwillige Kinderversicherung.

Neben dem Gedanken der obligatorischen Kinderversicherung ist auch jener der freiwilligen Versicherung zu prüfen. Vor allem ist zu bedenken, daß die Obligatorisch-Erklärung der Versicherung für die Kinder von Familien mit bescheidenem Einkommen eben eine Feststellung dieses Einkommens nötig machen würde. Diese Einkommenseinschätzungen bringen neben großer Arbeit aber auch immer gewisse Willkürlichkeiten mit sich. Eine Lösung der Krankenversicherungsfrage, *ohne* daß dieser Apparat der Einkommensbestimmung in Tätigkeit gesetzt werden müßte, hätte daher in mancher Hinsicht einen großen Vorsprung vor dem Obligatorium.

Das Obligatorium hat überdies noch einen andern Nachteil, nämlich den, daß es durch die kantonale Gesetzgebung an die starre Einkommensgrenze von Fr. 5000. — gebunden ist. Nach Art. 2 des Gesetzes scheint keine Möglichkeit zu bestehen, die Versicherungspflicht z. B. auf Familien mit mehr als Fr. 5000. — auszudehnen, mögen sie noch so viele Kinder haben. Eine Lösung des Problems der Kinderversicherung, die mehr Anpassungsfähigkeit an den Einzelfall und einen größeren Spielraum für die persönliche Freiheit erlauben würde, wäre daher wohl in manchen Punkten einem allfälligen Obligatorium vorzuziehen. Wie ließe sich aber eine solche Lösung denken? Am einfachsten wohl im Sinne einer Förderung der freiwilligen Kinderversicherung durch die Gemeinde.

Wenn die Gemeinde an jene Eltern, die ihre Kinder gegen Krankheit versichern lassen, Prämienbeträge ausrichtete, so würde sicher von der Kinderversicherung bald ausgiebig Gebrauch gemacht. Die Gemeinde könnte auf diese Weise die freiwillige Kinderversicherung fördern, ohne besondere gesetzliche Maßnahmen treffen zu müssen. Es wäre aber dafür zu sorgen, daß den Versicherungswilligen auch genügend Gelegenheit zur Versicherung geboten würde. Das ließe sich auf dem Wege des Vertrags mit einer oder mehreren privaten Kassen wohl erreichen. Bis jetzt waren die bernischen Kassen, wie gesehen, in der Einführung der Kinderversicherung noch äußerst zurückhaltend. Der Hauptgrund zu dieser Zurückhaltung wird wohl darin liegen, daß die Kinder, die z. B. Infektionskrankheiten wesentlich stärker ausgesetzt sind als Erwachsene, ein unsicheres Kassenrisiko bedeuten. Zu diesem Punkte darf aber wohl bemerkt werden, daß die vielen Fürsorge-Einrichtungen, wie Säuglingsheime, Milchküchen, Schülerspeisungen usw. den allgemeinen Gesundheitszustand der Kinder zweifellos gefördert haben. Vor allem aber bietet die umsichtige und erfolgreiche schulärztliche Tätigkeit und daherige ständige gesundheitliche Kontrolle der bernischen Schulkinder eine Garantie, die wohl auch die Vertragskassen im Falle der Einführung einer ausgedehnten Kinderversicherung anerkennen und in Rechnung stellen würden. Eine unverbindliche Fühlungnahme des Schularztes mit den Organen privater Kassen hat gezeigt, daß es von dieser Seite jedenfalls an der Bereitschaft nicht fehlen würde, die Kinderversicherung wenn möglich zu fördern und auf breite Basis zu stellen.

Sollte es den Gemeindebehörden gelingen, eine ausgebaute Kinderversicherung für die schulpflichtigen und vorschulpflichtigen Kinder in Bern zu schaffen, sei es auf dem Wege der Einführung des Obligatoriums oder sei es durch tatkräftige Förderung der freiwilligen Versicherung, so dürfte wohl der dringendste und sozialhygienisch wichtigste Teil der Aufgabe des Ausbaues des Krankenversicherungswesens in der Stadt Bern gelöst sein.

D. Förderung der Krankenfürsorge durch Ausbau der Polikliniken und Kliniken der Universität Bern.

1. Allgemeines.

Das Obligatorium als umfassendste Hilfe im Krankenfürsorgewesen einer Gemeinde ist beleuchtet worden, gleichzeitig aber mußte auch darauf hingewiesen werden, daß an eine Einführung desselben ohne große finanzielle Opfer seitens der Gemeinde wohl nicht gedacht werden kann. Der wichtigste Teil des Obligatoriums-Gedankens, jener der Kinderversicherung, ließe sich, wie gesehen, auch ganz unabhängig von der Aufstellung einer allgemeinen Versicherungspflicht, als getrennte Aufgabe, selbständig durchführen. Die Versicherungspflicht des Großteils der erwerbstätigen Bevölkerung birgt, wie sich im Verlaufe dieser Untersuchung eindeutig gezeigt hat, nicht zu vernachlässigende Gefahren in sich, die der verantwortungsbewußte Bearbeiter dieses verwickelten Fragenkomplexes nicht übersehen können. Ihm wird sich die Frage aufdrängen müssen: Kann das in erster Linie zu erstrebende Ziel, die unentgeltliche Krankenpflege für die wirtschaftlich schwächsten Bevölkerungskreise, nicht auf eine andere Weise erreicht werden? Diese Frage ist umso begreiflicher, weil in der Stadt Bern, wie übrigens in den meisten größeren Städten, bereits Einrichtungen unentgeltlicher Krankenpflege vorhanden sind. Gemeint sind die Polikliniken und die Kliniken der Universität (Insel und Frauenspital), die von jeher der minderbemittelten Bevölkerung unentgeltliche Krankenbehandlung und -Verpflegung boten. Da liegt doch der Gedanke nahe, ob der Ausbau der Krankenversicherung nicht in Anlehnung an diese bereits vorhandenen Wohlfahrtsinstitute, durch eine Reorganisation derselben erfolgen könnte. Wie steht es um diese Institutionen, wie ist ihre Organisation und welche Besucherzahl verzeichnen sie?

2. Die Polikliniken.

Die Polikliniken oder Stadtkliniken dienen bekanntlich hauptsächlich dem Unterricht, der Erziehung der Medizinstudierenden zu

ihrem zukünftigen Beruf, und nebenher erfüllen sie eine humanitäre Aufgabe, indem sie den Unbemittelten ärztlichen Rat erteilen. Sowohl die Sprechstunden in der Poliklinik als auch die Hausbesuche, die von den Poliklinikern gemacht werden, sind unentgeltlich. Außerdem werden auch die wichtigsten Arzneien kostenlos aus der Inselapotheke verabfolgt.

Die Institution dieser unentgeltlichen ärztlichen Behandlung reicht in der Stadt Bern bis in frühere Jahrhunderte zurück. Staatlichen Charakter erhielt sie im Jahre 1834, im Zusammenhang mit der Gründung der Berner Hochschule, wo in der Folge eigentliche Polikliniken in Verbindung mit den verschiedenen Lehrstühlen für Medizin errichtet worden sind. An poliklinischen Instituten sind zurzeit vorhanden:

1. Die Medizinische Poliklinik,
2. Die Chirurgische Poliklinik,
3. Die Augen- und Ohren-Poliklinik,
4. Die Haut- und Geschlechtskrankheiten-Poliklinik,
5. Die Kinder-Poliklinik,
6. Die Geburtshilfliche Poliklinik.

Die Errichtung der unter Ziffer 1, 2, 3, 4 und 6 aufgeführten Polikliniken erfolgte, wie erwähnt, im Zusammenhange mit der Errichtung der Hochschule Bern 1834; jene für Kinderkrankheiten geht auf das Jahr 1863 zurück.

In der Festschrift über die Hochschule Bern von Dr. Ed. Müller ¹⁾ macht der damalige Assistenzarzt Dr. H. Sahli über die heutige medizinische und chirurgische Poliklinik einige Angaben. Danach ist sie aus der Anstalt für Stadtarme hervorgegangen, deren Hilfsgelder auf die im Jahre 1834 errichtete Poliklinik übergegangen sind. Dr. Sahli schreibt dann weiter:

„Durch Reglement vom 21. November 1879 wurde dieselbe unter die Leitung der Direktoren der medizinischen und chirurgischen Klinik gestellt und durch zwei Assistenzärzte besorgt. Die Assistenten müssen das Staatsexamen absolviert haben. Sie besorgen sämtliche poliklinische Kranken vor der poliklinischen Unterrichtsstunde und reservieren für letztere die geeigneten Fälle, aus welchen der betreffende Professor seine Auswahl trifft. Sie leiten unter der Aufsicht der Professoren die Besorgung der Kranken zu Hause und überwachen die Praktikanten der Poliklinik bei ihren Hausbesuchen, — sie kontrollieren die Rezepte der Praktikanten und haben täglich über ihre Tätigkeit Bericht zu erstatten und ein genaues Krankenjournal zu führen.“

Die Bedeutung der Poliklinik wird beleuchtet durch die Zahl der poliklinischen Rezepte, die von 5000—6000 pro Jahr in den Jahren 1850—1860 auf 14 000—17 000 in den Achtzigerjahren stieg. Hierzu bemerkt Dr. Sahli:

„Aus diesen Zahlen geht wohl zur Evidenz hervor, daß die Poliklinik einem sehr großen Bedürfnisse der hiesigen Bevölkerung

¹⁾ Dr. Ed. Müller, Festschrift: Die Hochschule Bern, 1834—1884, Bern 1884.

entspricht, und daß die Ansicht derjenigen, welche aus Sparsamkeit dieses Institut reduzieren und finanziell immer mehr beschränken möchten, auf völliger Unkenntnis der Verhältnisse beruht.

Die durch die Humanität gebotene unentgeltliche Besorgung von so vielen mehr oder weniger mittellosen Patienten ließe sich ohne die Poliklinik nur mit sehr erheblichen Mehrkosten durchführen und sie wäre weder im Interesse des Publikums noch in demjenigen der Universität.“

Über die Poliklinik für Kinderkrankheiten ist in der bereits genannten Festschrift über die Hochschule vom Jahre 1884 folgendes zu lesen:

„Die *Klinik und Poliklinik der Kinderkrankheiten* wurde im Jahre 1863 von Prof. Dr. R. Demme, dem vorstehenden Arzte des *Jenner'schen Kinderspitals* in Bern, als unabhängiges Institut gegründet. Die Direktion des Jenner'schen Kinderspitals gestattet zur Abhaltung dieser klinischen und poliklinischen Lehrstunden die Benutzung eines hiezu besonders eingerichteten Saales im Hintergebäude des Jenner'schen Kinderspitals. Die Poliklinik der Kinderkrankheiten besitzt ein eigenes, durch Vergabungen bis zu Fr. 8300 angewachsenes Vermögen. Die Zahl der von dieser Poliklinik behandelten Kinder ist in steter Zunahme begriffen. Sie erreichte beispielsweise im Jahre 1882 die Ziffer von 3287, im Jahre 1883 diejenige von 4037 Patienten. Die Studierenden der Hochschule nehmen an diesen klinischen und poliklinischen Lehrstunden als Praktikanten teil.“

Ähnlich wie mit diesen Polikliniken verhält es sich auch mit der *geburtshilflichen* Poliklinik. Nicht nur werden im Frauenspital Entbindungen unentgeltlich vorgenommen und die minderbemittelten Frauen im Wochenbett gratis gepflegt, sondern es wird überdies auch jährlich bei rund 300 Geburten in der ganzen Stadt unentgeltliche ärztliche Hilfe geleistet. Die Anfänge dieser geburtshilflichen Poliklinik und des Frauenspitals reichen, ähnlich wie jene der medizinischen Poliklinik, bis weit in frühere Jahrhunderte zurück, indem bereits im 15. Jahrhundert in Bern eine Art Herberge vorhanden war, wo ärmere Frauen sich gratis entbinden lassen konnten. Eine ähnliche Einrichtung bestand später im Burgerspital und noch später beim Inselspital (sogenannte Notfallstube). Die Errichtung der Hochschule im Jahre 1834 hatte dann zur Folge, daß die bis jetzt nur lose zusammenhängenden Institute: Entbindungsanstalt—Notfallstube des Inselspitals und geburtshilfliche Poliklinik — mit einander vereinigt und dem Professor für Geburtshilfe unterstellt wurden. Zu der eigentlichen geburtshilflichen Abteilung der Poliklinik, die auf das Jahr 1834 zurückgeht, kam dann die gynäkologische Abteilung im Jahre 1877 hinzu. Die geburtshilfliche Abteilung verzeichnete z. B. im Jahre 1895 416 Patientinnen.

Von der Möglichkeit, sich gratis ärztlich behandeln zu lassen, ist bereits im vorigen Jahrhundert in der Stadt Bern reichlich Gebrauch

gemacht worden. Im laufenden Jahrhundert hat die Benutzung dieser Institutionen noch zugenommen. Aus den Staatsverwaltungsberichten (Unterrichtsdirektion), ergänzt durch die Mitteilungen des Vorstehers der medizinischen Poliklinik, läßt sich folgende ungefähre, gegenwärtige Jahres-Gesamtfrequenz dieser Institute berechnen:

1. Konsultationen.

Medizinische Poliklinik	8 000
Chirurgische Poliklinik	18 000
Augen- und Ohren-Poliklinik	6 500
Hautkrankheiten-Poliklinik	9 500
Kinder-Poliklinik	4 500
Geburtshilfliche Poliklinik	<u>4 300</u>

Von den total 50 800 Konsultationen entfallen rund $\frac{3}{4}$ oder 38 000 Konsultationen auf Einwohner der Stadt Bern.

2. Hausbesuche (nur in der Stadt Bern):

Medizinische Poliklinik, 2000 Patienten à 5 Besuche	10 000
Kinder-Poliklinik	100
Geburtshilfliche Poliklinik	<u>400</u>
Total Besuche 10 500	

3. Andere Verrichtungen.

Massage, Turnen usw.	7000 Behandlungen, wovon Stadtberner 80-90% =	6000
Operative Eingriffe	1100 „ „ „ 75% =	800
Röntgenbehandlungen	1700 „ „ „ 75% =	1300
Fixationsverbände		200
Geburtshilfe zu Hause		<u>330</u>
Total Verrichtungen		8630

4. Medikamente.

Von der Inselapotheke ausgeführte Rezepte	9000
Von der medizinischen Poliklinik direkt verabreicht	<u>5500</u>
	14 500

wovon rund 80 % oder 11 600 an Stadtberner verabreichte Medikamente.

Was bedeuten diese Zahlen für die Stadt Bern für eine Ersparnis? Würden alle diese Verrichtungen zum kantonalen *Mindesttarif für*

ärztliche Verrichtungen vom 29. Dezember 1925 verrechnet, so ergäben sich folgende Kostenbeträge:

	Anzahl pro Jahr	Mindest- taxe	Kosten pro Jahr
Konsultationen	38 000	2. —	72 000
Hausbesuche	10 500	3. —	31 500
Massage und Turnen	6 000	2. —	12 000
Operative Eingriffe	800	6. —	4 800
Röntgenbehandlungen	1 300	8. —	10 400
Fixations-Verbände	200	8. —	1 600
Geburtshilfe zu Hause	330	20. —	6 600
Medikamente	11 600	1. 50	17 400
			156 300

Dabei sind die im kantonalen Gesetz niedergelegten *Mindestansätze* angenommen und alle kleinern Sonderverrichtungen, z. B. der Augen- und Ohrenklinik nur als gewöhnliche Konsultationen gerechnet; ebenso die Nacht-Konsultationen und -Besuche, für die nach Gesetz die dreifache Taxe zu bezahlen ist. Müßte die Gemeinde für diese Hilfeleistungen auch nur zu den genannten Mindestansätzen selber aufkommen, so hätte das städtische Budget also mit einem daherigen Ausgabenbetrag von mindestens Fr. 200 000 zu rechnen. Statt dessen gibt die Gemeinde nach der heutigen Regelung an die Polikliniken (ohne Zahnklinik) zusammen jährliche Beiträge von Fr. 28 000. Daß diese mütmaßliche Belastung von Fr. 200 000, die der Gemeinde erwachsen würde, wenn sie die Leistungen der Poliklinik vergüten müßte, in Wirklichkeit eher überschritten werden dürfte, zeigen deutlich entsprechende Zahlen aus der Poliklinik des Kantons Basel-Stadt. Bei der Basler Poliklinik, die bis zum Jahre 1914 ganz ähnlich eingerichtet war wie die Bernische, betragen z. B. die Auslagen im Jahre 1913 für den Staat Fr. 292 000, bei einer Frequenz von rund 40 000 konsultierten und 10 000 zu Hause besuchten Patienten.

3. Die Kliniken.

Während die Polikliniken den Unbemittelten und weitgehend auch den Minderbemittelten vornehmlich der Stadt Bern unentgeltliche ärztliche Hilfe durch Konsultationen in den poliklinischen Sprechstunden oder durch Hausbesuche und unentgeltliche Verabreichung der Medikamente gewähren, handelt es sich bei den Kliniken des Inselspitals und des Frauenspitals um unentgeltliche oder doch für den Patienten wesentlich verbilligte Verpflegung in den betreffenden Spitälern im Krankheitsfalle. Zwecks Gewinnung eines Bildes betreffend Umfang und Ausmaß dieses Teiles stadtbernischer Krankenfürsorge ist vom Statistischen Amte in Verbindung mit den betreffenden Spitalverwaltungen die folgende Statistik für das Jahr 1924 aufgestellt worden:

Die Kosten der Spitalpflege für stadtbernerische Patienten im Jahre 1924

	Inselspital	Frauenspital	Zusammen
Zahl der verpflegten Patienten	1 353	515	1 868
Zahl der Pflage tage	38 991	11 036	50 027
Durchschnittliche Zahl der Pflage tage pro Patient	28,8	21,4	26,8
Kosten pro Pflage tag Fr.	6.38	8.64	6.88
Kostensumme Fr.	248 763	95 351	344 114
Davon durch die Patienten gedeckt ...	109 260	11 218	120 478
Beitrag der Gemeinde	20 925	—	20 925
Zu Lasten der Spitäler bleiben Fr. ...	118 578	84 133	202 711

Angenommen nun, das Obligatorium würde eingeführt, würden wohl die meisten der vorstehenden Insel-Patienten ganz der Gemeinde zur Last fallen. Bei Annahme auch nur eines Kostgeldes von Fr. 4. — pro Tag, ergäbe sich ungefähr folgende Belastung einzig aus dieser Art von Spitalpflege:

	Inselspital	Frauenspital	Zusammen
Zahl der Pflage tage (wie vorst.) .	38 991	11 036	50 027
Zu bezahlende Kostgelder (à 4. —)	155 964	44 144	200 108

Heute leistet die Gemeinde an die Kosten der Insel, wie jede andere Gemeinde des Kantons, 20 Rp. pro Kopf der Bevölkerung, d. h. rund Fr. 21 000 pro Jahr; an das Frauenspital werden keine Extrabeiträge verabfolgt.

Rückblickend ergibt sich folgendes Bild: Müßte die Stadt Bern für die Hilfeleistungen von Polikliniken und Kliniken zu den genannten Mindestsätzen selber aufkommen, so hätte das Gemeindebudget also mit folgenden Mindest-Ausgabenbeträgen zu rechnen:

1. Poliklinik-Behandlungen	rund Fr.	200 000
2. Spital-Pflege (Kliniken)	„ „	200 000
<i>Zusammen</i>	Fr.	<u>400 000</u>

Statt dessen gibt die Gemeinde nach der heutigen Regelung an die Polikliniken (ohne Zahnklinik) zusammen jährliche Beiträge von Fr. 28 000 und an die Spitalverpflegungskosten der Insel Fr. 21 000, zusammen also Fr. 49 000.

4. Vor- und Nachteile eines Ausbaues der Polikliniken und Kliniken.

Polikliniken und Kliniken „ersparen“ der Stadt Bern zurzeit pro Jahr rund Fr. 350 000. — Würde das Obligatorium eingeführt, so würde der Großteil dieser Ersparnisse wegfallen. Erstens müßten bei Einführung des Obligatoriums die Polikliniken wahrscheinlich von der Gratisbehandlung abrücken und dazu übergehen, die Versicherten auch gegen Entschädigung zu behandeln, wie dies bei der Chirurgischen Poliklinik

bei Einführung der obligatorischen Unfallversicherung durch Gleichstellung mit den Unfallärzten bereits geschehen ist. Zweitens würde ein Teil der heutigen Poliklinik-Patienten andere Ärzte aufsuchen, da sie sich ja von diesen ohne direkten Entgelt behandeln lassen könnten. Dabei setzt sich die Kundschaft der Polikliniken und Kliniken gerade aus jenen Bevölkerungskreisen zusammen, die auch im Obligatoriumsfall für die Prämien größtenteils nicht selber aufkämen. Die daherigen Kosten würden vielmehr direkt der Gemeinde aufgebürdet. Man kann sich daher schon fragen, ob der gleiche Zweck, den wirtschaftlich Schwachen das Krankheitsrisiko zu erleichtern, statt durch Einführung des Obligatoriums vielleicht nicht auch durch eine vermehrte Unterstützung der genannten Universitäts-Anstalten aus Gemeindemitteln zu verwirklichen versucht werden könnte. Es ist überhaupt zu sagen, daß das Krankenkassen-Obligatorium in größeren Städten, mit allen ihren Fürsorgeinstitutionen (Polikliniken, Kliniken, Schulärzte, Stadtarzt usw.), wohl weniger eine absolute Notwendigkeit ist als auf dem Lande, wo diese Wohlfahrtseinrichtungen entweder überhaupt nicht oder doch nur in sehr bescheidenen Ansätzen vorhanden sind. Ist dieser Unterschied zwischen Großstadt und übrigen Gebieten hinsichtlich der hygienischen und sozialen Fürsorge bei den Erörterungen über die Einführung des Krankenkassen-Obligatoriums vielleicht bis jetzt nicht zu wenig beachtet und berücksichtigt worden?

Bern steht trotz seines anerkannt rauhen Klimas in bezug auf die Sterblichkeitsverhältnisse mindestens ebenso günstig da wie Basel, obschon in Bern das Krankenversicherungsobligatorium nicht besteht; dies darf wohl zum Teil der weitgehenden Hilfe zugeschrieben werden, die der weniger bemittelten Bevölkerung Berns durch die erwähnten Polikliniken und Kliniken zuteil wird. (Vergl. S. 108). Bei einem allfälligen Ausbau der genannten Institute käme wohl vor allem eine Vermehrung der Assistenzärzte in Frage, so daß den Poliklinikpatienten Gewähr gegeben wäre, daß sie jedenfalls unter Aufsicht eines patentierten Arztes und nicht allein von Studenten behandelt würden. Gegen einen solchen Ausbau der Polikliniken würde allerdings in erster Linie mit dem Widerstand der Ärzteschaft gerechnet werden müssen, die zum Teil schon jetzt die Polikliniken als Konkurrenz zur freien Ärztepraxis betrachtet. Vom Prinzip, daß wirklich nur Leute von der Poliklinik behandelt werden, die finanziell nicht in der Lage sind, die Krankenpflegekosten selber zu bezahlen, dürfte auf alle Fälle nicht abgewichen werden.

Eine gut ausgebaute poliklinische Tätigkeit bestand vor Einführung des Krankenversicherungsobligatoriums im Kanton Basel-Stadt. Die Einrichtung der Basler-Poliklinik, wie sie von 1891—1914 bestand, ist im Staatsverwaltungsbericht des Kantons Basel-Stadt pro 1914 wie folgt beschrieben:

„Zweck der allgemeinen Poliklinik war in erster Linie die unentgeltliche ärztliche Behandlung bedürftiger Kranker. In zweiter Linie sollte die Anstalt den Unterrichtszwecken der Universität dienen. Die Krankenfürsorge der allgemeinen Poliklinik teilte sich in zwei Gruppen,

in diejenige der öffentlichen Ambulatorien, die jedermann ohne irgendwelche Legitimation zugänglich waren und in die ärztliche Besorgung der poliklinikberechtigten Einwohner, die die Behandlung der Patienten auch zu Hause und in den Sprechstunden der Bezirksärzte umfaßte. Während die erste Gruppe sich auf schon bestehende Institutionen stützen konnte, welche unter der neuen Organisation durch den Vorteil staatlicher Unterstützung sich erheblich entwickeln konnten, mußte die zweite Gruppe neu eingerichtet und ausgebaut werden.

Außer der ärztlichen Hilfe gewährte die allgemeine Poliklinik unentgeltliche Verabreichung der von den Poliklinik- und Hilfsärzten verordneten Arzneien und Verbandmaterialien, ferner Verpflegung in einem Krankenhaus bis auf 26 Wochen. Genußberechtigt waren Ledige, deren durchschnittliches Gesamteinkommen nicht mehr als Fr. 800. — und Verheiratete mit unerwachsenen Kindern, deren durchschnittliches Gesamteinkommen nicht mehr als Fr. 1200. — im Jahr betrug. In den letzten Jahren wurde für jedes unerwachsene Kind ein Zuschlag von Fr. 100. — berechnet und die obere Einkommensgrenze für Ledige auf Fr. 1000. — erhöht.

Im Jahre 1913 betrug die Zahl der Poliklinikberechtigten zirka 18 500 Personen. In den Ambulatorien wurden 30 659 Patienten behandelt. Die Zahl der von den Bezirks- und Hilfsärzten behandelten Patienten betrug 10 151.“

Die Verhältnisse bei dieser baslerischen Poliklinik werden von deren erstem Direktor, Prof. Dr. Massini, in der Zeitschrift für schweiz. Statistik 1898 in eingehender Weise beschrieben; ein Auszug dieser Beschreibung sei hier angeführt:

„Die Krankenpflege für die Poliklinikberechtigten wurde in der Weise organisiert, daß die Stadt in eine Anzahl Bezirke eingeteilt wurde. Der Dienst jedes Bezirks wird von einem Assistenzarzt versehen, der im Bezirk selbst seinen Wohnsitz hat; . . .

Jeder Assistenzarzt hält in seiner Wohnung an allen Wochentagen eine Sprechstunde ab und besucht diejenigen Kranken, die nicht ausgehen können, in deren Domizil. . . .

. . . Jeden Morgen findet ein Rapport der Bezirksärzte beim Direktor statt, bei welchem unter Mitnahme der Krankengeschichten und an Hand derselben über alle wichtigeren Fälle Bericht erstattet wird und Diagnose und Therapie besprochen werden. . . . Durch dieses Verfahren wird nicht nur ein inniger Kontakt zwischen den Direktoren und den Bezirksärzten, sowie zwischen den Bezirksärzten unter sich, ein beständiger Gedankenaustausch und eine wenn auch nicht absolute, so doch ziemlich intensive Kontrolle erzielt sondern es ist auch den Kranken Gelegenheit geboten, in schweren oder in langwierigen Fällen den Rat des Direktors selbst zu genießen.

. . . Große Schwierigkeit bot die Form, durch welche die Poliklinikberechtigten zur Benützung unentgeltlicher Krankenpflege legitimiert werden sollten. Es schien als das einfachste, die Berechtigung von der Steuerfähigkeit abhängig zu machen. Es ist evident, daß eine solche An-

lehnung an die Steuerkasse nicht frei von Unbilligkeiten ist; kann doch eine Familie mit zahlreichen Kindern leicht bei einem relativ hohen Einkommen finanziell bedrängter sein, als eine solche mit wenig Kindern und einer wesentlich geringeren Jahreseinnahme. Es fehlt denn auch nicht an Stimmen, welche die Anlehnung der Genußberechtigung an die Steuerlisten anfechten, und es wurde namentlich auch zu wiederholten Malen darauf hingewiesen, daß Mißbräuche der Poliklinik bei dem jetzigen System öfter vorkommen, da das Finanzdepartement bei den niedern Steuersätzen für die untern Klassen nicht das gleiche Interesse einer intensiven Kontrolle habe, als das Sanitätsdepartement gegenüber mißbräuchlicher Benützung der Poliklinik. Wenn auch diese Einwände nicht ohne Berechtigung sind, so kommen in der Tat doch nicht so häufig Mißbräuche vor, und es werden solche, wo sie bemerkt werden, durch die Organe der Poliklinik den Polizeibehörden zur Kenntnis gebracht. . . .

Die Arzneimittel werden in den Stadtbezirken durch Privatapotheker auf Grund der eidgenössischen Militärartaxe geliefert. . . . Die Frage einer Staatsapotheke war schon bei der Organisation der Poliklinik ernstlich erwogen worden; der Vorteil billiger Arzneibesorgung, die Möglichkeit einer intensiven Kontrolle, die Aussicht auf Gründung eines damit in Verbindung stehenden und auch der Universität dienenden pharmaceutischen Institutes ließen eine poliklinische Apotheke als wünschenswert erscheinen; doch gab schließlich die Rücksicht auf die Bequemlichkeit des Publikums den Ausschlag, denn bei der großen, räumlichen Ausdehnung der Stadt hätte die Versorgung der peripheren Teile von einer Zentralapotheke aus erhebliche Schwierigkeiten geboten. . . .

Mit sämtlichen Krankenhäusern des Kantons wurden Verträge abgeschlossen, wodurch die Poliklinikberechtigten zu den üblichen Taxen Aufnahme finden können, soweit der Raum es gestattet. . . .“

Soweit der Bericht Prof. Massinis.

In Basel wurde, wie bereits erwähnt, in den Jahren 1914/16 die obligatorische Versicherung im Rahmen des Bundesgesetzes, d. h. mit freier Ärztwahl eingeführt und eine öffentliche Kasse gegründet. Die Bedeutung der Poliklinik als allgemeine ärztliche Hilfs-Institution ging damit verloren; sie dient heute mehr nur noch zu Lehrzwecken. Allerdings ist die Befürchtung, daß der Poliklinik die Kundschaft und damit das „Lehrmaterial“ durch die obligatorische Versicherung verloren gehen würde, nicht begründet gewesen. Nach Aussagen der jetzigen Direktoren werden alle baslerischen Polikliniken auch heute noch viel und gern von der wirtschaftlich schwachen Bevölkerung aufgesucht, wobei zu bemerken ist, daß seit der Einführung des Obligatoriums die — in Bern für die Studenten bestehende — Hausbesuch-Praxis bei der allgemeinen Poliklinik in Basel nicht mehr besteht. Einzig in den Kriegs- und ersten Nachkriegsjahren hatte sich vor allem in der allgemeinen Poliklinik ein gewisser Mangel an Patienten eingestellt, hauptsächlich weil zufolge des Währungszerfalles die Patienten aus den benachbarten deutschen Gebieten und dem Elsass mehr oder weniger ausblieben. Die „Poliklinik-Abwanderung“ ist in Basel-Stadt eine vorübergehende Kriegerscheinung geblieben. Die gynä-

kologische Abteilung des Frauenspitals in Basel verzeichnet für die letzten Jahre sogar eine Zunahme der Frequenz: Zahl der Patientinnen: 1922: 2318; 1923: 2349 und 1924: 2609. Einzig die sogenannte häusliche Geburtshilfe des Frauenspitals in Basel ist zufolge des Krankenkassen-Obligatoriums, das sich auch auf die Geburtshilfe erstreckt, fast gänzlich verloren gegangen (1924 z. B. nur 7 Berufungen). Ein eventueller Verlust der Polikliniken in bezug auf „Lehrmaterial“ darf übrigens wohl nicht als ausschlaggebend gegen das Obligatorium ins Feld geführt werden; es sollte doch möglich sein, den Studierenden praktische medizinische Arbeit auch auf andere Weise zu verschaffen, z. B. durch eine Art Praktikum bei einem praktizierenden Arzt, ähnlich wie dies für Juristen und Tierärzte bereits üblich ist.

Man kann sich fragen, ob ein ähnlicher Ausbau der Polikliniken, wie ihn die neunziger Jahre in Basel brachten, nicht auch in Bern angezeigt wäre. Durch vermehrte Anstellung von Assistenzärzten und eventuelle Ausdehnung der Arzneimittelabgabe auf die Apotheken der Stadt, unter gleichzeitiger genauer Umgrenzung der Poliklinik-Berechtigung, würde vielleicht ohne allzu große Kosten der Vor- und Fürsorge erkrankter Minderbemittelter ebensogut gedient wie durch Einführung des Obligatoriums.

Gegen den Ausbau der Polikliniken lassen sich allerdings auch verschiedene, gewichtige Gründe ins Feld führen. Einer derselben ist, daß diese Art der Krankenpflege *keinen* Anspruch darauf machen könne, ein *vollwertiger Ersatz* für private ärztliche Pflege zu sein. Die Untersuchung und Behandlung erfolge in erster Linie durch Studierende; die Ärzte beurteilten nicht alle Fälle selbst. Irgendwelche sichere Garantie für richtige Untersuchung und Behandlung, wie sie ein diplomierter Arzt biete, bestehe für den durch die Poliklinik behandelten Patienten nicht. Die Notwendigkeit des Obligatoriums könne daher nicht ohne weiteres durch einen bloßen Hinweis auf die Poliklinik als erledigt dargestellt werden.

Ideal genommen, ist natürlich die freie Ärztwahl überhaupt das einzig Richtige. Jeder, der seine Haut zu Markte tragen muß, wird sich lieber selbst den Gerber dafür suchen. Auch der minderbemittelte Erkrankte sollte selber denjenigen Arzt wählen können, zu dem er das nötige Vertrauen hat. Vergegenwärtigt man sich aber die finanziellen Vorteile und die ausgedehnte, vielleicht da und dort nicht genügend bekannte und anerkannte wohltätige Wirksamkeit der vorgenannten Institute, so erscheint die Frage am Platze, ob eine dringende Notwendigkeit der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung in Bern wirklich vorhanden sei. Die Frage stellt sich vor allem denen, die Kenntnis haben von den Auswüchsen, die das Obligatorium mit sich bringt, und die hauptsächlich darin bestehen, daß einerseits die Versicherten wegen jeder Kleinigkeit den Arzt beanspruchen und andererseits auch die Ärzte den Patienten auf Kosten der Kasse länger als nötig behandeln. Dazu fällt ins Gewicht, daß die poliklinischen und klinischen Institute in weiten Kreisen der Stadtbevölkerung sehr beliebt sind und auch ausgiebig benutzt werden. Jeder Unbemittelte kann sich heute schon in der Stadt Bern vollständig kostenlos behandeln lassen, und dieser Wohltat sind auch die Minderbemittelten in weitherziger Weise teilhaftig.

E. Ergebnisse und Schlußfolgerungen.

Die Untersuchung der Frage des Ausbaues der Krankenversicherung in der Stadt Bern zeitigt vom statistischen-versicherungswirtschaftlichen und finanziellen Standpunkte aus folgende Schlüsse:

1. Die Frage, ob das Krankenkassen-Obligatorium eingeführt werden soll oder nicht, muß offen gelassen werden. Sie zu entscheiden kommt nicht dem Statistiker zu. Den sozial keineswegs zu unterschätzenden Vorteilen des Obligatoriums müssen in erster Linie die große finanzielle Belastung der Öffentlichkeit und die versicherungswirtschaftlichen Nachteile, namentlich der Überarznenng, gegenübergestellt werden. Prinzipiell läßt sich gegen das Obligatorium einwenden, daß dadurch der Staat zum allgemeinen Versorger gestempelt wird, während es das Natürliche wäre, daß zum mindesten die erwerbstätige Bevölkerung selber, auf dem Wege organisierter Selbsthilfe, den eigenen Gesundheitsschutz übernimmt. Die öffentliche Fürsorge muß in erster Linie den nicht erwerbsfähigen Schichten der Bevölkerung, d. h. den Kindern einerseits, den Alten und Invaliden andererseits, zugewendet werden.

2. Der Förderung der Kinderversicherung ist als dem fürsorgerisch wichtigsten Teil der Krankenversicherung besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Der Ausbau der Kinderversicherung kann auf dem Wege des Obligatoriums, oder vielleicht zweckmäßiger durch Förderung der Privatinitiative in Form von Prämienbeiträgen an Eltern, die ihre Kinder versichern lassen, verwirklicht werden. Was die Kinderversicherung betrifft, ist eine ausgedehnte Versicherungspflicht für die vorschulpflichtigen Kinder, die noch nicht unter schulärztlicher Kontrolle stehen, ganz besonders zeitgemäß.

3. Die ausgedehnte Tätigkeit der bernischen Polikliniken und Kliniken legt den Gedanken nahe, die Förderung der allgemeinen Krankenfürsorge durch Ausbau dieser Institute zu erwägen. Daraus ist zu folgern, daß wenigstens die Frage eines Ausbaues der Polikliniken und Kliniken einer eingehenden fachmännischen Prüfung unterzogen werden sollte, bevor ohne weiteres an die Verwirklichung des Gedankens der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung in der Stadt Bern geschritten wird. Zeigt sich, daß der Ausbau der Krankenversicherung auf diesem Wege nicht zum Ziele führt und sollte sich die Notwendigkeit der obligatorischen Krankenversicherung herausstellen, so ist an Hand der vorstehenden Untersuchung auf folgende Punkte hinzuweisen:

4. Krankengeldkassen sind in der Stadt Bern reichlich vorhanden. Das Obligatorium hätte speziell die Krankenpflegeversicherung zu verwirklichen zu trachten.

5. Da für das Obligatorium die Krankenpflegeversicherung auf breiter Basis in Betracht fällt, wäre in diesem Falle eine öffentliche Krankenkasse für reine Krankenpflegeversicherung das zweckmäßigste.

6. Dem Obligatorium wären zu unterstellen:

- a) **Familien** (Verheiratete, Verwitwete und Geschiedene mit ihren unerwachsenen Kindern über 1 Jahr), **deren Einkommen aus Erwerb und Vermögen zusammen Fr. 5000. — nicht übersteigt.**
- b) **Erwachsene, unter 60 Jahre alte Einzelpersonen, deren Einkommen Fr. 3000. — nicht übersteigt.** Erwachsene Familienangehörige nicht versicherungspflichtiger Haushaltungsvorstände wären vom Obligatorium auszunehmen, so lange sie mit diesen im gleichen Haushalte leben.

7. Um der Überarznung zu begegnen, wäre **den Mitgliedern der öffentlichen Krankenkasse ein Teil, mindestens ein Viertel der Krankenpflegekosten zu überbinden.**

8. Die finanzielle Beteiligung der Gemeinde an der obligatorischen Versicherung sollte sich auf die **Übernahme der unerhältlichen Beiträge** beschränken lassen. *Krankenversicherung* soll nicht zur *Krankenversorgung* auf Kosten der Allgemeinheit auswachsen.

Mit den eingangs dieses Abschnittes gegen die obligatorische Versicherung genannten Bedenken soll nicht gesagt sein, daß die Krankenversicherung in der Stadt Bern nicht etwa ausbaufähig ist und etwa nicht ausgebaut werden sollte. Im Gegenteil, ein Ausbau des bernischen Krankenversicherungswesens ist durchaus gerechtfertigt und notwendig. Nur sollte dieser Ausbau, und dies darf als eines der Hauptergebnisse dieser Untersuchung mit besonderem Nachdruck festgestellt werden, mit großer Vorsicht und vielleicht auch mit Schonung des bereits auf diesem Gebiete Bestehenden oder in Anlehnung dessen vorgenommen werden.

Sozialpolitisches Ziel muß sein, gesunde Einkommensverhältnisse anzustreben, die es auch dem erwerbstätigen wirtschaftlich Schwachen weitgehend ermöglichen, die verhältnismäßig kleinen Beträge für den Gesundheitsschutz selbst aufzubringen. Der Staat und die Gemeinde sollen, unter Wahrung der örtlichen Besonderheiten, wo es notwendig ist, dabei helfend eingreifen. Die vorliegende Untersuchung hat deutlich gezeigt, daß die Institution der Krankenversicherung ihrem hehren Zwecke, im wirklichen Krankheitsfalle Hilfe zu bringen, leicht entfremdet wird, wenn der Boden der organisierten Selbsthilfe verlassen wird. Die Krankenversicherung ist ein verwickeltes Problem. Wer dessen Lösung für Bern vorzubereiten und herbeizuführen hat, hat sich zu vergegenwärtigen, daß bereits 40 Krankenkassen vorhanden und daß auch Institutionen bereits da sind, wo Tausende von unbemittelten oder weniger bemittelten Einwohnern alljährlich sich vollständig unentgeltlich ärztlich behandeln lassen können. Hier den richtigen Weg eines gesunden Fortschritts zu finden, dürfte für die Kommunalpolitik der nächsten Jahre eine nicht leichte, aber zugleich eine dankbare Aufgabe bilden.