

Zeitschrift:	Gewerkschaftliche Rundschau : Vierteljahresschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes
Herausgeber:	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
Band:	47 (1955)
Heft:	12
Artikel:	Die Abgeltung der Lohnzahlungspflicht im Krankheitsfall : zu einem grundsätzlichen Entscheid des Bundesrates
Autor:	Hänggi, E.
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-353715

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.01.2026

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

GEWERKSCHAFTLICHE RUNDSCHAU

MONATSSCHRIFT DES SCHWEIZERISCHEN GEWERKSCHAFTSBUNDES
ZWEIMONATLICHE BEILAGEN: «BILDUNGSARBEIT» UND «GESETZ UND RECHT»

HEFT 12 - DEZEMBER 1955 - 47. JAHRGANG

Die Abgeltung der Lohnzahlungspflicht im Krankheitsfall

Zu einem grundsätzlichen Entscheid des Bundesrates

I

Nach Artikel 335 des Schweizerischen Obligationenrechtes (OR) hat der Dienstpflichtige bei einem auf längere Dauer abgeschlossenen Dienstvertrag «für eine verhältnismäßig kurze Zeit Anspruch auf Lohnzahlung», sofern er an der Leistung der Dienste durch Krankheit, Militärdienst oder ähnliche Gründe ohne sein Verschulden verhindert wird. Das geltende Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) sieht vor, daß ein Arbeitgeber, der wenigstens die Hälfte der Versicherungsprämien für die Krankengeldversicherung seiner Arbeitnehmer bei einer anerkannten Krankenkasse bezahlt hat, das von der Kasse ausgerichtete Krankengeld von dem im Krankheitsfall des Arbeitnehmers gemäß Artikel 335 des OR geschuldeten Lohn abziehen kann. Ueber die Frage, ob mit gewissen Arbeitgeberbeiträgen an die Krankengeldversicherung die Lohnzahlungspflicht vollumfänglich abgegolten sei, enthält das KUVG aber keine ausdrückliche Bestimmung. In den Gesamtarbeitsverträgen wurde jedoch immer häufiger vereinbart, daß die Lohnzahlungspflicht gemäß Artikel 335 OR durch bestimmte Beiträge des Arbeitgebers an die Krankengeldversicherung an die Arbeitnehmer abgegolten sei.

Nun hat der Schweizerische Bundesrat mit Entscheid vom 4. April 1955 für die *Allgemeinverbindlicherklärung von Bestimmungen über die Krankengeldversicherung in Gesamtarbeitsverträgen* Richtlinien festgelegt, die der künftigen Praxis zugrunde gelegt werden sollen. Diese lauten wie folgt:

1. Die Wahl des Versicherungsträgers ist Sache der direkten Verständigung zwischen den einzelnen Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Dieser Grund-

satz ist in die allgemeinverbindlich zu erklärenden Bestimmungen aufzunehmen. Bestimmungen, die den Versicherungsträger zwingend vorschreiben, können nicht allgemeinverbindlich erklärt werden. Es kann nicht Aufgabe der Allgemeinverbindlicherklärung sein, den Außenseitern einen bestimmten Versicherungsträger aufzuzwingen, was aber nicht hindert, daß eine solche Bestimmung für die Verbandsmitglieder im Gesamtarbeitsvertrag figuriert.

2. Damit jedoch Gewähr geboten ist, daß die Leistung der Krankengeldversicherung eine adäquate Ersatzlösung für den Lohnanspruch aus Artikel 335 OR darstellt, haben die allgemeinverbindlich zu erklärenden Bestimmungen folgendes vorzusehen:

- a) Ein Krankentaggeld, das in der Regel rund die Hälfte, mindestens jedoch einen Viertel des Taglohnes ausmacht. Für das Taggeld können feste Beträge (allenfalls abgestuft nach Arbeitnehmerkategorien) oder Prozentsätze des (für die AHV maßgeblichen) Taglohnes vorgeschrieben werden.
- b) Eine Genußrechtsdauer von 360 Tagen innerhalb von 540 aufeinanderfolgenden Tagen und bei Erkrankung an Tuberkulose von 1800 Tagen innerhalb von sieben aufeinanderfolgenden Jahren.
- c) Eine Bestimmung, wonach die Karenzfrist nicht länger als drei Monate und die Wartefrist nicht länger als zwei Tage dauern dürfen.

3. Die Bestimmungen haben ferner den Arbeitgeber zu verpflichten, für die Prämien der Krankengeldversicherung gemäß vorstehendem Absatz 2 aufzukommen. Sie haben vorzusehen, daß dadurch die dem Arbeitgeber gemäß Artikel 335 OR obliegende Lohnzahlungspflicht im Krankheitsfalle des Arbeitnehmers abgelöst ist. Auch ist festzuhalten, daß Artikel 335 OR im Krankheitsfalle weiterhin gilt, soweit der Arbeitnehmer zufolge Krankheitsanlagen bei Versicherungseintritt von der Krankengeldversicherung ausgeschlossen wurde.

Diese bundesrätlichen Richtlinien sind bisher in der öffentlichen Diskussion sehr wenig erörtert worden. Ihre sozialpolitische Tragweite rechtfertigt es jedoch, sich etwas eingehend damit zu befassen.

II

Ausgangspunkt unserer Bemerkungen bildet die Feststellung des Bundesamtes für Industrie, Gewerbe und Arbeit in der Begründung zu diesen Richtlinien, wonach die Arbeitnehmer beim Abschluß von Gesamtarbeitsverträgen jeweilen darauf tendieren, als Versicherungsträger nur die vom Bunde anerkannten Krankenkassen zuzulassen, während es nach Meinung der Arbeitgeber nicht angehe, die anerkannten Krankenkassen zu privilegieren, indem die konzessionierten Versicherungsgesellschaften zum vornherein ausgeschlossen werden.

Unseres Erachtens sollte für die Wahl eines Versicherungsträgers der Umstand ausschlaggebend sein, welcher Versicherer den Ver-

sicherten für die gleiche Prämie die besseren Leistungen gewähren kann. Leider vermag im Versicherungswesen das volkswirtschaftliche Prinzip, wonach bei freier Konkurrenz das preiswertere Produkt das schlechtere vom Markte verdrängt, nur in beschränktem Umfange zu spielen. Vielfach fehlt es dem Versicherungsnehmer und weiteren Beteiligten an der nötigen Kenntnis der Zusammenhänge, die es ihnen erlauben würde, bei den meist ziemlich komplizierten Verhältnissen in Versicherungsfragen sich selbst ein klares Urteil über den Wert eines Angebotes zu bilden. Er ist daher auf den Rat von Fachleuten angewiesen, stellt auf die Empfehlungen der Reklame oder das Gespräch mit einem Vertreter der Versicherungsgesellschaft ab. Daraus ergibt sich das unerfreuliche Ergebnis, daß oft gerade derjenige Versicherer, der am meisten Mittel für die Propaganda aufwendet, die Gelder somit ihrem eigentlichen Zweck — dem Versicherungsschutz — entfremdet, sich gegenüber demjenigen Versicherer durchzusetzen vermag, der bestrebt ist, dem Versicherten einen möglichst großen Teil seiner Aufwendungen in Form von Versicherungsleistungen wieder zur Verfügung zu stellen.

Es ist festzuhalten, daß sich die soziale Krankenversicherung in der Durchführung von Gruppenversicherungen bewährte, lange bevor die konzessionierten, auf Gewinnbasis betriebenen privaten Versicherungsgesellschaften versuchten, sich in diese Sparte einzudrängen. *Die Privatassekuranz wäre dann berufen, sich an der Durchführung der Sozialversicherung zu beteiligen, wenn sie diesen Zweig besser und vorteilhafter betreiben könnte als die dazu gegründeten Krankenkassen.* Das ist nun aber tatsächlich nicht der Fall, wie die nachstehende Gegenüberstellung beweist:

a) Mitgliedschaft

Die anerkannten Krankenkassen gewähren ihren Versicherten ohne weiteres das Recht, bei Wegfall der Kollektivversicherung zu folge Beendigung des Arbeitsverhältnisses oder aus anderen Gründen zu praktisch den gleichen Bedingungen in die Einzelversicherung überzutreten. Dadurch erwerben sich ihre Versicherten ein unentziehbares *Mitgliedschaftsrecht*, das so lange erhalten bleibt, als der Versicherte seinen Verpflichtungen gegenüber der Kasse nachkommt oder bis die statutarische Genübberechtigung erschöpft ist.

In der nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) betriebenen Krankenversicherung der konzessionierten Gesellschaften wird der Versicherungsschutz lediglich in Form eines *zeitlich befristeten* Vertrages gewährt, das heißt der Versicherte genießt nur für eine verhältnismäßig kurze Dauer Anspruch auf Versicherungsschutz. Nach Ablauf der Vertragsdauer steht es *im Belieben des Versicherers*, ob er den Vertrag erneuern oder ob er von ihm zurücktreten, bzw. ob er die Weiterführung der Versicherung von der Bezahlung erhöhter

Prämien abhängig machen will. Dieser Umstand verstößt gegen einen in der sozialen Krankenversicherung von jeher beachteten, wohlberechtigten Grundsatz, weil bekanntlich das Risiko in der Krankenversicherung mit zunehmendem Alter steigt.

Neben der mangelnden Freizügigkeit bedeutet der Artikel 42 VVG eine weitere Beeinträchtigung des Versicherungsschutzes, wonach der Versicherer berechtigt ist, *bei Eintreten eines Schadenfalles vom Vertrag zurückzutreten.*

b) Krankheitsbegriff

Die soziale Krankenversicherung kennt *praktisch keine Einschränkung des Krankheitsbegriffes*; lediglich die Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung ist das Kriterium zur Auslösung der Versicherungsleistungen. Selbst Unfälle sind darin eingeschlossen, sofern sie von den Kassenstatuten nicht ausdrücklich ausgeschlossen werden.

In der Privatversicherung ist der Krankheitsbegriff zufolge zahlreicher Ausschlüsse viel *enger* gefaßt, wodurch der Versicherungsschutz eine *beträchtliche Einschränkung* erfährt. Unfälle sind regelmäßig *ganz ausgeschlossen*, die Gebrechen und Invaliditätskrankheiten meistens, vielfach aber auch Geistes- und Nervenkrankheiten überhaupt, Abänderungsbeschwerden usw.

c) Wartezeit

In der Sozialversicherung setzen die Leistungen gewöhnlich unverzüglich ein; die Ausnahmen bilden lediglich Krankheiten von nicht mehr als zwei Tagen Dauer, für die keine Leistungen ausgerichtet werden. In der Privatversicherung beträgt die Wartezeit in der Regel mindestens zwei Tage. (In laufenden Verträgen sollen sogar Wartezeiten von 5 bis 7 Tagen vorkommen.)

d) Wöchnerinnenversicherung

In der Sozialversicherung wird bei einer Geburt das volle versicherte Krankengeld während 42 Tagen sowie ein zusätzliches Stillgeld von 20 Fr. gewährt. In der Privatversicherung gibt Erwerbsunfähigkeit infolge Schwangerschaft *in der Regel keinen Anspruch auf Leistungen*, oder dann erst nach Ablauf einer bestimmten Zeit.

e) Sterbegeldversicherung

In der Sozialversicherung ist in der Regel ein nach der Dauer der Mitgliedschaft abgestuftes Sterbegeld eingeschlossen; in der Privatversicherung *in der Regel nicht*.

f) Beiträge an Badekuren und andere Kuraufenthalte

In der Sozialversicherung wird in der Regel *das volle versicherte Krankengeld* ausgerichtet, sofern der *Kuraufenthalt* vom Arzt verordnet ist. In der Privatversicherung wird das Taggeld gewöhnlich nur ausgerichtet bei vorausgegangener Krankheit und nur für eine auf wenige Wochen beschränkte Zeit; in vielen Verträgen sind Leistungen aber *überhaupt* ausgeschlossen, selbst dann, wenn Arbeitsunfähigkeit während des Kuraufenthaltes ärztlich bescheinigt ist.

Diese Aufzählung der Unterschiede zwischen der sozialen Krankenversicherung und der von den konzessionierten Versicherungsgesellschaften betriebenen Krankenversicherung, die noch um einige weitere vermehrt werden könnte, läßt wohl keinen Zweifel darüber offen, daß die anerkannten Krankenkassen wesentlich vorteilhafte Bedingungen bieten als die Privatassekuranz.

III

Jede Versicherung ist in der Regel um so vorteilhafter, je höher ihre Leistungen im Verhältnis zu den Prämien sind. Die anerkannten Krankenkassen, die auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit aufgebaut sind, haben es dank einer sparsamen Verwaltung, einer zweckmäßigen Organisation, des engen Kontaktes mit den Versicherten und des engmaschigen Netzes zur Ueberwachung der Aufgaben dahin gebracht, daß nach der letzten Statistik des Bundesamtes für Sozialversicherung *beinahe 85 Prozent der Gesamteinnahmen den Versicherten direkt in Form von Versicherungsleistungen wieder zufließen*. Nach dem Jahresbericht des Eidgenössischen Versicherungsamtes für 1953 erreichen demgegenüber die von der Privatkrankenversicherung ausgerichteten Leistungen *nur 42 Prozent der eingenommenen Prämien*. Dieser Unterschied röhrt nicht daher, daß die anerkannten Krankenkassen zu billigeren Tarifen arbeiten oder öffentliche Subventionen beziehen; er liegt vor allem im Umstand begründet, daß die Verwaltungskosten der anerkannten Krankenkassen im Landesdurchschnitt nur 9,4 Prozent aller Einnahmen betragen, während sie in der Privatassekuranz zwei- bis dreimal höher sind.

Nach Punkt 2 der bundesrätlichen Richtlinien werden die *Minimalleistungen* für die Taggeldversicherung normiert für den Fall, daß sie allgemeinverbindlich erklärt werden sollen. Alle weitergehenden Leistungen stehen jedoch im freien Belieben des Versicherungsträgers, und gerade hier hat sich seine Leistungsfähigkeit zu beweisen. Wenn schon auf gesamtarbeitsvertraglichem Wege ein vereinbarter Teil des Lohnes in Form von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen an eine Taggeldversicherung abgezweigt wird, dann liegt es im vordringlichen Interesse des Versicherten, daß ihm für

diesen Lohnbestandteil der *bestmögliche Versicherungsschutz* gewährt wird.

Es ist in diesem Zusammenhange noch auf einen weiteren Punkt aufmerksam zu machen: Von einzelnen Privatversicherungsgesellschaften werden den Arbeitgebern *Rückvergütungen* bei gewinnbringendem Verlauf der Versicherung gewährt, die zwar derart verklausuliert und eingeschränkt sind, daß sie nie die günstigeren Bedingungen der sozialen Krankenversicherung aufwiegen, aber ihren Werbezweck oft nicht verfehlten. Dabei ist festzuhalten, daß sowohl die dem Arbeitnehmer vom Lohne abgezogenen Krankenversicherungsbeiträge wie der allfällig auf Grund von Gesamtarbeitsverträgen zugeschossene Prämienanteil des Arbeitgebers Bestandteile des Lohnes sind. Deswegen ist es nicht zu billigen, wenn allfällige Gewinnanteile der Versicherung nur *einseitig dem Arbeitgeber zugute kommen*.

IV

Bekanntlich sind die schon viele Jahre zurückreichenden Vorarbeiten zur *Revision des in manchen Teilen überholten Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung aus dem Jahre 1911* zu einem Abschluß gelangt: es liegt der Vorentwurf einer eidgenössischen Expertenkommission für ein neues Gesetz vor. In diesem Zusammenhang sollen auch klare gesetzliche Grundlagen für die Abgeltung der Lohnzahlungspflicht gemäß Artikel 335 OR geschaffen werden. Auf Grund eines gemeinsamen Antrages der Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter in der Expertenkommission wurde in Artikel 102, Absatz 2, des Vorentwurfes eine Bestimmung geschaffen, wonach durch Gesamtarbeitsvertrag oder schriftlichen Einzeldienstvertrag vereinbart werden kann, daß die Lohnzahlungspflicht gemäß Artikel 335 OR durch Beiträge des Arbeitgebers an eine Krankenversicherung in vollem Umfange abgegolten ist, sofern diese Beiträge mindestens 1 Prozent des Lohnes ausmachen.

Dieser Antrag war eine Kompromißlösung, die erst nach langwierigen Verhandlungen zustande gekommen ist. Die beiden Verhandlungspartner — Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter in der Expertenkommission — waren darüber einig, daß es sich dabei um eine *Minimallösung* handle und daß die in vielen Gesamtarbeitsverträgen weitergehenden Regelungen nicht etwa durch diese geplante gesetzliche Minimalnorm ersetzt werden sollen. Nur im Vertrauen auf diese Zusicherung, wenn auch mit großen Bedenken, haben ihr offenbar die Arbeitnehmervertreter in der Expertenkommission zugestimmt.

Nun ist darüber in der *Vernehmlassung des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes vom 28. März 1955 zum Vorentwurf für ein neues Bundesgesetz über die Kranken- und Mutterschaftsversicherung u. a. zu lesen:*

Die Arbeitgeberverbände haben aber inzwischen erkennen lassen, daß es ihnen gerade auf diese Ablösung der bisherigen vertraglichen Abmachungen durch die Minimalregelung des Artikels 102 ankommt. Bei Vertragserneuerungen und bei neuen Verträgen versteifen sie sich hartnäckig auf diese Regelung, und im Verfahren auf Allgemeinverbindlichkeitserklärung ist (seitens der Arbeitgeberverbände! Redaktion «GR») überall dort Einspruch erhoben worden, wo eine über die Regelung von Artikel 102 hinausgehende Vertragsbestimmung allgemeinverbindlich erklärt werden sollte.

Wir können deshalb der heutigen Fassung von Artikel 102 des Entwurfes nicht mehr zustimmen.

Einmal müssen wir verlangen, daß die Arbeitgeberbeiträge an eine anerkannte Krankenkasse gehen müssen. Diese Forderung ergibt sich aus den Erfahrungen mit der Kollektivversicherung, bei der weder der einzelne Versicherte noch der Arbeitnehmerverband irgendwelchen Einfluß auf die Wahl des Versicherungsträgers haben. Die Leistungen der (nicht als Krankenkassen anerkannten) Versicherungsgesellschaften, die solche Kollektivversicherungen betreiben, sind durchgehend ungünstiger als diejenigen der anerkannten Krankenkassen; der Versicherte kommt demnach in Nachteil.

Im weiteren verlangen wir, daß der Arbeitgeberbeitrag zur vollständigen Abgeltung der Lohnzahlungspflicht gemäß Artikel 335 OR die Versicherung von mindestens 50 Prozent des Lohnes ermöglichen muß.

Auch andere Arbeitnehmerorganisationen haben in ihren Vernehmlassungen an das Bundesamt für Sozialversicherung zur vorgesehenen Regelung Bedenken geäußert, die in ähnlicher Richtung zielen.

V

Bis zum Inkrafttreten einer gesetzlichen Regelung stehen nun die eingangs erwähnten Richtlinien des Bundesrates für die Allgemeinverbindlichkeitserklärung von Bestimmungen über die Taggeldversicherung in Gesamtarbeitsverträgen in Kraft, es sei denn, der Bundesrat gelange auf Grund eines Vorstoßes in den eidgenössischen Räten oder unter dem Druck der öffentlichen Meinung dazu, auf seinen Beschuß zurückzukommen. *Daß diese Richtlinien vom Standpunkt einer fortschrittlichen Sozialpolitik aus nicht befriedigen können, dürften die vorstehenden Ausführungen dargelegt haben.* Dabei beschränkten wir uns nur auf Punkt 1 dieser Richtlinien. Doch wäre auch zu den in Punkt 2 umschriebenen Minimalleistungen einer Krankengeldversicherung als Ersatz für die Abgeltung des Lohnanspruches gemäß Artikel 335 OR einiges zu sagen, denn das in Litera a genannte Minimum von einem Viertel des Taglohnes ist ungenügend. Auch der Schweizerische Gewerkschaftsbund scheint diese Ansicht zu teilen, wie aus seiner Vernehmlassung zum Vorentwurf für ein neues KUVG hervorgeht.

Was ist in dieser Lage zu tun? Es gibt einen Ausweg, der der gewerkschaftlichen Tätigkeit offensteht: nämlich dahin zu wirken,

daß in keinem Betrieb mehr Vereinbarungen über Taggeldversicherungen abgeschlossen werden, in denen zur Abgeltung der Lohnzahlungspflicht gemäß Artikel 335 OR andere Versicherungsträger als anerkannte Krankenkassen vorgesehen sind.

Dies ist durchaus möglich, denn nach der Praxis, die sogar durch Gerichtsentscheide erhärtet wurde, ist es den Arbeitnehmern nicht zuzumuten, ohne ihr Einverständnis bzw. gegen ihren Willen einer Krankenversicherung angeschlossen zu werden.

Mit diesem Vorgehen könnte der in Punkt 1 der bundesrätlichen Richtlinien garantierten Freiheit der Wahl des Versicherungsträgers als Voraussetzung für eine Allgemeinverbindlicherklärung von Gesamtarbeitsverträgen Genüge getan werden, und trotzdem wäre Gewähr geboten, daß der unerwünschte Einbruch der Privatassekuranz in das Gebiet der Sozialversicherung ausgeschlossen ist. Damit wären nicht nur die Interessen der versicherten Arbeitnehmer gewahrt: es könnte auch der zunehmenden Verwässerung der sozialen Krankenversicherung durch die Uebergriffe der auf Gewinnbasis arbeitenden Versicherungsunternehmen Einhalt geboten werden.

E. Hänggi.

Der Landes-Generalstreik von 1918

Eine Doktordissertation

Als Band 22 der «Zürcher Beiträge zur Geschichtswissenschaft», die von Prof. Dr. Leonhard von Muralt herausgegeben werden, ist 1955 im Verlag von Dr. J. Weiß, Affoltern a. A. eine Arbeit von Willi Gautschi: «Das Oltener Aktionskomitee und der Landes-Generalstreik von 1918 erschienen, die eine eingehendere Würdigung verdient.

Zielsetzung und Themabegrenzung sind klar umschrieben auf Seite 9: «Die vorliegende Arbeit verfolgt nicht die Absicht, zugeschüttete Gräben wieder aufzureißen. Der Verfasser schreibt nicht vom Standpunkt einer Partei aus... Er bemüht sich lediglich im Sinne einer Einzeluntersuchung, Vorgeschichte und Verlauf des Generalstreikes aufzuhellen, dabei einige der führenden Männer in ihrem Denken und Tun zu verfolgen und damit einen Beitrag zur Geschichte unseres Landes während des Ersten Weltkrieges zu leisten.» Weiter Seite 10: «In der Literatur zur Geschichte der Schweiz fehlte bisher sowohl eine Einzeluntersuchung als auch eine zusammenfassende Darstellung der Novemberereignisse des Jahres 1918.»