

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

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

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 17.01.2026

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

Beiträge zur Statistik der Stadt Bern

HEFT 8

Herausgegeben vom Statistischen Amt

Das Kranken- versicherungswesen in der Stadt Bern



Bern 1926

Beiträge zur Statistik der Stadt Bern
HEFT 8
Herausgegeben vom Statistischen Amt

Das Kranken- versicherungswesen in der Stadt Bern

Mit 12 Uebersichten und 4 graphischen Tafeln



Bern 1926

Vorwort.

Das vorliegende Heft 8 der „Beiträge zur Statistik der Stadt Bern“ ist der Krankenversicherung gewidmet, die bisher von der amtlichen Statistik zu Unrecht vernachlässigt wurde. Soviel wir wissen, hat in unserm Land keine amtliche statistische Untersuchung diesen Gegenstand einläßlich behandelt, obschon allein die Zahl der Krankenkassen in der Schweiz zurzeit 1000 beträgt und ihre jährlichen Ausgaben annähernd 40 Millionen Franken ausmachen. In der Stadt Bern sind dem Amte 40 Kassen bekannt geworden, die zurzeit Krankenversicherung betreiben. Daß sich die amtliche Statistik damit befaßt, rechtfertigt sich vom Standpunkte der Öffentlichkeit, weil die Krankenversicherung einen wichtigen Zweig der sozialen Fürsorge bildet und bedeutende öffentliche Zuschüsse erhält. Die Krankenkassenstatistik ist aber auch eine Notwendigkeit vom Standpunkte der Versicherten und der Kassen selber: auf allen Gebieten der Fürsorge rufen die weitblickenden Praktiker nach Statistiken, die ihnen als Wegleitung für ihre praktische Arbeit dienen können. Solche Anhalte sind auch hier nötig, um die Güte der Organisation nachzuprüfen, um Mißstände leichter aufzufinden und dergleichen. Diesen Zwecken dient die Statistik umso besser, je vollständiger sie alle Krankenkassen einbezieht. Vollständigkeit und Neutralität werden am besten von amtlicher Stelle gesichert.

Von solchen Erwägungen ist wohl auch Herr Stadtrat M. Degen ausgegangen, als er am 2. November 1923 im Berner Stadtrate das Postulat stellte:

„Der Gemeinderat wird eingeladen, das Statistische Amt der Stadt Bern mit der Durchführung einer Krankenstatistik der privaten Krankenkassen der Stadt Bern zu beauftragen.“

Herr Degen wünschte insbesonders, daß damit ein Vergleich der Krankheitsverhältnisse ermöglicht werde zwischen den privaten stadtbernischen Krankenkassen und der städtischen Krankenkasse. Das Statistische Amt hat dieses Postulat lebhaft begrüßt. In seinem Bericht an den Gemeinderat vom 3. Juni 1924 hat es auf die Bedeutung hingewiesen, die einer Abklärung der stadtbernischen Krankenkassenverhältnisse zukommt. Dabei vertrat es den Standpunkt, daß in der vorzunehmenden Untersuchung jedoch nicht nur dem Postulat Degen Rechnung zu tragen, sondern die Aufgabe vielmehr weiter zu fassen sei, und daß bei dieser Gelegenheit das Krankenkassenwesen der Stadt Bern überhaupt eine gründliche Darstellung erfahren möge.

Der Gedanke, sich gegen Krankheitsschaden in Form einer Krankenversicherung vorzusehen, gewinnt in gegenwärtiger Zeit der vielen Wirtschaftskrisen sowohl für den Einzelnen als auch im sozialpolitischen

Programm des öffentlichen Gemeinwesens immer größere Bedeutung. In den letzten Jahren wurde denn auch die Frage der Versicherung gegen Krankheit im allgemeinen in der Presse und in Ratssälen öfters erörtert.

Im Jahre 1915 hatte die Gemeinde Bern für ihr Personal eine besondere Krankenkasse geschaffen, für die in den letzten Jahren jährlich rund 300 000 Fr. aus der Gemeindekasse ausgegeben wurden. Es lag deshalb für das Amt nahe, die Tätigkeit dieser Kasse eingehend zu betrachten.

Weiter ist im Kanton Bern die Regelung des Krankenkassenwesens durch das Gesetz vom 4. Mai 1919 den Einwohnergemeinden übertragen und ihnen insbesondere auch das Recht eingeräumt worden, auf ihrem Gebiet die obligatorische Krankenversicherung einzuführen. Im Berner Stadtrat reichten in der Folge Herr R. Meer und 18 Mitunterzeichner am 28. August 1919 eine Motion ein, die das Krankenversicherungsobligatorium für die stadtbernerische Einwohnerschaft forderte. Sie lautete:

„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, inkl. Kinderversicherung, einzuführen.“

So war es gegeben, auch die wichtige Frage des Krankenversicherungsobligatoriums vom statistischen Standpunkt aus zu beleuchten. Das Statistische Amt stellte sich deshalb die doppelte Aufgabe:

1. Es ist das stadtbernerische Krankenkassenwesen im allgemeinen zu untersuchen, um Anhaltspunkte über die Tragweite der Einführung des Krankenversicherungsobligatoriums zu gewinnen.

2. Die Verhältnisse der städtischen Krankenkasse sind im Vergleich mit jenen der privaten Kassen zur Darstellung zu bringen.

Um über diese beiden verschiedenen, aber organisch miteinander verbundenen Fragenkomplexe Aufschluß zu erhalten, schlug das Statistische Amt der Stadt Bern vor, bei den stadtbernerischen Krankenkassen eine Erhebung durchzuführen. Der Gemeinderat faßte einen entsprechenden Beschuß. Ihn aber zu verwirklichen, hatte zahlreiche Schwierigkeiten. Zunächst mußten alle Kassen, die in der Stadt Bern die Krankenversicherung betreiben, ausfindig gemacht werden. Die vom Bundesrate anerkannten Krankenkassen konnten dem vom Bundesamt für Sozialversicherung geführten Kassenverzeichnis entnommen werden; für die nicht anerkannten Kassen dagegen, die auch keiner Meldepflicht unterliegen, war das Amt auf die eigene Kenntnis der lokalen Verhältnisse angewiesen. Dabei leisteten ihm die bereitwilligen Angaben von Herrn Meer, Präsident des kantonalbernerischen Krankenkassenverbandes, wertvolle Dienste. Es wurden im ganzen 40 Kassen festgestellt, die in der Stadt Bern gegen Krankheit versichern, wovon 6 nicht anerkannte. Außerdem bestehen in der Stadt Bern kaum irgendwelche Krankenkassen

von Bedeutung. Es ist wohl möglich, daß weitere kleinere Betriebe oder Interessengruppen Schutzmaßnahmen gegen Krankheitsrisiko getroffen haben, die dem Amte nicht zur Kenntnis gelangt sind; die eigentlichen Krankenkassen aber sind mit der genannten Zahl jedenfalls erschöpft.

Um sich über die Möglichkeit der Einführung einer Krankenkassenstatistik zu orientieren, ersuchte das Amt im Dezember 1923 mit einem Zirkular die Verwaltungsorgane der Kassen um Einsendung der Statuten und der letzten Jahresberichte. Die meisten Kassen kamen dieser Aufruf nach; auf Grund der eingegangenen Berichte konnte das Amt ein Formular für die einheitliche Erfassung der Kassenverhältnisse entwerfen. Dieser Fragebogen und der zugehörige Bericht an den Gemeinderat betreffend Einführung der Krankenkassenstatistik wurden dem Bundesamt für Sozialversicherung vorgelegt. Es liegt uns daran, dieser Amtsstelle den Dank auszusprechen für die Durchsicht der Akten und die wertvollen Bemerkungen, die sie anbrachte. Die Anregungen wurden bei der Drucklegung der Formulare berücksichtigt. In der Folge wurden an jede Kasse zwei Fragebogen gesandt (siehe Anhang); beide beziehen sich auf das Rechnungsjahr 1924. Im ersten Formular war Auskunft zu geben über Organisation, Mitgliederbestand und finanzielles Gebaren der Kasse; im zweiten waren die Erkrankungen der Kassenmitglieder nach der Erkrankungsdauer einzutragen. Die Ausfüllung war für die Kassen eine große Arbeit; es ist aber mit Genugtuung festzustellen, daß die Mehrzahl der Kassen sie mit großem Verständnis geleistet hat. Für einige Kassen mußten die Zahlen vom Amte selbst den Akten entnommen werden, wollte es auf deren Einbeziehung in die Statistik nicht verzichten, da die betreffenden Kassenverwaltungen diese Eintragungen aus Zeit- oder Interessemangel nicht selber besorgen konnten. Formular 2 (Erkrankungen nach der Dauer) konnte von einzelnen Kassen nicht beantwortet werden, da keine diesbezüglichen Unterlagen vorhanden waren. Die Krankenkasse des Personals der schweiz. Bundesbahnen konnte leider nicht in die Erhebung einbezogen werden, da sie, in Kreis- und Werkstättekassen eingeteilt, gar keine getrennten Kontrollen für ihre stadtbernischen Mitglieder führt. Allgemein bestand für die zentralisierten Kassen die Schwierigkeit darin, die Angaben für ihre Versicherungsnehmer in der Stadt Bern allein anzugeben. Außer der genannten Kasse der S. B. B. unterzogen sich jedoch alle übrigen Kassen der gewiß oft großen Mühe, diese Ausscheidungen wenigstens für die Hauptfragen vorzunehmen. Die Not- und Hilfskasse des evangelischen Schulvereins, die die gestellten Fragen beantwortet hatte, mußte ebenfalls von der Bearbeitung ausgeschlossen werden, da sie versicherungstechnisch nicht als eigentliche Krankenkasse eingerichtet ist, sondern ihre Mitglieder im Erkrankungsfalle nur „je nach Bedürftigkeit“ unterstützt. Diese Kasse hatte in der Stadt Bern Ende 1924 im ganzen 47 Mitglieder, so daß ihre Weglassung für die Beurteilung der Krankheitsverhältnisse nicht ins Gewicht fällt.

Es konnten demnach im ganzen 38 Krankenkassen in die Statistik einbezogen werden. Die vorläufigen Resultate wurden bereits im stati-

stischen Handbuch der Stadt Bern (Seite 300) im Jahre 1925 bekanntgegeben.

Für die städtische Krankenkasse wurde überdies eine Sondererhebung durchgeführt, mittels einer Zählkarte, die für jedes Kassenmitglied an Hand der Kontrolle pro 1924 auszufüllen war (Anhang 3). Die Karten wurden, nachdem die Verwaltung der städtischen Krankenkasse die Personalien eingetragen hatte, den einzelnen Verwaltungen zugestellt, die die Eintragungen betreffend Erkrankung und Kassenleistungen an Hand ihrer Krankenkontrollen vorzunehmen hatten. Die Ergebnisse dieser Erhebung bilden die Grundlage zu den im Abschnitt II niedergelegten Ausführungen betreffend die Verhältnisse der städtischen Krankenkasse im besondern.

Mehr als dem Amte lieb war, zog sich die abschließende Bearbeitung des umfangreichen Materials in die Länge, hauptsächlich zufolge der Herausgabe des Statistischen Handbuchs im Jahre 1925. Geschadet hat die Verzögerung aber nichts, denn je länger sich die Bearbeitung hinauszog, um so mehr neue Gesichtspunkte zeigten sich, die zu untersuchen waren, und die vielfach zu neuen statistischen Erhebungen führten. Durch diese gründlichere Bearbeitung dürfte die Untersuchung nur gewonnen haben. Der Zweck, allen denen, die sich mit der Frage des Ausbaues der Krankenversicherung befassen, einen ersten Überblick über dieses verwickelte Problem zu geben, ist damit wohl besser erreicht worden, als wenn auf eine möglichst rasche Herausgabe gedrängt worden wäre. Es liegt in der Eigenart statistischer Betrachtungsweise, daß, hauptsächlich im Abschnitt über den Ausbau der Krankenversicherung, mehr Fragen gestellt als Antworten gegeben werden, die in erster Linie zu weiteren Untersuchungen versicherungswirtschaftlicher, finanzieller und medizinischer Art anregen sollen.

Die Notwendigkeit und die Art und Weise des Ausbaues der Krankenversicherung gründlich abzuklären, ist für die Gemeinde Bern unerlässlich deshalb, weil die Einführung des Obligatoriums erhebliche Ausgaben nach sich zöge, die wohl nur durch neue Anleihen oder eine Steuererhöhung beschafft werden könnten. Vergegenwärtigt man sich die Finanzlage der Gemeinde und die nicht unberechtigte Steuerverdrossenheit ihrer Bevölkerung, dürfte beides ausgeschlossen sein. Einzig der Zindienst der Gemeinde betrug seit 1922 jährlich rund 6 Millionen Franken.

Das Obligatorium ist daher eingehend erörtert. Wenn es hiebei etwas zurückhaltend beurteilt und die Notwendigkeit seiner Einführung nicht ohne weiteres bejaht wird, will dies nicht etwa die soziale und wirtschaftliche Bedeutung der Krankenversicherung als Akt der organisierten Selbsthilfe verkleinern. Ausgegangen von der Tatsache, daß das menschliche Leben in der Regel in drei Lebensperioden: das unproduktive Jugendalter, das produktive Mannesalter und das unproduktive Greisenalter zerfällt, hat die Fürsorgetätigkeit sich in erster Linie der Kinder anzunehmen, die unfähig sind zur Selbsterhaltung, sowie der Greise, deren Selbsterhaltung wegen der Arbeitsunfähigkeit oft zur Unmöglichkeit ge-

worden ist. Dort sind es die Krankenpflegekosten, die bewirken, daß ärztliche Hilfe häufig zu spät gesucht wird, vor allem bei Pflegekindern; hier sind es die fehlenden Unterhaltsmittel überhaupt, die einer alten Person, die ehrlich gearbeitet hat, aber von Schicksalsschlägen heimgesucht worden ist, es verunmöglichen, auch nur einigermaßen einen von Sorge um das tägliche Brot freien Lebensabend zu verbringen. Krankenversicherung und Alters- und Invalidenversicherung sind in beiden Fällen jene wohltätig wirkenden, sozialen Institutionen, die hier aus öffentlichen Mitteln in erster Linie weitgehend gefördert und unterstützt werden müssen. Wo die öffentlichen Einkünfte kärglich fließen, sollten zu allererst die Versicherung der Kinder gegen Krankheit, sowie die Einführung der Alters- und Invalidenversicherung angestrebt und verwirklicht werden. Sind später die Mittel einmal vorhanden, dann mag man auch die Versicherung der Erwerbstätigen gegen Krankheit fördern. Gemeinde und Staat sollten sich aber hüten, dem gesunden, arbeitsfähigen Bürger die Verantwortung für den Gesundheitsschutz allzu weitgehend abzunehmen und die unermüdliche und erfolgreiche Tätigkeit der Pioniere der privaten Krankenkassen etwa einzuschränken oder gar zu konkurrenzieren. Die unerfreulichen Folgen, die sich aus einer übertriebenen staatlichen Fürsorgetätigkeit auf diesem Gebiet sowohl für den Staat als besonders auch für die Versicherten selbst zeitigen können, sind in der Arbeit mit eindeutigen Zahlen belegt. Der vorurteilslose Leser wird die Zahlenfeststellungen schon zu deuten und sich ein Urteil in der verwinkelten Frage zu bilden wissen. Die Arbeit möchte überhaupt eine erschöpfende Aufhellung aller mit der Krankenversicherung der Stadt Bern zusammenhängenden Tatbestände geben, um so die Grundlage für eine freie, von allen vorgefaßten Meinungen und Anschauungen losgelöste Prüfung des zweckmäßigen Ausbaues der Krankenversicherung zu ermöglichen.

Das Amt hat sich bestrebt, alle Probleme und neuen Gesichtspunkte die sich während der Abfassung der Arbeit zeigten, einer gründlichen zahlenmäßigen Abklärung zu unterziehen, wo dies immer möglich war. Dabei zeigte sich, wie die Statistik oft mit Vorteil von den Verwaltungen der Krankenkassen verwendet werden könnte. Die Voraussetzungen für eine abklärende Statistik wären meistens ohne besondere Kosten, einzig durch zweckmäßige Anlegung der bereits vorhandenen Kartotheken und sonstigen Verzeichnisse, leicht zu schaffen. Eine gute, fortlaufende Krankenkassenstatistik wäre berufen, der Öffentlichkeit und den Versicherten wertvolle Dienste zu leisten. Für das Statistische Amt wäre es eine besondere Freude, wenn gerade dieser Arbeit der Erfolg beschieden wäre, in Krankenkassenkreisen der Statistik Freunde zu gewinnen.

In seinem Bestreben, eine gründliche Abklärung des Krankenversicherungsproblems in der Stadt Bern herbeizuführen, ist das Amt von allen in Betracht fallenden Kreisen unterstützt worden. Dank gebührt den zuständigen Basler Behörden, den Herren Regierungsrat Dr. Ämmer, Departementssekretär Dr. Huber und A. Geiger, Verwalter der dortigen öffentlichen Krankenkasse, sowie den Herren

Prof. Dr. med. Hunziker, Stadtarzt, Prof. Dr. med. Gigon, Direktor der Poliklinik und Dr. Schultheiß, I. Assistenzarzt des Frauenspitals, für die wertvollen mündlichen Mitteilungen. Auch dem Stadtschreiber von Olten, Herrn Fluri, sei an dieser Stelle für seine entgegenkommende Aufnahme in Olten warm gedankt. In Bern wurde das Amt außer durch das bereits genannte Bundesamt für Sozialversicherung in seinen Untersuchungen hauptsächlich durch mündliche Anregungen unterstützt durch die Herren Gemeinderat Steiger und Regierungsrat Merz, denen vor allem Dank gebührt für die Anregung hinsichtlich der Ausdehnung der statistischen Berechnungen betreffend Poliklinik und Insel, ferner durch die Herren Prof. Dr. Seiler, Schularzt Dr. Lauener und R. Meer, Präsident des kantonalbernischen Krankenkassenverbandes. Ohne diese bereitwilligen Auskünfte hätte die vorliegende Arbeit nicht so umfassend und vielseitig ausgestaltet werden können. Bei ihrer Abfassung wurde der Unterzeichnete durch seinen Mitarbeiter im Amte, Herrn Dr. W. Grütter, wertvoll unterstützt, dessen umfassende versicherungswissenschaftliche Kenntnisse der Untersuchung sehr zu statten gekommen sind.

Bern, Dezember 1926.

Statistisches Amt der Stadt Bern:

Dr. Freudiger.

Inhalt.

Seite

I. Das Krankenkassenwesen im allgemeinen.

A. Die Krankenkassen-Gesetzgebung	11—14
1. Bundesgesetzgebung	11
2. Gesetzgebung des Kantons Bern	13
B. Organisation und Mitgliederbestand der Krankenkassen in der Stadt Bern ...	14—26
1. Die Kassenorganisation	14
2. Die Größe der Kassen	21
3. Die Versicherten	22
C. Erkrankungen und Krankentage	26—35
1. Krankheitsverhältnisse im allgemeinen	26
2. Die Krankheitsdauer	31
3. Das Wochenbett	33
D. Finanzielle Verhältnisse	35—40
1. Mitgliederbeiträge und Kassenleistungen an die Mitglieder	35
2. Gesamteinnahmen und -ausgaben; Kassenvermögen	38

II. Die städtische Krankenkasse.

A. Organisation und Mitgliederbestand	41—45
1. Die Kassen-Organisation	41
2. Die Mitglieder	43
B. Erkrankungen und Krankentage	46—62
1. Die Häufigkeit der Erkrankungen	46
2. Die Krankheitsdauer	49
3. Erkrankungen und Alter	54
4. Art der Krankheiten	56
C. Finanzielle Verhältnisse	62—73
1. Einnahmen	62
2. Ausgaben	67
3. Betriebsergebnisse und Vermögen	71
D. Vergleich der städtischen Krankenkasse mit andern Kassen	73—76
1. Städtische Krankenkasse und private Kassen	73
2. Vergleich mit andern Verwaltungen	75
E. Schlußfolgerungen	77—81

III. Ausbaumöglichkeiten der Krankenversicherung.

A. Allgemeines	82—85
B. Das Krankenversicherungs-Obligatorium	85—117
1. Der Umfang der Versicherungspflicht	85
2. Die Zahl der obligatorisch zu Versichernden	90
3. Die Versicherungskosten	93
4. Die finanzielle Belastung der Gemeinde	98
5. Öffentliche Kasse oder Vertragskasse	102
6. Vor- und Nachteile des Obligatoriums	106
C. Die Kinderversicherung	117—125
1. Allgemeines	117
2. Die obligatorische Kinderversicherung	117
3. Die freiwillige Kinderversicherung	120
D. Förderung der Krankenfürsorge durch Ausbau der Polikliniken und Kliniken der Universität Bern	125—134
1. Allgemeines	125
2. Die Polikliniken	125
3. Die Kliniken	129
4. Vor- und Nachteile eines Ausbaues der Polikliniken und Kliniken ...	130
E. Ergebnisse und Schlußfolgerungen	135—136
<hr/>	
Übersichten: Inhaltsverzeichnis	137
Schlagwort-Verzeichnis	161
<hr/>	

I. Das Krankenkassenwesen im allgemeinen.

A. Die Krankenkassen-Gesetzgebung.

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

1. Bundesgesetzgebung.

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) An Kassen, die für Krankengeld *oder* Krankenpflege versichern:
Für versicherte Kinder unter 15 Jahren Fr. 3. 50.
Für männliche Mitglieder über 15 Jahren Fr. 3. 50.
Für weibliche Mitglieder über 15 Jahren Fr. 4.—.
- b) An Kassen die Krankengelder *und* Krankenpflege leisten: Fr. 5.— pro Mitglied, ohne Unterschied der Geschlechter.

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

Der Bundesbeitrag beträgt im Maximum das $1\frac{1}{2}$ fache der Mitgliederbeiträge.

- c) An versicherte Wöchnerinnen:
Für jedes Wochenbett Fr. 20.—. Wird von der Kasse auch Stillgeld verabfolgt, so erhöht sich der Beitrag auf Fr. 40.—.
- d) Für Versicherte in Gebirgsgegenden, wo Arztbesuche teuer zu stehen kommen, wird ein Gebirgszuschlag von Maximum Fr. 7.— pro Mitglied, bezw. Fr. 3.— pro Kopf der Bevölkerung ausgerichtet. Diese Gebirgszuschläge dürfen den Gesamtbetrag, den Kantone, Gemeinden oder Dritte in solchen Fällen leisten, nicht übersteigen. (Art. 37.)
- e) In Fällen, wo das Krankenversicherungsobligatorium eingeführt wird, übernimmt der Bund die Beiträge, die Kantone und Gemeinden für bedürftige Kassenmitglieder auf sich nehmen, bis zu einem Drittel (Art. 38).

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

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

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

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

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

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

2. Gesetzgebung des Kantons Bern.

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

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

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

- a) Die obligatorische Krankenversicherung einzuführen.
- b) Unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen öffentliche Krankenkassen einzurichten.“

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

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

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

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

1. Die Kassenorganisation (Übersicht 1).

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

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

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

a) Anerkannte und nicht anerkannte Kassen.

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

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

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

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

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

b) Die Kassen nach ihrer Beitrittsmöglichkeit.

Die Krankenkassen können auch je nach ihren Aufnahmebestimmungen für Mitglieder eingeteilt werden. Dr. Niederer¹⁾ vom Bundesamt für Sozialversicherung bezeichnet diese Art der Einteilung als die zweckmäßigste. Die Kassen werden auch in den Jahresberichten des Bundesamtes in erster Linie nach diesen Gesichtspunkten auseinandergehalten. Bei einer derartigen Gruppierung sind zu unterscheiden:

- a) *Offene Kassen*, d. h. Kassen, denen jedermann beitreten kann; es können Männerkassen oder Frauenkassen oder Kassen, die beiden Geschlechtern zugänglich sind, sein.
- b) *Konfessionelle und parteipolitische Kassen*, d. h. Kassen, bei denen die Beitrittsmöglichkeit von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Konfession oder einer bestimmten politischen Partei abhängig gemacht wird.
- c) *Berufs- und Berufsverbandskassen*, d. h. Kassen, die nur Angehörige einer bestimmten Berufs- oder Gewerkschaftsgruppe aufnehmen.
- d) *Betriebskassen*, d. h. Kassen, die die Arbeitnehmerschaft eines bestimmten Betriebes (Fabrik, Geschäft, Verwaltung) umfassen.

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

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

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

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

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

c) Die Kassen nach ihrem Tätigkeitsgebiet.

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

	Stadt Bern	Tätigkeitsgebiet Kanton Bern u. angrenz. Gebiete	Ganze Schweiz
Offene Kassen (einschl. 1 konfessio- nelle Kasse)	6	2	3
Berufs- und Berufsverbandskassen	6	—	10
Betriebskassen	7	2	2
<i>Überhaupt</i>	19	4	15

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

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

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

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

d) **Krankengeld- und Krankenpflegekassen.**

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

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

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

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

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

e) Die zeitliche Beschränkung der Versicherungsleistungen.

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

1. Die Berechtigung zum Bezug einer Entschädigung wird vom Ablauf einer bestimmten Dauer der Mitgliedschaft abhängig gemacht (Karenzzeit).
2. Die Kasse schließt Krankheiten von kurzer Dauer aus und nimmt ihre Leistungen erst einige Tage nach dem Eintritt der Krankheit auf (Wartefrist).
3. Die Versicherungsleistungen werden bei lange dauernden Krankheiten reduziert oder eingestellt.

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

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

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

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

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

Bei 2 Kassen	{	wird Krankengeld	{	1 Tag	dauert
„ 3 „		ausgerichtet,		2 Tage	„
„ 22 „		wenn die Krankheit		3 „	„
„ 11 „		mindestens		4 „	„

38 Kassen überhaupt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	Maximum der Unterstützungsduauer			
	120 Tage	180 Tage	360 Tage	540 Tage
Anerkannte Kassen	—	14	18	1
Nicht anerkannte Kassen ...	1	4	—	—
<i>Überhaupt</i>	<i>1</i>	<i>18</i>	<i>18</i>	<i>1</i>

2. Die Größe der Kassen (Übersicht 2).

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

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

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

Die 6 Kassen mit über 1000 Mitgliedern vereinigen nahezu $\frac{2}{3}$ aller in der Stadt Bern gegen Krankheit Versicherten auf sich. Von den übrigen 32 Kassen sind ihrer 10, d. h. rund $\frac{1}{4}$ aller Kassen solche mit 200 bis 500 Mitgliedern. Weitere 8 Kassen haben einen Mitgliederbestand von unter 100 Mitgliedern; auf diese letzten 21 % aller Kassen entfallen nur 2 % aller stadtbernschen Kassenmitglieder.

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

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

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

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

3. Die Versicherten.

a) Allgemeines.

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

Stadt Bern	Wohn- bevölkerung	absolut	Krankenkassenmitglieder	
			in % der Wohnbevölkerung	in % der Mitglieder
Männer	36 191	17 278	47,7	70,8
Frauen	44 273	6 623	15,0	27,2
Kinder unter 15 J.	24 162	486	2,0	2,0
	<u>104 626</u>	<u>24 387¹⁾</u>	<u>23,3</u>	<u>100,0</u>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Die Kinderversicherung.

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

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

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

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

c) Die mehrfache Versicherung.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Angenommen, daß auch bei den übrigen Kassen ungefähr $\frac{1}{4}$ aller Mitglieder gleichzeitig einer andern Kasse angehören, so ergibt sich eine Gesamtzahl von rund 6000 solcher Doppelmitglieder, d. h. 3000 versicherte Personen sind bei der Feststellung des Krankenkassenbestandes doppelt gezählt worden. **Die tatsächliche Zahl der in der Stadt Bern gegen Krankheit versicherten Personen kann also (abgesehen von der Krankenkasse der S.B.B.) auf 21 400 geschätzt werden;** das sind rund 20 % der Bevölkerung.

C. Erkrankungen und Krankentage.

1. Krankheitsverhältnisse im allgemeinen (Übersicht 3).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Erkrankungshäufigkeit der stadtbernerischen Krankenkassenmitglieder im Jahre 1924, nach Geschlecht, Unterstützungsduer und Art der Kasse.

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

¹⁾ Ohne Wochenbett.

a) Erkrankungshäufigkeit und Geschlecht.

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

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

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

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

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

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

b) Erkrankungshäufigkeit und Unterstützungsduauer.

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

	Durchschnittliche Zahl der Krankentage pro Mitglied bei Kassen mit einer Unterstützungsduauer von ... Tagen		
	bis 180	360	und mehr
Männer	6,5	9,0	
Frauen	8,8	10,0	
<i>Überhaupt</i>	<i>7,0</i>	<i>9,3</i>	

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

c) Erkrankungshäufigkeit und Kassenart.

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

	Durchschnittliche Zahl der Krankentage pro Mitglied im Jahre 1924 bei		
	offenen und konfessionellen Kassen	Berufs- und Berufsverbands- kassen	Betriebskassen
Männer	8,1	6,6	9,4
Frauen	9,5	8,5	10,6
<i>Überhaupt</i>	<i>8,6</i>	<i>6,8</i>	<i>9,7</i>

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

2. Die Krankheitsdauer (Übersicht 4).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zusammenfassend ergibt diese Aufstellung folgendes Bild:

Von je 100 Erkrankungen entfallen auf solche mit einer Dauer von
weniger mehr
als drei Wochen:

Bei den Männern	60,8	39,2
Bei den Frauen	42,8	57,2

Von je 100 Krankentagen entfallen auf Krankheiten
mit einer Dauer von
weniger mehr
als drei Wochen

Bei den Männern	26,0	74,0
Bei den Frauen	13,9	18,1

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

3. Das Wochenbett.

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

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

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

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

Von den 283 Wochenbetten wurden entschädigt:

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

Auf je 100 versicherte weibliche Mitglieder überhaupt entfielen im Berichtsjahr durchschnittlich

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

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

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

entsprechend kleiner als im schweizerischen Durchschnitt von 2,6.

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

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

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

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

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

D. Finanzielle Verhältnisse.

1. Mitgliederbeiträge und Kassenleistungen an die Mitglieder (Übersicht 5.)

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

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

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

**Durchschnittlicher Beitrag pro Mitglied
im Jahre 1924**

Stadt Bern	Fr. 42. 40
Schweiz	„ 28. —
Deutschland	RM. 55. 30

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

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

Die Gesamtleistungen der Kassen an ihre Mitglieder (Kranken- und Wöchnerinnengelder, Krankenpflegekosten, Sterbegelder) betrugen anderseits bei den 34 Kassen insgesamt Fr. 744 478. — oder pro Mitglied Fr. 36. 95 im Durchschnitt. Rund $\frac{3}{4}$ Millionen Franken (bei voller Berücksichtigung der Leistungen der städtischen Krankenkasse — vergl. Fußnote S. 37 — nahezu 1 Million) wurden demnach von den 34 Kassen in der Stadt Bern im Jahre 1924 für Krankenhilfe aufgewendet. Die Kassenleistungen machten in der Regel pro Mitglied 20—60 Franken, pro Erkrankten 50—200 Franken aus, wie der anschließenden Übersicht zu entnehmen ist.

Die Gesamtleistungen der Kasse betragen durchschnittlich:

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

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

Auf die einzelnen Ausgabengruppen verteilten sich diese Kassenleistungen wie folgt:

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

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

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

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

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

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

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

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

Bei 3 Kassen betrug das Kr'geld pro Kr'tag durchschn. 1—2 Fr.

Bei 34 Kassen betrug das Kr'geld pro Kr'tag durchschn. 3,12 Fr.

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

	Die Leistungen der Kasse waren bei . . . Kassen	
	höher	niedriger
	als die Summe der Mitgliederbeiträge	
Offene Kassen	4	6
Berufs- und Berufsverbandskassen . .	1	13
Betriebskassen	6	4
	<i>Überhaupt</i>	23

2. Gesamteinnahmen und -Ausgaben und Kassenvermögen. (Übersicht 6.)

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

a) Einnahmen.

Die 19 Kassen wiesen im Jahre 1924 folgende Einnahmensummen aus:

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

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

Sie betrug bei 5 Kassen weniger als 30 Franken

„ „ „	6	„	30—40	„
„ „ „	4	„	40—70	„
„ „ „	2	„	70—100	„
„ „ „	2	„	über 100	„

Sie betrug bei 19 Kassen durchschnittlich 67,6 Franken.

b) Ausgaben.

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

Ausgaben im Jahre 1924	absolut	pro Mitglied	in %
	Fr.		
Leistungen an Mitglieder	340 590	53.35	95,5
Verwaltungskosten u. Verschiedenes .	15 983	2.50	4,5
	<hr/>		
	356 573	55.85	100,0

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

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

bei 6 Kassen durchschnittlich bis 30 Franken pro Mitglied

„ 6 „ „	“	30—40	„	“	“
„ 5 „ „	“	40—60	„	“	“
„ 2 „ „	“	über 60	„	“	“

bei 19 Kassen durchschnittlich 55,85 Franken pro Mitglied

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

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

c) Vermögen.

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

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

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

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

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

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

II. Die städtische Krankenkasse.

A. Organisation und Mitgliederbestand.

1. Die Kassen-Organisation.

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

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

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

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

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

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

tionenrechtlich angestellten Funktionäre zur Krankenkasse ist also keineswegs genau umgrenzt.

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

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

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

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

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

entlastung bringen und gleichzeitig eine einheitliche Führung des Kassenwesens sicherstellen.

2. Die Mitglieder.

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

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

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

Die Mitglieder der städtischen Krankenkasse, Ende 1924.

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

¹⁾ Statistisches Handbuch, S. 360.

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁾ Dieser Betrag ist von der Verwaltungskommission der städt. Krankenkasse im November 1926 gemäß Weisungen des Bundesamts für Sozialversicherung sogar auf Fr. 2.50 erhöht worden.

B. Erkrankungen und Krankentage.

1. Die Häufigkeit der Erkrankungen (Übersicht 7).

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

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

Zusammen 1015 erkrankte Kassenmitglieder.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Die Krankheitsdauer (Übersicht 8).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Auf je 100 Krankentage entfallen solche
auf Krankheiten von**

	weniger als drei Wochen	mehr
Bei den Männern	28,1	61,9
Bei den Frauen	17,2	82,8
Bei den Beamten	29,0	71,0
Bei den Arbeitern	38,5	61,5

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

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

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

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

Die Krankheiten von über 60 Tagen Dauer hatten im Jahre 1924 eine Durchschnittsdauer von 118 Tagen; von der hieraus entstehenden Krankengeldbelastung für 5671 Tage hatte die Gemeinde ($48 \times 60 =$) 2880 Tage zu übernehmen, während 2791 Tage zu Lasten der Kasse fielen. Die Kasse wurde pro Mitglied durchschnittlich mit $\frac{2791}{1664} = 1,7$

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

3. Erkrankungen und Alter (Übersicht 9).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Art der Krankheiten (Übersicht 10).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

aller Erkrankungen ohne Krankentage.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C. Finanzielle Verhältnisse.

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

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

1. Einnahmen (Übersicht 11).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Der durchschnittliche Gemeindebeitrag pro Mitglied stieg von Fr. 6.86 im Jahre 1915 auf Fr. 23.36 im Jahre 1920. Seither ist er wieder etwas zurückgegangen; im Jahre 1924 betrug er Fr. 21.58 pro Mitglied. Die Summe der ordentlichen Gemeindebeiträge betrug stets rund $\frac{1}{4}$ (Kategorie A: $\frac{1}{5}$; Kategorie B: $\frac{1}{2}$) der Summe der Mitgliederbeiträge.

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

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

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

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

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

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

Kategorie B: Mitgliederbeitrag 2,4 % „ „ „
Gemeindebeitrag 1,2 % „ „ „

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

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

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

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

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

im Jahre 1924: Kategorie A: Fr. 106 236.—
Kategorie B: „ 29 313.—
Total: Fr. 135 549.—

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

Versicherte Gehaltssumme:

Kategorie A $\left(\frac{106\,236}{1,2} \times 100 = \right)$ Fr. 8 853 000.—

Kategorie B $\left(\frac{29\,313}{2,4} \times 100 = \right)$ Fr. 1 221 375.—

Versicherte Gehaltssumme überhaupt: Fr. 10 074 375.—

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

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

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

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

Die **Bundesbeiträge** betragen nach dem Bundesgesetz für Krankenversicherung pro Jahr und Mitglied Fr. 5.50. Für Mitglieder, die neben der städtischen Krankenkasse noch einer zweiten Kasse angehören, wird der Bundesbeitrag jener Kasse ausbezahlt, der das betreffende Mitglied länger angehört. Die Gesamtsumme der Bundesbeiträge, die der städtischen Krankenkasse von 1915—1924 ausgerichtet wurden, betrug Fr. 75 440 = 5,7 % der Gesamteinnahmen der Kasse. In den Jahren 1919—1923 betrug der Bundesbeitrag stets zwischen 6000 und 7000 Franken. Im Jahre 1918 wurde, um den Kassen die eingetretenen Grippe-Risiken tragen zu helfen, ein außerordentlicher Bundesbeitrag ausgerichtet. Die städtische Krankenkasse erhielt im Jahre 1918:

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

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

2. Ausgaben (Übersicht 12).

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

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

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

Städtische Krankenkasse: Die Ausgaben pro Mitglied 1915—1925.

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

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

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

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

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

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

Im ganzen sind also in den zehn Jahren 1915—1924 rund 2,2 Millionen Franken Gehaltsentschädigung an erkrankte Gemeindefunktionäre ausbezahlt worden; bis Ende 1925 waren es rund $2\frac{1}{2}$ Millionen Franken.

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Leistungen der städtischen Krankenkasse im Jahre 1924.

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

¹⁾ Vom 3. Monat an.

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

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

Bei den Beamten deckten im Jahre 1924 die Mitgliederbeiträge nahezu die Kassenleistungen (ohne Krankengeld für die 2 ersten Monate); für die Arbeiter mußten aus den andern Einnahmen der Kasse durchschnittlich Fr. 23. 02 Zuschuß geleistet werden, um für die, der größern Erkrankungshäufigkeit der Arbeiter (Siehe Seite 47) entsprechend höhern Erkrankungs-Kosten aufzukommen. Für Krankengelder und Arzt-kosten wurde die Kasse im Jahre 1924 durch die Arbeiter durchschnittlich stärker beansprucht, während Apotheker-, Spital- und Kurkosten bei den Beamten größer waren.

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

	Beamte	Arbeiter	Überhaupt
	Fr.	Fr.	Fr.
<i>a) Krankengeld-Summe.</i>			
Für die 2 ersten Monate (100 %)	70 838	185 449	256 287
Für die 4 nächsten Monate (80 %)	19 375	38 151	57 526
Für weitere Krankentage (60 %)	3 282	9 411	12 693
<i>Überhaupt</i>	<i>93 495</i>	<i>233 011</i>	<i>326 506</i>

b) Pro Mitglied.

Für die ersten 2 Monate	111. 73	180. 04	154. 02
Vom 3. Monat an	35. 74	46. 18	42. 20
<i>Überhaupt</i>	<i>147. 47</i>	<i>226. 22</i>	<i>196. 22</i>

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

3. Betriebsergebnisse und Vermögen.

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

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

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

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

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

D. Vergleich der städtischen Krankenkasse mit andern Kassen.

1. Städtische Krankenkasse und private Kassen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Vergleich mit andern öffentlichen Verwaltungen.

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

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

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

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

Beamte erhalten:

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

im Minimum aber die Höhe der Invalidenrente.

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

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

E. Schlußfolgerungen.

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

1. Kassenorganisation.

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

2. Mitgliedschaft.

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

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

3. Mitgliederbeiträge und Gemeindebeiträge.

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

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

4. Bundesbeiträge.

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

5. Ärztliche Eintrittsuntersuchung.

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

6. Überversicherung.

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

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

7. Krankheitshäufigkeit.

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

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

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

8. Gesundheitsstatistik.

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

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

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

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

III. Ausbaumöglichkeiten der Krankenversicherung.

A. Allgemeines.

Im Verlaufe der vorstehenden Darstellung des stadtbernerischen 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 kantonalbernerischen 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 Gemeindewesen 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 wohltätige 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 hatten¹⁾. 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 weitern 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 Gemeindemitteeln.

Zunächst soll nun versucht werden, die Ergebnisse der stadtbernischen 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, bezw. 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. — erloschen.

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 Apotheker Kosten 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 innenwohnt, ist, wie auch aus den Beratungen des kantonalen Gesetzes im Großen Rat deutlich hervorgeht, 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 obren 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 Studie¹⁾ 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		1380	1680	1990
Wohnung (einschließlich Heizung und Beleuchtung) ..	1831	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 Versicherungspflichtsgrenze 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 „Überarzung“, 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. Altersjahr 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 (Frauen- spital, 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 Versicherungzwang 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 Versicherungzwang 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 Haushaltungsvorstände, 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) rechnungsmäßig 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	7540
		<u>Zusammen 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	3 070 = 5,9 %
	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</u>	<u>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)	<u>5 833</u>	"
<i>Es bleiben versicherungspflichtig: (104 626—34 203)</i>	<u>34 203</u>	"
abzüglich nach (a) 8,7 % Säuglinge und Greise	<u>70 423</u>	"
<i>Total Versicherungspflichtige</i>	<u>6 127</u>	"
	<u>64 296</u>	"

II. Zahl der Erwerbenden nach (b)

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)	<u>5833</u>	15 427
Davon nach (b) 5,9 % über 60jährig	<u>910</u>	"
Nicht versicherungspflichtige Erwerbende unter 60 Jahren	<u>14 517</u>	"
Erwerbende unter 60 Jahren überhaupt, nach (b)	<u>48 754</u>	"
Bleiben <i>versicherungspflichtige Erwerbende</i> :	<u>34 237</u>	"
Deren Angehörige, nach (c) $34 237 \times 1,02$	34 921	
Davon nach (a) 8,7 % Säuglinge und Greise	<u>3 038</u>	
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 ange nommen 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 neuem 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. Anderseits 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 weiteren 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, hydro-therapeutische 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 Ärztegesellschaft 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	Krankenpflege- kosten
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 stadtbernerischen Kassen aus der Wochenbettversicherung erwachsen, werden dort (nach Abzug der Bundesbeiträge) mit durchschnittlich Fr. 50.— bis Fr. 55.— pro Wöchnerin angegeben, wobei allerdings auch großenteils 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 ungefährer **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 Tariffrage 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 Spitälkosten) 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 Überarzung, 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 vornehmerein 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 ungefährten 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 Nettkosten 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 schlösse 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. Anderseits 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 Fr.	1921 Fr.	1922 Fr.	1923 Fr.	1924 Fr.	1925 Fr.	Durchschnitt 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 Betreibungen 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 $\frac{1}{3}$, bezw. $\frac{2}{3}$ 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 betrugen 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 Geburshilfe unentgeltlich. So konnte Dr. Huber, Sekretär des Sanitätsdepartments, 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 Kassenmitglied, 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 unselbstständig 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 Beteiligungssystems 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 Krankenversicherungsbüro 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 übernahme 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 meistenteils *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 weiteren 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 abschlössen, 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 abstimmungs-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 größeren 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 stadtberlinischen 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.

Anderseits 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 entfalteten, um neue Mitglieder zu werben. Das Ausmaß dieses Zuzugs bezw. 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 Krankenversicherungsbereich 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, bezw. 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 jederzeit ja heute schon Krankenkassen zur Verfügung. Die Obligatoriumsfreunde 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 großenteils 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 begebe 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 Zuwarthen 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:

	Schweiz	Gesamtsterblichkeit auf 1000 Einwohner Städte			
		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 Krankenversicherungsbefreiungsobligatoriums 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)

Bern

(ohne Bümpliz)

1. Absolute Zahlen

Polizeilich gemeldete Grippe-Erkrankungen	36 691	23 137
Grippe-Todesfälle	772	684
Wohnbevölkerung am 31. Dezember 1918 .	137 730	100 770

2. Auf je 1000 Einwohner:

Erkrankungen	266	230
Todesfälle	5,6	6,8

3. Todesfälle auf je 1000 Erkrankungen 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	.
<i>Stadt Basel</i>	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, bezw. 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 Zusammenhang auch folgender Vergleich: Die Leistungen des Staates an die all-

gemeine Armenpflege betrugen 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 Kulturstaat, gewisse natürliche Grenzen gezogen; diese Ausgaben würden auch mit der Einführung des Krankenkassen-Obligatoriums nicht so ohne weiteres stark zusammenschrumpfen.

b) Die Überarzung 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. „Überarzung“, eine doppelseitige 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. Anderseits 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 gewöhnlich die Leute ans Kranksein, richtig wäre. Diese fühlen sich nicht kräcker 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 röhren, 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 Öftentlichen 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

	Spitalkosten pro Mitglied in Basel	Durchschnittliche	
		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 Morphium 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 gröbsten 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 einzige wirksame Mittel gegen die Überarzung **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 anderseits wieder auch darauf bedacht sein, daß der Arzt ihn nicht zu lange hinhält. 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 gehabt, 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. Anderseits 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 begebe. 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 Überarzung, 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 Überarzung 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 vorneherein der Überarzung 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 Überarzung 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 Überarzung von vorneherein 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 Aufnahmestimmungen** 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 Ärztewahl.

Einen andern wunden Punkt für die Durchführbarkeit des Obligatoriums und den Bestand des Krankenkassenwesens überhaupt erblicken die Kassen im Prinzip der *freien Ärztewahl*, wie es in Art. 15 und 16 des Bundesgesetzes verankert ist. Den Kassen wird allerdings die sog. *bedingt* freie Ärztewahl 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 Vertrage beizutreten. Die Kasse ihrerseits hat keine Möglichkeit, Ärzte vom Vertrage fernzuhalten, auch wenn sie ihr z. B. durch Überarzung 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 Ärztewahl durch die *beschränkt freie Ärztewahl* 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 Ärztewahl festgehalten werde. Die Ärzte betonen, daß die Einführung der beschränkt freien Ärztewahl 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 Ärztewahl 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 Ärztewahl 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 Um schreibung, die den einzelnen Gruppen zukommen, festgestellt werden. Die prinzipielle Dreiteilung ist aber auch für die Krankenversicherung von besonderem Interesse, indem sie nach dem vorstehend Gesagten zum Schluß 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 anderseits 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 Solothurn¹⁾ 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 Unverständ 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 %	<u>3 398</u>
	Im Alter von 1—14 Jahren	7 929
3.	<i>Versicherungspflichtige Kinder im Alter von 1—14 Jahren</i> .	<u>14 430</u>

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 Tarifermäßigungen 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 abstimmen 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. beitragsberechtigt 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 Prämiedifferenz 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
	10 917	22 359

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 abstimmen:

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 ausgebaut 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, selbständige 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 wird 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. Müller¹⁾ 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 Kinderspitales in Bern, als unabhängiges Institut gegründet. Die Direktion des Jenner'schen Kinderspitales gestattet zur Abhaltung dieser klinischen und poliklinischen Lehrstunden die Benutzung eines hiezu besonders eingerichteten Saales im Hintergebäude des Jenner'schen Kinderspitales. 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 verpflegt, 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	4 300

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	400
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 .....	.....	330
Total Verrichtungen		8630

4. Medikamente.

Von der Inselapotheke ausgeführte Rezepte	9000
Von der medizinischen Poliklinik direkt verabreicht	5500
	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, betrugen 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 Spitätern 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 stadtbernische Patienten im Jahre 1924

	Inselspital	Frauenspital	Zusammen
--	--------------------	---------------------	-----------------

Zahl der verpflegten Patienten	1 353	515	1 868
Zahl der Pflegetage	38 991	11 036	50 027
Durchschnittliche Zahl der Pflegetage			
pro Patient	28,8	21,4	26,8
Kosten pro Pflegetag 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 Pflegetage (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 Gemeindepot budget also mit folgenden Mindest-Ausgabenbeträgen zu rechnen:

1. Poliklinik-Behandlungen	rund Fr. 200 000
2. Spital-Pflege (Kliniken)	„ „ 200 000
Zusammen	Fr. 400 000

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 dahерigen 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, obwohl 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 ausgebauten 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 Gedanken-austausch 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 Privatapotheke auf Grund der eidgenössischen Militärtaxe geliefert. . . . Die Frage einer Staatsapotheke war schon bei der Organisation der Poliklinik ernstlich erwogen worden; der Vorteil billiger Arzneibeschaffung, 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 Ärztewahl 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 Elsasse mehr oder weniger ausblieben. Die „Poliklinik-Abwanderung“ ist in Basel-Stadt eine vorübergehende Kriegserscheinung 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 Ärztewahl überhaupt das einzige 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 anderseits 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 Überarztnung, 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 anderseits, 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 Überarzung 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.

Übersichten:

A. Kassen überhaupt.

1. Tätigkeitsgebiet und Geschäftsumfang der Krankenkassen in der Stadt Bern im Jahre 1924.
2. Die stadtbernischen Krankenkassenmitglieder im Jahre 1924.
3. Erkrankte und Krankentage (stadtbernische Kassenmitglieder) im Jahre 1924.
4. Die Dauer der Erkrankungen von über 3 Tagen (bei den stadtbernischen Mitgliedern von 32 Kassen) im Jahre 1924.
5. Mitgliederbeiträge und Kassenleistungen an stadtbernische Mitglieder (34 Kassen) im Jahre 1924.
6. Einnahmen, Ausgaben und Vermögen der 19 stadtbernischen Krankenkassen im Jahre 1924.

B. Städtische Krankenkasse.

7. Mitgliederbestand, Erkrankungen und Krankentage im Jahre 1924, nach Verwaltungsabteilungen.
8. Erkrankungen und Krankentage im Jahre 1924, nach Krankheitsdauer.
9. Mitglieder, Erkrankungen (mit Krankentagen) und Krankentage im Jahre 1924, nach dem Alter der Mitglieder.
10. Erkrankungen und Krankentage im Jahre 1924, nach Krankheiten.
11. Einnahmen 1915—1925.
12. Ausgaben 1915—1925.

C. Graphische Darstellungen.

(Ausgeführt vom städt. Vermessungsamt.)

- Tafel 1: a) Stadt Bern: Gegen Krankheit versicherte Personen, in % der Wohnbevölkerung;
b) Durchschnittliche Zahl der Krankentage pro Mitglied und Jahr (Morbidität).

- Tafel 2: Städtische Krankenkasse:
a) Doppelversicherung und Krankheitshäufigkeit;
b) Die hauptsächlichsten Krankheiten, 1924;

- Tafel 3: Gesamt-Einnahmen und -Ausgaben, 1915—1924.

- Tafel 4: Durchschnittliche Einnahmen und Ausgaben pro Mitglied, 1915—1925.

D. Anhang.

Drei Erhebungsformulare.

Tätigkeitsgebiet und Geschäftsumfang der Krankenkassen in der Stadt Bern im Jahre 1924.

Übersicht 1.

Nr.	Kassenart Name	Vom Bun- desrat aner- kannt	Tätigkeitsgebiet der Kasse	Unter- stützung: G - Geld P - Pflege S - Sterbe- geld	Maximum der Unter- stützungs- dauer im Krankheits- fall	Krankengeld wird ausgerichtet	
						für Krank- heiten von mindestens ... Tagen	vom ... ten Krankh. tage an
Offene Kassen :							
1	Helvetia	Ja	Schweiz	G P ¹⁾ S	180	3	2
2	Bern. Krank.- u. Unfallkasse	Nein	Kanton Bern	G P S	180	1	1
3	Hoffnung	Ja	Stadt Bern	G S	180	4	1
4	Männer-Krankenkasse	Nein	"	G S	180	4	1
5	Matte Bern u. Umgebung	Nein	"	G S	180	3	1
6	Allgemeine Kranken- und Wöchnerinnenkasse	Ja	"	G S	180	4	1
7	Brandkorps	Ja	"	G S	180	3	1
8	Grütl	Ja	Schweiz	G P ²⁾	360	2	2
9	Konkordia (Konfess. Kasse)	Ja	"	G P S	360	3	1
10	Krankenkasse f. d. Kt. Bern	Ja	Kanton Bern	G S	360	3	1
11	Schweiz. Krankenkasse ...	Ja	Stadt Bern	G S	360	4	1
Berufs- und Berufsverbandskassen :							
12	Bau- u. Holzarbeiterverband	Ja	Schweiz	G S	180	3	1
13	Buchbinderverband	Ja	"	G S	180	3	1
14	Lithographenbund	Ja	"	G S	180	3	1
15	Metall- u. Uhrenarbeiterverb.	Ja	"	G	180	3	1
16	Gipser und Maler	Ja	Stadt Bern	G S	180	4	1
17	Hafner	Nein	"	G	180	4	1
18	Schreiner	Ja	"	G S	180	3	1
19	Spengler	Ja	"	G P S	180	4	1
20	Vereinigte Metallarbeiter ..	Ja	"	G S	180	3	1
21	Schweiz. Lokomotivpersonal	Ja	Schweiz	G S	360	4	3
22	Zugspersonal S. B. B.	Ja	"	G	360	3	3
23	Handels-, Transport und Lebensmittelarbeiter	Ja	"	G P ¹⁾ S	360	3	2
24	Personal schweizerischer Transportanstalten	Ja	"	G P ³⁾ S	360	3	3
25	Typographenbund	Ja	"	G P S ⁴⁾	360	3	1
26	Papier- u. graphische Hilfsarbeiter	Ja	"	G P S	360	2	1
27	Bekleidungs-Industrie	Ja	Stadt Bern	G S	360	4	1
Betriebskassen :							
28	Personal der Firma Neher Söhne	Nein	Stadt Bern	G P S	120	3	1
29	Arbeiter der mechan. Seidenstoffweberei	Ja	"	G P S	180	4	1
30	Firma Dr. Wander A.-G.	Ja	"	G P S	180	4	1
31	„Securitas“, schweiz. Be-wachungsgesellschaft	Ja	Schweiz	G	360	3	1
32	Personal der A.-G. Chocolat Tobler	Ja	"	G P S	360	3	3
33	Arbeiter d. Gießerei Bern	Ja	Bern u. Umgeb.	G P ⁵⁾ S	360	3	1
34	Librairie Edition S. A. ...	Ja	Bern, Neuenb. etc.	G P S	360	2	1
35	Firma Gugelmann (Felsenau)	Ja	Bern u. Lg'thal	G S	360	3	1
36	Hasler A.-G.	Ja	Stadt Bern	G S	540	3	1
37	Arbeiter d. eidg. Waffenfabr.	Ja	"	G P S	360	3	1
38	Städtische Krankenkasse .	Ja	"	G P S	360	1	1

¹⁾ In der Stadt Bern keine für Pflege versicherten Mitglieder. — ²⁾ Versicherung für Geld, bezw. Pflege in verschiedenen Mitgliedschaftsklassen. — ³⁾ Pflege wird nur vergütet, wenn die Arbeit nicht ausgesetzt wird. — ⁴⁾ Überdies Altersversicherung. — ⁵⁾ Nur Zahnpflege.

Die stadtbernerischen Krankenkassen-Mitglieder im Jahre 1924.

Übersicht 2.

Kassenart — Name	Stadtbernerische, erwachsene Mitglieder					Mitglieder, die gleichzeitig einer andern Krankenkasse angehören	
	Bestand Ende 1924			Be-stand Ende 1923	Zu-(+) bezw. Abnahme im Jahre 1924		
	Männer	Frauen	über-haupt		absolut	in %	
Offene Kassen	7 773	5108	12 881	12 275	+ 606	.	.
Helvetia	1 409	964	2 373	2 307	+ 66	634	26,7
Bernische Kranken- u. Unfallkasse	1 541	835	2 376	2 237	+ 139	227	9,6
Hoffnung	157	69	226	201	+ 25	44	19,5
Männer-Krankenkasse	62	—	62	59	+ 3	.	.
Matte Bern und Umgebung	366	—	366	362	+ 4	75	20,5
Allg. Kranken- u. Wöchnerinnenkasse	—	112	112	115	— 3	18	16,1
Brandkorps	392	1	393	376	+ 17	192	48,9
Grütl	570	440	1 010 ¹⁾	861	+ 149	.	.
Konkordia	216	315	531 ²⁾	517	+ 14	.	.
Krankenkasse für den Kanton Bern	2 473	2221	4 694	4 535	+ 159	457	9,7
Schweizerische Krankenkasse	587	151	738	705	+ 33	324	43,9
Berufs- u. Berufsverbandskassen ..	6 422	396	6 818	6 881	— 63	.	.
Bau- und Holzarbeiterverband	881	—	881	957	— 76	.	.
Buchbinderverband	176	124	300	310	— 10	.	.
Lithographenbund	165	—	165	146	+ 19	41	24,8
Metall- und Uhrenarbeiterverband	2 573	51	2 624	2 624	—	.	.
Gipser und Maler	120	—	120	115	+ 5	41	34,2
Hafner	27	—	27	27	—	6	22,2
Schreiner	191	—	191	195	— 4	142	74,3
Spengler	106	—	106	105	+ 1	76	71,7
Vereinigte Metallarbeiter	275	—	275	283	— 8	195	70,9
Schweizerisches Lokomotivpersonal	44	—	44	43	+ 1	.	.
Zugspersonal S. B. B.	80	—	80	77	+ 3	47	58,8
Handels-, Transport- u. Lebensmittelarbeiter	176	71	247	350	— 103	68	27,5
Personal schweiz. Transportanstalten	578	12	590	519	+ 71	63	10,7
Typographenbund	795	—	795	749	+ 46	257	32,3
Papier- und graphische Hilfsarbeiter	42	45	87	87	—	13	14,9
Bekleidungs-Industrie	193	93	286	294	— 8	22	7,7
Betriebskassen	3 083	1119	4 202	4 006	+ 196	.	.
Personal der Firma Neher Söhne	59	41	100	114	— 14	.	.
Arbeiter der mech. Seidenstoffweberei	22	128	150	160	— 10	32	21,3
Firma Dr. Wander A.-G.	85	100	185	170	+ 15	58	31,3
„Securitas“, schweiz. Bewachungsgesellschaft	18	—	18	18	—	13	72,2
Personal der A.-G. Chocolat Tobler	184	301	485	453	+ 32	50	10,3
Arbeiter der Gießerei Bern	164	—	164	152	+ 12	108	65,9
Librairie Edition S. A.	17	38	55	45	+ 10	5	9,1
Firma Gugelmann (Felsenau)	164	255	419	431	— 12	82	19,6
Hasler A.-G.	557	103	660	566	+ 94	.	.
Arbeiter der eidg. Waffenfabrik	302	—	302	299	+ 3	228	75,5
Städtische Krankenkasse	1 511	153	1 664	1 598	+ 66	787	47,3
Überhaupt (38 Kassen)	17 278	6623	23 901	23 162	+ 739	.	24,0

¹⁾ Berücksichtigt sind nur die für Krankengeld versicherten Mitglieder, da neueintretende Erwachsene, die sich für Pflege versichern, auch für Geld versichern müssen. Versicherte Kinder (nur für Pflege): 386. —

²⁾ Dazu: Versicherte Kinder (nur für Pflege): 100.

Erkrankte und Krankentage (stadtbernische Kassenmitglieder) im Jahre 1924.

Übersicht 3.

Kassenart — Name	Mit- glieder (Ende des Jahres)	Erkrankte ¹⁾		Krankentage		
		absolut	in % der Mit- glieder	absolut	pro Er- krank- ten	pro Mit- glied
Offene Kassen	12 881	2933	22,8	119 642	40,8	9,3
Helvetia	2 373	642	27,1	25 057	39,0	10,6
Bernische Kranken- und Unfallkasse	2 376	354	14,9	10 546	29,8	4,4
Hoffnung	226	43	19,0	1 995	46,4	8,8
Männer-Krankenkasse	62	12	19,4	377	31,4	6,1
Matte Bern und Umgebung	366	103	28,1	2 632	25,6	7,2
Allgemeine Kranken- u. Wöchnerinnenkasse	112	35	31,3	1 851	52,9	16,5
Brandkorps	393	90	22,9	3 446	38,3	8,8
Grütl	1 010	231	22,9	6 449	27,9	6,4
Konkordia	531	137	25,8	4 563	33,3	8,6
Krankenkasse für den Kanton Bern	4 694	1114	23,7	56 042	50,3	11,9
Schweizerische Krankenkasse	738	172	23,3	6 684	38,9	9,1
Berufs- und Berufsverbandskassen	6 818	1639	24,0	45 943	28,0	6,7
Bau- und Holzarbeiterverband	881	184	20,9	5 412	29,4	6,1
Buchbinderverband	300	67	22,3	2 216	33,1	7,4
Lithographenbund	165	46	27,9	922	20,0	5,6
Metall- und Uhrenarbeiterverband	2 624	551	21,0	14 455	26,2	5,5
Gipser und Maler	120	23	19,2	1 008	43,8	8,4
Hafner	27	6	22,2	129	21,5	4,8
Schreiner	191	34	17,8	1 000	29,4	5,2
Spengler	106	32	30,2	620	19,4	5,8
Vereinigte Metallarbeiter	275	114	41,5	3 463	30,4	12,6
Schweizerisches Lokomotivpersonal	44	14	31,8	214	15,3	4,9
Zugspersonal S. B. B.	80	24	30,0	728	30,3	9,1
Handels-, Transport- u. Lebensmittelarbeiter	247	55	22,3	2 393	43,5	9,7
Personal schweizerischer Transportanstalten	590	221	37,5	5 045	22,8	8,6
Typographenbund	795	192	24,2	5 122	26,7	6,4
Papier- und graphische Hilfsarbeiter	87	21	24,1	778	37,0	8,9
Bekleidungsindustrie	286	55	19,2	2 438	44,3	8,5
Betriebskassen	4 202	1699	40,4	42 679	25,1	10,2
Personal der Firma Neher Söhne	100	49	49,0	773	15,8	7,7
Arbeiter der mechan. Seidenstoffweberei	150	58	38,7	1 983	34,2	13,2
Firma Dr. Wander A.-G.	185	55	29,7	2 117	38,5	11,4
„Securitas“, schweiz. Bewachungsgesellschaft	18	8	44,4	237	29,6	13,2
Personal der A.-G. Chocolat Tobler	485	193	39,8	3 042	15,8	6,3
Arbeiter der Gießerei Bern	164	44	26,8	1 208	27,5	7,4
Librairie Edition S. A.	55	26	47,3	314	12,1	5,7
Firma Gugelmann (Felsenau)	419	188	44,9	4 937	26,3	11,8
Hasler A.-G.	660	190	28,8	4 503	23,7	6,8
Arbeiter der eidg. Waffenfabrik	302	102	33,8	2 106	20,6	7,0
Städtische Krankenkasse	1 664	786 ³⁾	47,2	21 459	27,3	12,9
Überhaupt (38 Kassen)	23 901	6271	26,2	208 264	33,2	8,7
Davon Männer	17 278	4517	26,1	133 811	29,6	7,7
Frauen ³⁾	6 623	1754 ³⁾	26,5	74 453 ³⁾	42,4	11,2

¹⁾ Während des Jahres mehrmals Erkrankte nur einmal gezählt. — ²⁾ Erkrankungen ohne Aussetzung der Arbeit nicht mitgezählt. — ³⁾ Einschließlich 283 Wochenbette mit 11 122 Tagen.

Die Dauer der Erkrankungen von über 3 Tagen (bei den stadtbernischen Mitgliedern von 32 Kassen), im Jahre 1924.

Übersicht 4.

Kassenart Name	Erkrankgn. von Über 3 Tagen Überhaupt	Erkrankungen mit einer Dauer von ... Tagen:						
		4—10	11—20	21—30	31—60	61—90	91 bis 180	über 180
<i>Offene Kassen</i>	3 400	624	976	548	821	196	182	53
Helveticia	765	144	239	105	179	50	48	—
Bernische Kranken- u. Unfallkasse	437	101	144	94	74	15	8	1
Hoffnung	50	3	23	9	9	3	—	3
Männer-Krankenkasse	12	—	5	3	3	1	—	—
Matte Bern und Umgebung	78	25	21	11	14	6	1	—
Allg. Kranken- u. Wöchnerinnen-kasse	39	3	5	5	20	1	5	—
Brandkorps	100	23	33	12	17	7	8	—
Grütsli	257	68	77	39	57	11	5	—
Konkordia	136	32	34	20	36	6	6	2
Krankenkasse f. d. Kanton Bern	1 339	181	342	218	379	86	91	42
Schweizerische Krankenkasse ..	187	44	53	32	33	10	10	5
<i>Berufs- u. Berufsverbandskassen</i> ..	1 458	398	419	259	228	89	56	9
Buchbinderverband	71	10	21	16	19	2	2	1
Metall- und Uhrenarbeiterverb.	562	156	176	91	92	23	24	—
Gipser und Maler	29	9	2	6	7	2	3	—
Hafner	6	—	5	—	1	—	—	—
Schreiner	37	8	15	3	5	6	—	—
Spengler	33	8	13	9	2	1	—	—
Vereinigte Metallarbeiter	140	23	32	43	15	26	1	—
Zugspersonal S. B. B.	29	6	11	4	7	1	—	—
Handels-, Transport- und Le-bensmittelarbeiter	64	14	21	14	8	2	1	4
Personal schweizerischer Trans-portanstalten	233	81	64	39	35	8	6	—
Typographenbund	175	60	45	23	18	14	12	3
Papier- und graph. Hilfsarbeiter	20	7	3	4	4	1	—	1
Bekleidungsindustrie	59	16	11	7	15	3	7	—
<i>Betriebskassen</i>	1 729	585	568	254	232	41	41	8
Personal der Firma Neher Söhne	47	16	12	12	7	—	—	—
Arbeiter der mechanischen Sei-denstoffweberei	58	7	10	10	24	5	2	—
Firma Dr. Wunder A.-G.	55	6	14	14	12	5	3	1
„Securitas“, schweizerische Be-wachungsgesellschaft	12	4	3	3	1	1	—	—
Firma Gugelmann (Felsenau) ..	224	59	83	37	35	7	3	—
Hasler A.-G.	214	75	66	30	32	6	5	—
Arbeiter der eidg. Waffenfabrik ..	147	82	47	6	8	—	4	—
Städtische Krankenkasse	972	336	333	142	113	17	24	7
Erkrankungen überhaupt (32 Kassen)	6 587	1 607	1 963	1 061	1 281	326	279	70
Davon Männer	4 714	1 348	1 520	735	692	203	177	39
Frauen	1 873	259	443	326	589	123	102	31
(Davon Wochenbett)	(261)	(5)	(8)	(7)	(241)	(—)	(—)	(—)
Krankentage überhaupt	195 854	11 447	29 483	26 013	53 975	22 663	34 175	18 098
Davon Männer	124 208	9 537	22 680	17 653	28 783	13 762	21 510	10 283
Frauen	71 646	1 910	6 803	8 360	25 192	8 901	12 665	7 815
(Davon Wochenbett)	(10 050)	(29)	(116)	(181)	(9 724)	(—)	(—)	(—)

**Mitgliederbeiträge und Kassenleistungen an stadtbernische Mitglieder
(34 Kassen) im Jahre 1924.**

Übersicht 5.

Kassenart Name	Beiträge stadtber- nischer Mitglieder (einschl. Eintritts- gelder)	Leistungen der Kasse an stadtbernische Mitglieder				
		Kranken- geld	Wöchne- rinnen- u. Stillgeld	Arzt, Arz- nei, Spital- und Heil- kosten	Sterbe- geld	Überhaupt
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
<i>Offene Kassen</i>						
Helvetia	373 231	254 522	18 055	40 996	5 820	319 393
Hoffnung	113 547	75 707	5 071	377	2 470	83 625
Männer-Krankenkasse	6 870	4 839	104	—	370	5 313
Matte Bern und Umgebung	1 460	1 266	—	—	240	1 506
Allgem. Kranken- und Wöch- nerinnenkasse	6 510	5 360	—	—	—	5 360
Brandkorps	1 838	2 038	267	—	40	2 345
Grütl	9 774	12 061	—	—	360	12 421
Konkordia	65 471	15 890	340	28 337	—	44 567
Krankenkasse f. d. Kant. Bern	21 829	8 114	220	11 454	190	19 978
Schweizerische Krankenkasse .	124 050	110 008	11 701	828	1 550	124 087
	21 882	19 239	352	—	600	20 191
<i>Berufs- und Berufsverbands- kassen</i>						
Bau- und Holzarbeiterverband	223 322	140 587	289	3 146	6 420	150 442
Lithographenbund	26 403	20 194	—	—	1 075	21 269
Metall- u. Uhrenarbeiterverband	9 094	7 047	—	—	—	7 047
Gipser und Maler	59 442	34 785	—	—	—	34 785
Hafner	4 233	3 692	—	—	100	3 792
Schreiner	352	268	—	—	—	268
Spengler	6 937	4 932	—	—	1 400	6 332
Vereinigte Metallarbeiter	6 302	3 219	—	962	120	4 301
Schweiz. Lokomotivpersonal ..	9 314	9 148	—	—	300	9 448
Zugspersonal S. B. B.	1 373	490	—	—	—	490
Handels-, Transport- und Le- bensmittelarbeiter	3 204	1 982	—	—	—	1 982
Typographenbund	9 114	7 158	20	—	220	7 398
Papier- u. graph. Hilfsarbeiter .	72 258 ¹⁾	37 256	— ²⁾	1 456	2 775	41 487
Bekleidungs-Industrie	4 944	2 521	40	728	130	3 419
	10 352	7 895	229	—	300	8 424
<i>Betriebskassen</i>						
Personal der Fa. Neher Söhne	258 103	155 655	1 844	113 894	3 250	274 643
Arbeiter der mechanischen Sei- denstoffweberei	2 375	2 389	—	538	50	2 977
Firma Dr. Wunder A.-G.	5 173	3 486	440	4 116	—	8 042
„Securitas“, schweizerische Be- wachungsgesellschaft	8 591	10 765	20	7 331	300	18 416
Arbeiter der Gießerei Bern ...	720	1 650	—	—	—	1 650
Librairie Edition S. A.	11 856	7 745	—	891	600	9 236
Firma Gugelmann (Felsenau) .	1 582	1 013	—	1 855	—	2 868
Hasler A.-G.	26 551	20 561	1 384	660	100	22 705
Arbeiter der eidg. Waffenfabrik	46 021	32 562	—	163	200	32 925
Städtische Krankenkasse	17 529	5 265	—	8 185	1 400	14 850
	137 705	70 219 ³⁾	—	90 155	600	160 974
Überhaupt (34 Kassen)	854 656	550 764	20 188	158 036	15 490	744 478

¹⁾ Einschließlich Versicherung des Invaliden-Risikos. — ²⁾ Ausgerichtete Invalidenunterstützungen:
Fr. 28 586. — ³⁾ Fr. 256 287 Krankengeld während der ersten 2 Monate, das von der Gemeinde an die Kasse zurück-
erstattet wird, nicht eingerechnet.

**Einnahmen, Ausgaben und Vermögen der 19 stadtbernerischen Krankenkassen
im Jahre 1924.**

Übersicht 6.

Kasse	Einnahmen Fr.				Ausgaben Fr.			Ver- mögen Ende des Jahres Fr.
	Mitglieder- beiträge	Bundes- subven- tionen	Zinsen und Verschiedenes	Über- haupt	Leistungen an die Mitglieder	Ver- waltung und Ver- schiedenes	Über- haupt	
Hoffnung	6 870	646	614	8 130	5 313	833	6 146	15 885
Männer-Kranken- kasse	1 460	—	—	1 460	1 506	322	1 828	12 529
Matte Bern und Umgebung ..	6 510	—	—	6 510	5 360	1 131	6 491	20 325
Allg. Kranken- u. Wöchnerinnen- kasse	1 838	648	—	2 486	2 345	310	2 655	3 813
Brandkorps	9 774	1 081	1 890	12 745	12 421	908	13 329	35 901
Schweizerische Krankenkasse	21 882	1 888	1 403	25 173	20 191	1 924	22 115	34 281
Gisper u. Maler .	4 233	380	99	4 712	3 792	794	4 586	13 735
Hafner	352	—	354	706	268	88	356	8 056
Schreiner	6 937	429	—	7 366	6 332	819	7 151	19 901
Spengler	6 302	460	617	7 379	4 301	537	4 838	16 161
Vereinigte Me- tallarbeiter ..	9 314	546	2	9 862	9 448	1 302	10 750	15 196
Bekleidungs-In- dustrie	10 352	1 102	944	12 398	8 424	1 366	9 790	16 984
Personal d. Fa. Neher Söhne .	2 375	—	—	2 375	2 977	67	3 044	5 920
Mech. Seiden- stoffweberei .	5 173	1 274	2 918 ¹⁾	9 365	8 042	234	8 276	11 625
Firma Dr. Wan- der A.-G. ...	8 591	800	9 800 ²⁾	19 191	18 416	635	19 051	7 905
Fa. Gugelmann	26 551	1 879	9 282 ³⁾	37 712	22 705	24	22 729	146 387
Hasler A.-G. ...	46 021	1 195	—	47 216	32 925	1 438	34 363	86 451
Arbeiter d. eidg. Waffenfabrik	17 529	1 148	1 278	19 955	14 850	1 796	16 646	26 546
Städt. Kranken- kasse	137 705	7 821	51 274 ⁴⁾ ⁵⁾	196 800	160 974 ⁶⁾	1 455	162 429	311 678
Überhaupt (19 Kassen)	329 769	21 297	80 475	431 541	340 590	15 983	356 573	809 279

Davon Beiträge des Arbeitgebers:

¹⁾ Fr. 2244. —. ²⁾ Fr. 7969. —. ³⁾ Fr. 2000. —. ⁴⁾ Fr. 35 907. —. ⁵⁾ Fr. 256 287 Krankengeld während der ersten 2 Monate, das von der Gemeinde an die Kasse zurückerstattet wird, nicht eingerechnet.

**Mitgliederbestand, Erkrankungen und Krankentage im Jahre 1924,
nach Verwaltungsabteilungen.**

Übersicht 7.

Anstellungskategorie Verwaltungsabteilung	Mitglieder Ende 1924				Erkrankte			Erkrankungen		Kranken- tage	
	Männer	Frauen	Überhaupt		ohne	mit	ohne u. mit	ohne	mit		
			Im ganzen	Davon einer andern Kasse an- gehörend							
Beamte	483	151	634	183	142	151	64	283	274	6 005	
Präsidialabteilung	16	5	21	7	8	4	1	21	5	73	
Baudirektion I	46	1	47	11	17	12	6	29	23	311	
Baudirektion II	23	2	25	7	8	4	1	11	6	92	
Schuldirektion	52	22	74	21	11	17	3	17	26	805	
Polizeidirektion	84	36	120	39	30	21	11	61	39	842	
Finanzdirektion	77	6	83	24	18	16	14	38	39	1 020	
Soziale Fürsorge	33	50	83	18	25	18	8	42	33	1 058	
Industr. Betriebe, Stat. Amt, S.B.V., L.O.K.	4	2	6	—	2	1	—	2	1	31	
Gaswerk und Wasser- versorgung	65	7	72	31	13	25	5	27	40	746	
Elektrizitätswerk	54	16	70	14	4	23	5	11	31	493	
Straßenbahnen	29	4	33	11	6	10	10	24	31	534	
 <i>Arbeiter</i>	 1028	 2	 1030	 604	 87	 470	 101	 226	 873	 15 454	
Baudirektion I	207	—	207	104	16	99	16	35	159	3 146	
Baudirektion II	49	—	49	11	—	21	4	4	30	538	
Polizeidirektion	62	—	62	26	5	17	5	12	24	649	
Soziale Fürsorge	8	—	8	3	—	1	—	—	1	48	
Industr. Betriebe, Stat. Amt, S.B.V., L.O.K.	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
Gaswerk und Wasser- versorgung	207	—	207	193	20	106	16	43	205	3 818	
Elektrizitätswerk	120	—	120	98	7	64	8	18	106	2 022	
Straßenbahnen	374	2	376	169	39	162	52	114	348	5 233	
 Überhaupt	1511	153	1664	787	229	621	165	509	1147	21 459	
Davon:											
Kat. A (Definitive) ...	1295	83	1378	688	202	523	141	445	989	18 449	
Kat. B (Provisorsche) .	216	70	286	99	27	98	24	64	158	3 010	

**Erkrankungen und Krankentage im Jahre 1924,
nach Krankheits-Dauer.**

Übersicht 8.

Dauer der Erkrankung	Beamte			Arbeiter			Ueberhaupt		
	Männer	Frauen	Überhaupt	Männer	Frauen	Überhaupt	Männer	Frauen	Überhaupt
1. Zahl der Erkrankungen.									
1—3 Tage	28	11	39	136	—	136	164	11	175
4—10 „	72	21	93	243	—	243	315	21	336
11—20 „	54	14	68	263	2	265	317	16	333
21—30 „	19	10	29	112	1	113	131	11	142
31—60 „	17	9	26	87	—	87	104	9	113
61—90 „	3	2	5	12	—	12	15	2	17
91—180 „	4	7	11	13	—	13	17	7	24
über 180 „	2	1	3	4	—	4	6	1	7
Überhaupt	199	75	274	870	3	873	1069	78	1 147
2. Zahl der Krankentage.									
1—3 Tage	56	27	83	219	—	219	275	27	302
4—10 „	485	136	621	1 733	—	1 733	2 218	136	2 354
11—20 „	824	211	1035	3 972	31	4 003	4 796	242	5 038
21—30 „	444	244	688	2 817	28	2 845	3 261	272	3 533
31—60 „	745	349	1094	3 467	—	3 467	4 212	349	4 561
61—90 „	224	164	388	830	—	830	1 054	164	1 218
91—180 „	431	801	1232	1 440	—	1 440	1 871	801	2 672
über 180 „	504	360	864	917	—	917	1 421	360	1 781
Überhaupt	3713	2292	6005	15 395	59	15 454	19 108	2351	21 459

**Mitglieder, Erkrankungen (mit Krankentagen) und Krankentage
im Jahre 1924 nach dem Alter der Mitglieder.**

Übersicht 9.

Erkrankungen und Krankentage im Jahre 1924, nach Krankheiten.

Übersicht 10.

Krankheiten	Erkrankungen ohne Krankentage			Erkrankungen mit Krankentagen			Krankentage		
	Be- amte	Ar- beiter	Über- haupt	Be- amte	Ar- beiter	Über- haupt	Be- amte	Ar- beiter	Über- haupt
1. Infektionskrankheiten	8	2	10	69	200	269	1690	3704	5394
Tuberkulose	1	—	1	8	7	15	858	504	1362
Influenza-Grippe	6	1	7	55	177	232	736	2792	3528
Mumps	—	—	—	1	1	2	9	10	19
Gesichtsrose	—	—	—	2	4	6	31	87	118
Gelenkrheumatismus	1	1	2	3	11	14	56	311	367
2. Blut- und Stoffwechselkrankh.	3	6	9	3	5	8	53	98	151
Erkrankungen des Lymph- Systems	—	4	4	1	2	3	25	31	56
Blutarmut	2	1	3	2	—	2	28	—	28
Zuckerkrankheit	1	1	2	—	3	3	—	67	67
3. Krankh. des Ernährungs- und Verdauungsapparates	48	70	118	35	137	172	787	2207	2994
Mund- und Zahnkrankheiten	23	51	74	4	16	20	16	60	76
Kropfoperationen	—	—	—	—	2	2	—	145	145
Magenstörungen	12	9	21	14	50	64	308	1064	1372
Darm- u. Magendarmkatarrh	10	9	19	7	58	65	59	657	716
Blinddarmentzündung	—	—	—	5	6	11	342	176	518
Bauchfellentzündung	—	—	—	—	1	1	—	36	36
Leber-, Gallen und Milz-Er- krankungen	1	—	1	4	1	5	42	6	48
Bruch	2	1	3	1	3	4	20	63	83
4. Krankheiten des Atmungs- apparats	75	33	108	70	188	258	1084	2922	4006
Krankheiten der Hirn- und Nasenhöhlen	1	7	8	7	16	23	74	123	197
Halskrankheiten und Rachen- katarrh	22	11	33	25	32	57	307	290	597
Kehlkopf-Erkrankungen . . .	3	3	6	—	8	8	—	128	128
Bronchial-Katarrh	35	8	43	23	96	119	287	1302	1589
Lungen-Katarrh	10	2	12	11	19	30	308	442	750
Lungenentzündung	—	—	—	1	3	4	17	168	185
Brustfellentzündung	—	1	1	1	8	9	40	285	325
Asthma	4	1	5	2	6	8	51	184	235
5. Krankheiten d. Kreislauforgane	11	2	13	11	18	29	199	640	839
Herzkrankheiten	7	—	7	10	7	17	149	377	526
Arterienverkalkung	2	—	2	—	—	—	—	—	—
Venenentzündung	1	—	1	—	3	3	—	95	95
Krampfadern	1	2	3	1	3	4	50	69	119
Haemorrhoiden	—	—	—	—	5	5	—	99	99

Erkrankungen und Krankentage im Jahre 1924, nach Krankheiten.

Übersicht 10a.

Krankheiten	Erkrankungen ohne Krankentage			Erkrankungen mit Krankentagen			Krankentage		
	Be-amte	Ar-beiter	Über-haupt	Be-amte	Ar-beiter	Über-haupt	Be-amte	Ar-beiter	Über-haupt
6. Störungen d. Nervensystems u. der Psyche	16	15	31	23	46	69	1248	1442	2690
Neuralgie u. Nervenentzündung (Neuritis)	4	7	11	6	15	21	234	304	538
Ischias	1	3	4	6	17	23	275	596	871
Allgemeine Nervosität	11	5	16	10	13	23	379	392	771
Geisteskrankheit	—	—	—	1	1	2	360	150	510
7. Krankheiten der Seh- und Hör-organe	50	42	92	9	30	39	46	281	327
Augenkrankheiten	35	20	55	7	22	29	35	256	291
Ohrenkrankheiten	15	22	37	2	8	10	11	25	36
8. Zellgewebe- u. Hautkrankheiten	28	19	47	9	45	54	63	550	613
Krebs	—	—	—	1	—	1	7	—	7
Abszesse und Furunkel	4	5	9	7	27	34	50	290	340
Ausschläge (Ekzema)	19	11	30	1	7	8	6	93	99
Flechten	3	—	3	—	3	3	—	55	55
Nesselfieber	1	—	1	—	3	3	—	39	39
Geschwülste und Frostbeulen	1	1	2	—	4	4	—	55	55
Hühneraugen	—	2	2	—	1	1	—	18	18
9. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	7	4	11	6	12	18	137	446	583
Nierenleiden	3	2	5	3	4	7	65	347	412
Blasenleiden	4	2	6	3	4	7	72	36	108
Erkrankungen d. Geschlechtsorgane	—	—	—	—	4	4	—	63	63
10. Krankheiten des Bewegungs-apparates	23	27	50	22	130	152	559	2633	3192
Muskelrheumatismus und Hexenschuß	17	22	39	15	114	129	304	2292	2596
Gelenk-Entzündungen	2	—	2	2	2	4	67	60	127
Sehnen-Entzündungen	—	1	1	—	3	3	—	40	40
Knochen- und Knochenhaut-erkrankungen	—	—	—	1	1	2	14	8	22
Fuß- und Beinleiden	4	4	8	4	10	14	174	233	407
11. Unfälle	8	6	14	10	15	25	122	462	584
Knochenbrüche und -Verletz.	—	—	—	2	4	6	27	312	339
Verstauchung	1	—	1	3	1	4	62	5	67
Schürfungen u. andere Verletz.	5	4	9	3	3	6	24	47	71
Blutvergiftung	2	2	4	2	7	9	9	98	107
12. Unbekannt (ohne Arzt)	6	—	6	7	47	54	17	69	86
Überhaupt	283	226	509	274	873	1147	6005	15454	21459

Einnahmen 1915-1925.

a. Absolute Zahlen.

Übersicht 11^a.

Jahr	Mitgliederbeiträge			Ordentliche Gemeindebeiträge ¹⁾	Bundesbeiträge	Zinsen	Übrige Einnahmen	Einnahmen überhaupt
	Ordentliche	Eintrittsgelder	Überhaupt					
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
1915	35 951	1 125	37 076	9 376	2 400	5 441	583	54 876
1916	38 445	640	39 085	10 556	4 300	8 872	287	63 100
1917	40 018	643	40 661	11 212	5 000	8 513	534	65 920
1918	44 050	1 688	45 738	12 460	24 300	8 000	19	90 517
1919	80 238	2 913	83 151	23 390	6 720	7 650	866	121 777
1920	135 502	1 191	136 693	37 099	6 099	7 650	10	187 551
1921	128 188	2 037	130 225	32 778	6 500	8 574	4900	182 977
1922	130 024	2 095	132 119	33 225	6 000	10 715	—	182 059
1923	130 086	1 830	131 916	34 054	6 300	10 864	206	183 340
1924	135 549	2 156	137 705	35 907	7 821	13 281	2086	196 800
Total 1915-1924	898 051	16 318	914 369	240 057	75 440	89 560	9491	1 328 917
1925	139 296	1 118	140 414	36 450	8 141	15 402	—	200 407

b. Verhältniszahlen.

Übersicht 11^b.

Jahr	Mitgliederbeiträge	Gemeindebeiträge ¹⁾	Bundesbeiträge	Andere Einnahmen	Mitgliederbeiträge	Gemeindebeiträge ¹⁾	Übrige Einnahmen	Einnahmen überhaupt
	in % der Jahres-Einnahmen überhaupt				pro Mitglied			
					Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
1915	67,6	17,1	4,4	10,9	27. 12	6. 86	6. 16	40. 14
1916	61,9	16,8	6,8	14,5	28. 22	7. 62	9. 72	45. 56
1917	61,7	17,0	7,6	13,7	28. 57	7. 88	9. 87	46. 32
1918	50,5	13,8	26,8	8,9	29. 41	8. 01	20. 79	58. 21
1919	68,3	19,2	5,5	7,0	48. 29	13. 58	8. 85	70. 72
1920	72,9	19,7	3,3	4,1	86. 08	23. 36	8. 67	118. 11
1921	71,1	17,9	3,6	7,4	82. 84	20. 85	12. 71	116. 40
1922	72,6	18,2	3,3	5,9	83. 09	20. 90	10. 51	114. 50
1923	72,1	18,5	3,4	6,0	81. 83	21. 13	10. 77	113. 73
1924	69,7	18,2	4,0	8,1	82. 76	21. 58	13. 93	118. 27
1925	70,1	18,2	4,1	7,6	83. 13	21. 58	13. 94	118. 65

¹⁾ Ohne Rückvergütung der Krankengelder für die 2 ersten Krankheitsmonate.

Ausgaben 1915—1925.

Übersicht 12.

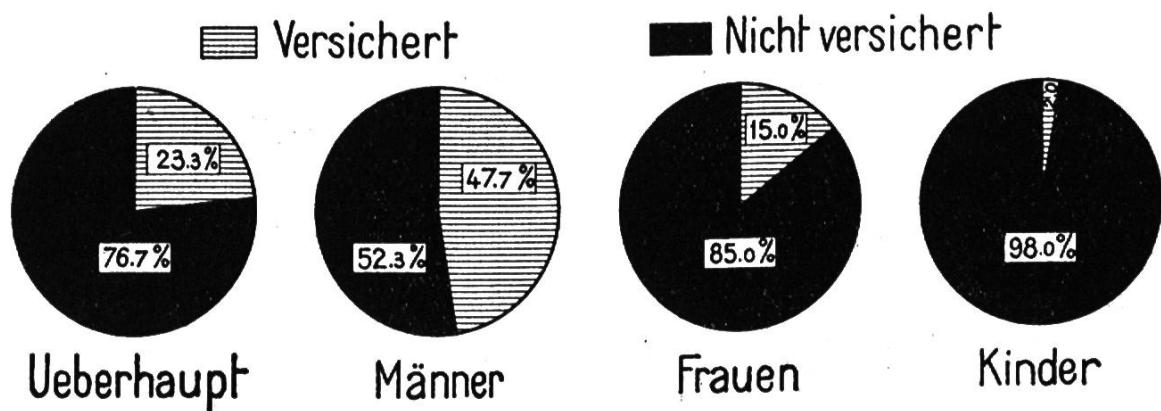
Jahr	Kranken-gelder ¹⁾	Arztrech-nungen	Apo-theke-rech-nungen	Spital-kosten	Kurbei-träge u. Verschie-denes	Ausgaben überhaupt
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
1915	24 965	17 389	5 733	7 375	4 909	60 371
1916	34 680	20 489	7 137	8 746	5 384	76 436
1917	33 845	23 810	6 480	5 060	4 906	74 101
1918	39 941	30 231	10 927	6 838	6 004	93 941
1919	55 680	35 722	11 729	5 479	8 741	117 351
1920	94 299	51 298	14 613	10 365	8 146	178 721
1921	63 166	48 176	12 968	6 595	9 259	140 164
1922	77 979	53 679	13 078	8 559	7 692	160 987
1923	67 124	46 884	10 847	6 968	9 584	141 407
1924	70 219	60 194	12 366	7 818	11 832	162 429
Total 1915—1924.	561 898	387 872	105 878	73 803	76 457	1 205 908
1925	72 219	55 020	13 146	8 347	11 424	160 156

b) Pro Mitglied.

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

¹⁾ Ohne Krankengelder für die 2 ersten Krankheitsmonate, die der Kasse von der Gemeinde voll zurückerstattet werden.

Stadt Bern: Gegen Krankheit versich. Personen im Jahre 1924 in % der Wohnbevölkerung



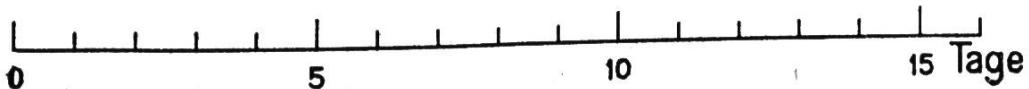
Männer:

Stadtbern. Kassen 1924	7.7
Städt. Krank. Kass. 1924: Beamte	7.7
Schweiz. Kassen 1924	8.4
Kant. Krank. Kass. 1884/93. Moser	8.5
Schweiz. Transport. Anst. 1902/08. Dumas	9.8
Städt. Krank. Kass. 1924: Arbeiter	14.9

Durchschnittl. Zahl
der Krankentage pro
Mitglied und Jahr
(Morbidität)

Frauen:

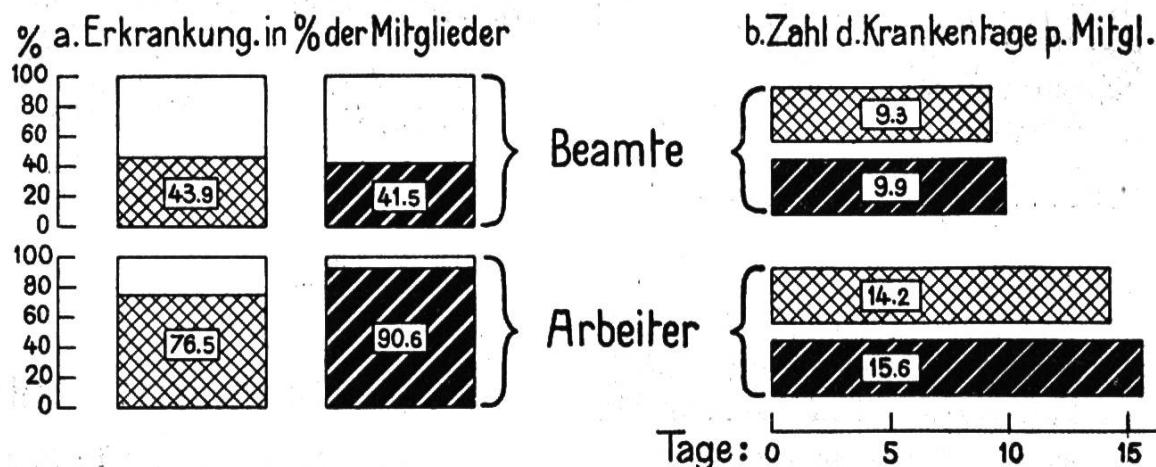
Schweiz. Kassen 1924	10.0
Stadtbern. Kassen 1924	9.6
Städt. Krank. Kasse 1924	15.4



Städtische Krankenkasse:

I. Erkrankungshäufigkeit und Doppelversicherung 1924.

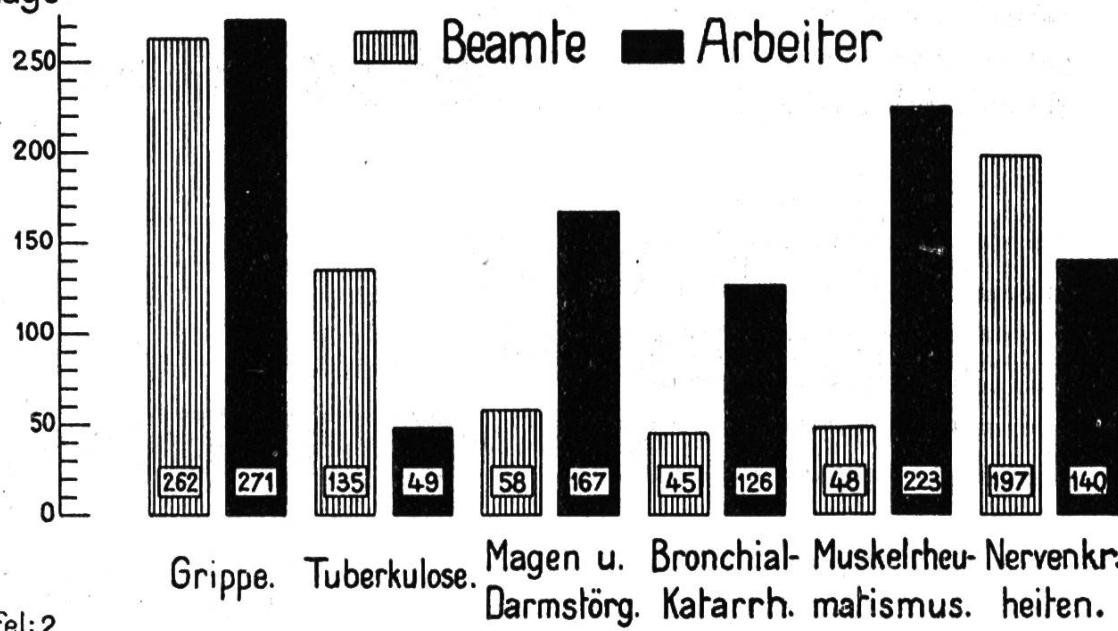
- nur der städtischen Krankenkasse angeh. Mitglieder
- gleichzeitig einer zweiten Kasse angeh. Mitglieder



II. Die hauptsächlichsten Krankheiten 1924.

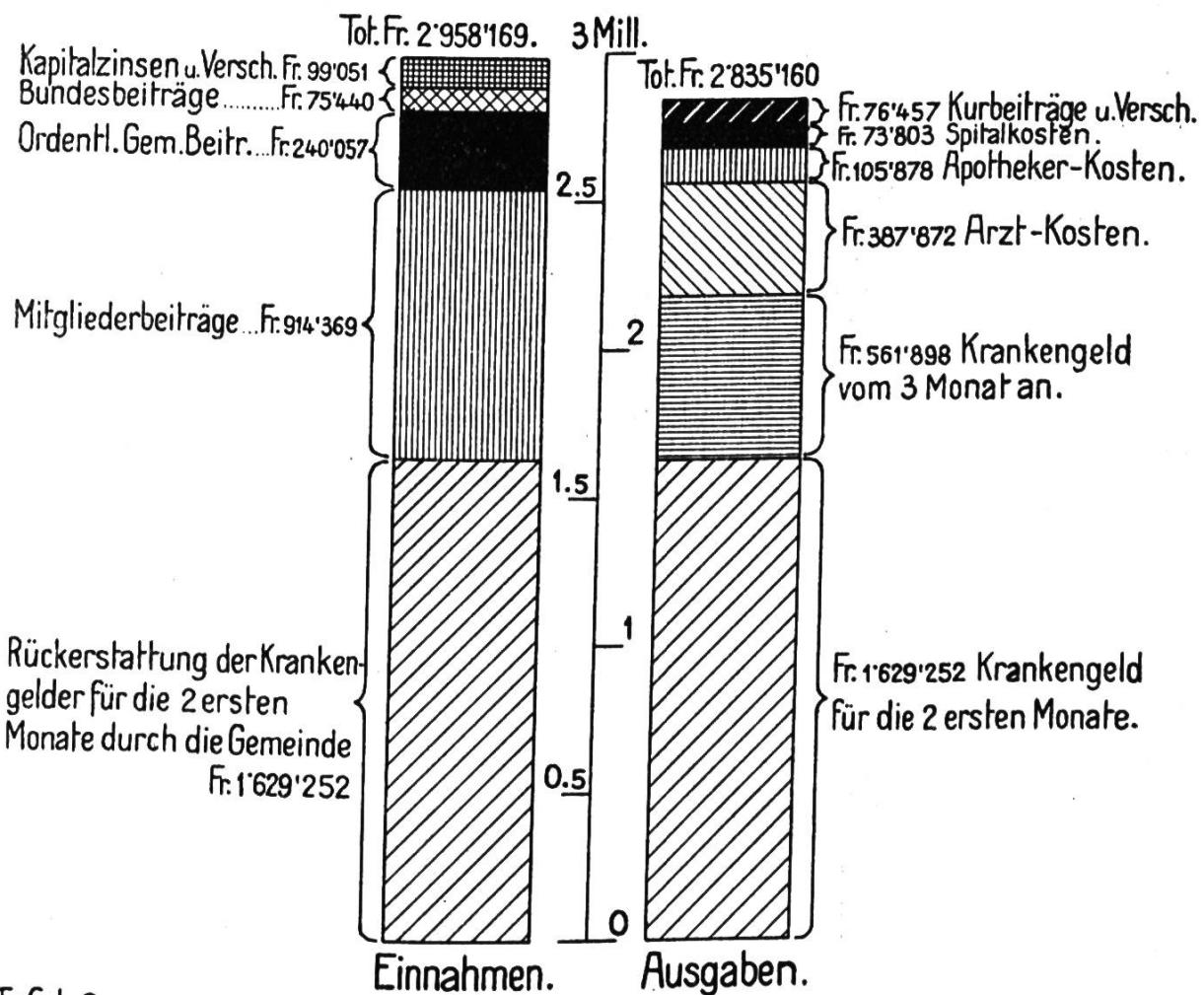
Zahl der auf die wichtigsten Krankheiten im Jahre 1924 entfallenen Krankentage auf je 100 Mitglieder.

Tage:



Tafel: 2

Städtische Krankenkasse:
III. Gesamtsumme der Einnahmen u. Ausgaben,
1915 – 1924.



Tafel: 3

Städtische Krankenkasse:

IV. Durchschnittliche jährliche Einnahmen und Ausgaben pro Mitglied 1915 – 1925.

- Krankengeld für die ersten 2 Monate (werden v. d. Gem. übernommen.)
—●— Einnahmen (ohne Krankengeld für die ersten 2 Krankheitsmonate.)
---●— Ausgaben " " " " " "

■■■ Ueberschuss ▲▲▲ Defizit

Fr.

170

Jahr	Krankengeld für die ersten 2 Monate Fr.	Ein- nahmen		Aus- gaben Fr.
		(ohne Krankengeld) für die ersten 2 Monate Fr.	Fr.	
1915	65,34	40,14	44,16	
1916	52,85	45,56	55,18	
1917	51,58	46,32	52,07	
1918	75,30	58,21	60,41	
1919	62,84	70,72	68,14	
1920	154,78	118,11	112,54	
1921	134,34	116,40	89,16	
1922	161,13	114,50	101,24	
1923	123,21	113,73	87,72	
1924	154,02	118,27	97,61	
1925	142,70	118,65	94,82	

160

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

40

30

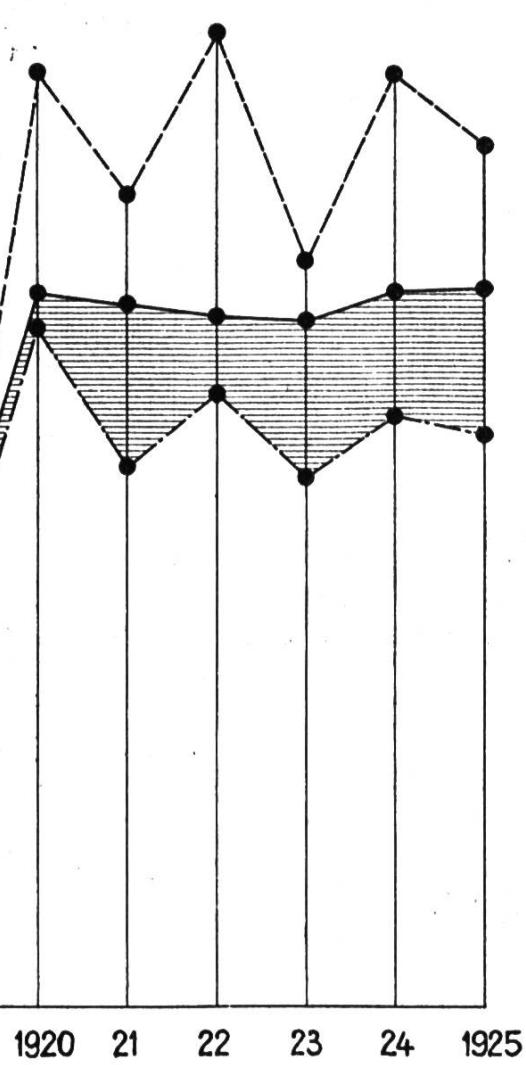
20

10

0

Jahr: 1915 16 17 18 19 1920 21 22 23 24 1925

Tafel: 4



Krankenkassen-Statistik pro 1924.

Die Angaben werden nur zu rein statistischen Zwecken verwendet.

Fragebogen.

1. Name der Kasse:

2. Sitz: 3. Tätigkeitsgebiet: (örtliche Ausdehnung)

4. a) Art der Kasse: Vom Bundesrate anerkannt * (seit 19.....) — offene Kasse* — Berufskasse* — Betriebskasse* — Berufsverbandskasse* — konfessionelle Kasse* — politische Kasse*.

b) Leistungen: Krankengeld* — Krankenpflege* — Krankengeld und Pflege* — Sterbegeld*.

c) Versicherung neben der Krankenversicherung: Sterbeversicherung* — Altersversicherung* — Witwen- und Waisenversicherung*.

5. Unterstützungsduauer im Krankheitsfall: Krankengeld: Maximum Tage.

Pflege: „ (voll* — $\frac{3}{4}$ *)

Karenzzeit: Tage.

* Zutreffendes gefl. unterstreichen.

NB. Kassen, deren Tätigkeitsgebiet nur die Stadt Bern und deren nächste Umgebung umfaßt, haben im folgenden nur die erste Kolonne auszufüllen.

6. Zahl der Mitglieder (genußberechtigte)	Ueberhaupt	Davon entfallen auf die Stadt Bern
am Ende des Berichtsjahres:	Männer . . . . .	.....
	Frauen . . . . .	.....
	Kinder unter 15 Jahren . . . . .	.....

am Anfang des Berichtsjahres	Ueberhaupt
Zu (+) bzw. Ab (-) nahme während des Jahres	Ueberhaupt
Mitglieder, die gleichzeitig einer andern Krankenkasse angehören . . . . .	.....

7. Erkrankungen:	Männl.	Weibl.	Total	Männl.	Weibl.	Total
a) Zahl der erkrankten Mitglieder (während des Jahres mehrmals Erkrankte sind nur einmal zu zählen)
b) Zahl der Erkrankungen (mehrmais Erkrankte mehrmals zu zählen)
c) Zahl der Krankentage

8. Einnahmen:	Fr.	Rp.	Fr.	Rp.
Aktivsaldo der letzten Rechnung
Beiträge genüßberechtigter Mitglieder
„ der Passivmitglieder
„ des Bundes
„ des Kantons
„ der Gemeinde
„ des Arbeitgebers
Verschiedenes ¹⁾
Total Einnahmen

9. Ausgaben:	Fr.	Rp.	Fr.	Rp.
Passivsaldo der letzten Rechnung
Krankengelder
Arzt- und Arzneikosten
Spital-, Heilungs- und Kurkosten
Wöchnerinnen- und Stillgelder
Sterbegelder ²⁾ (Zahl der Fälle:)
Verwaltung und Verschiedenes ¹⁾
Total Ausgaben

10. Vermögen:	Fr.	Rp.	Fr.	Rp.
Vermögensbestand Ende des Jahres
Vermögensbestand Anfang des Jahres
Vermögensvermehrung bzw. -Verminderung

11. Bemerkungen:

, den 192 Für die Richtigkeit:

¹⁾ Kapitalanlagen und -Bezüge, sowie Verrechnungen von Teilen der Kasse unter sich, sind nicht einzubeziehen, die Rechnung soll sich nur auf die effektiven Einnahmen und Ausgaben beziehen.

²⁾ Sterbegelder sind nur anzugeben, wenn die Rechnung einer eventuellen Sterbekasse nicht getrennt von derjenigen der Krankenkasse geführt wird.

Krankenkassen-Statistik pro 1924.

Die Angaben werden nur zu rein statistischen Zwecken verwendet.

Kasse:

a) Männer.

Krankheitsdauer	Zahl der Erkrankungen von nebenstehender Dauer	Zahl der Krankentage
1—3 Tage
4—10 "
11—20 "
21—30 "
31—60 "
61—90 "
91—180 "
181—360 "
über 360 "
Erkrankungen überhaupt	Krankentage überhaupt

b) Frauen.

	Überhaupt	davon Wochenbett	Überhaupt	davon Wochenbett
1—3 Tage
4—10 "
11—20 "
21—30 "
31—60 "
61—90 "
91—180 "
181—360 "
über 360 "
Erkrankungen überhaupt	Kr'tage überh.	.....

c) Männer und Frauen zusammen.

1—3 Tage	.....	.....
4—10 "	.....	.....
11—20 "	.....	.....
21—30 "	.....	.....
31—60 "	.....	.....
61—90 "	.....	.....
91—180 "	.....	.....
181—360 "	.....	.....
über 360 "	.....	.....
Erkrankungen überhaupt	.....	Krankentage überhaupt

, den 192 Für die Richtigkeit:

Statistik der städtischen Krankenkasse 1924.

Kategorie: Nr.

Verwaltungsabteilung:

Name und Vorname: Geb.-Jahr:

Berufl. Stellung:

Eintritt in den städt. Dienst:

„ „ die Krankenkasse, Kat. B:

„ „ „ „ „ „ A:

Abgang: ausgetreten * — gestorben * am:

* Zutreffendes unterstreichen. Nur für im Laufe des Jahres abgegangene Mitglieder zu beantworten.

Ordentlicher Jahres-Beitrag pro 1924 Fr.

Bemerkungen (Eintrittsgeld etc.):

Erkrankungen: Art der Erkrankung

..... Mal an ohne Krankentage

..... „ „ mit Krankentagen

..... „ „ „ „

..... „ „ „ „

Total Erkrankungen mit zusammen Krankentagen

Krankengeld: Tage à 100 % Fr.

..... „ à 80 % „

..... „ à 60 % „

Zusammen für Krankentage Fr.

Arztkosten „

Arzneikosten „

Spitalkosten „

Kurbeiträge „

Verschiedenes „

Total Fr.

(Eventuelle Bemerkungen auf der Rückseite).

Schlagwort-Verzeichnis.

Abkürzungen:

St. K. K.: = Städtische Krankenkasse.
Obl. = Obligatorium der Krankenversicherung.

	Seite		Seite
A argau: Einführung des Obl.	101	Bundesbahnen, Hilfskasse	5
Alter und Erkrankung, St. K. K.	54	Bundesbeiträge, Begriff	12
Altersgrenzen, Obl.	88	— an private Kassen	39
Altersversicherung	118	— St. K. K.	67, 78
Ambulant Erkrankte, St. K. K.	46, 59	— Obl.	96, 99
Anerkannte und nicht anerkannte Kassen	15	Bundesgesetz betr. Krankenversiche- rung	11
Arbeiter und Beamte: Gegenüberstel- lung, St. K. K.	47, 60, 70	Bundesverwaltung: Vergleich mit St. K. K.	76
Arbeitgeberbeiträge	75		
Armenausgaben und Obl.	99, 110		
Art der Krankheiten (Ursachen), St. K. K.	56		
Arztkosten, allg.	37		
— St. K. K.	70		
Ärztefrage, Obl.	94, 116	Dauer der Krankheiten, allg.	31
Aufnahmebestimmungen, Verschär- fung, Obl.	115	— der Krankheiten, St. K. K.	49
Ausbau der Krankenversicherung ..	82	— der Unterstützung	21
Ausgaben, allgemeine	36, 39	Degen, Stadtrat: Postulat betr. Kranks- heitsstatistik	3
— St. K. K.	89	Doppelversicherung, allg.	25
	▼	— St. K. K.	45, 48, 78
		Dreiviertel-System, Obl.	114
B asel-Stadt: Obl.-System; siehe öf- fentliche K. K.)			
Beamte und Arbeiter: Gegenüberstel- lung, St. K. K.	47, 60, 70	E inkommensgrenzen, Obl.	85
Beitrittsmöglichkeit privater Kassen	16	Einnahmen, allg.	35, 38
— und Kassengröße	22	— St. K. K.	62
Belastung der Gemeinde durch das Obl.	98	Eintrittsuntersuchung, St. K. K.	78
— der Gemeinde durch die St. K. K.	72	Erkrankungen, allg.	26
Berufskassen, Begriff	16	— St. K. K.	46
— Erkrankungsrisiko	31	Existenzminimum, Obl.	87
Beschränkung der Versicherungslei- stungen	19		
Beschränkung des Obl.	86		
Beteiligung der Patienten an den Ko- sten, Obl.	113	F inanzielle Beteiligung d. Gemeinde, Obl.	98
Betriebskassen, Begriff	16	Finanzielle Verhältnisse, allg.	35
— Erkrankungsrisiko	31	— Verhältnisse, St. K. K.	62
Bundesamt für Sozialversicherung .	13, 25	Forrersches Gesetz betr. Krankenver- sicherung	11
		Frauenspital	130
		Freie Ärztewahl, Obl.	116
		Freizügigkeit, Bundesgesetz	13

Seite		Seite	
G ebiet der Kassentätigkeit	17	Konfessionelle Kassen, Begriff	16
Geburtshilfe, unentgeltliche	127	— Anzahl	17
Geburts-Versicherung. Siehe Wochenbett		Kosten der Armenpflege und Obl.	99, 110
Geld- und Pflegeversicherung, allg.	18	— der Kinderversicherung	121
— Obl.	93	— des Obl.	93
Gemeindebeiträge : Kinderversicherung	123	— der Wochenbettversicherung	33, 96
Gemeindebeiträge, Obl.	98	Kostenbeteiligung des Patienten, Obl.	113
— St. K. K.	65, 72	Krankengeld, allg.	37
Geschlecht: Mitgliederzahlen, allg.	22	— St. K. K.	69
— Mitgliederzahlen, St. K. K.	44	— oder Pflege, Obl.	93
— Erkrankungen, allg.	29	Krankentage, allg.	28
— Erkrankungen, St. K. K.	50	— St. K. K.	49
Gesetzgebung der Krankenversicherung	11	Krankheiten, Art., St. K. K.	56
Gesundheitsstatistik, St. K. K.	56, 80	Krankheitsverhältnisse, allg.	26
Gesundheitszustand und Obl.	107		
Grippe-Erkrankungen, St. K. K.	59		
— und Obl.	109		
Größe der Kassen, allg.	21		
— der öffentlichen Kasse, Obl.	106		
Gründung der St. K. K.	41		
H äufigkeit der Erkrankungen, allg.	29	M ehrmalige Erkrankung, St. K. K.	47
— der Erkrankungen, St. K. K.	46, 79	Mitgliederbestand; allg.	22
Heilkosten, allg.	37	— St. K. K.	43
— St. K. K.	69	— Öffentl. Kasse	106
— Obl.	95	— schweiz. Kassen	23
I nteressierung der Patienten an den Kosten, Obl.	113	Mitgliederbeiträge, allg.	35
Inselspital	130	— St. K. K.	63
Jugendliche, Obl.	89	— Obl.	97
K antonales Krankenversicherungsgesetz	13	Mitgliedschaft in mehreren Kassen, siehe Doppelversicherung	
Kantonsverwaltung, Vergleich mit der St. K. K.	76	Morbidität, allg.	26
Karenzzeit	19	— St. K. K.	49
Kassenleistungen, allg.	36	Morbiditätstafeln	54
— St. K. K.	68	Motion Meer	4, 82
— Öffentliche Kasse	97		
Kinderversicherung	23, 117		
Kliniken der Universität	129		
		O bligationenrechtlich Angestellte, St. K. K.	41, 77
		Obl. der Krankenversicherung	85
		— im Kanton Bern	13
		— der Kinderversicherung	120
		Offene Kassen, Begriff	16
		— Anzahl	17
		Öffentliche Kasse, Begriff	16
		— Obl., allgemeines	102
		— Kt. Basel-Stadt	95, 112
		Olten: Obl.-System	98
		Organisation der Krankenversicherung	14
		Organisation der St. K. K.	41

Seite		Seite	
P arteipolitische Kassen	16	Ü berarznung, Obl.	111
Pflegekassen	18	— bei Kindern	120
Pflegekosten, allg.	37	Überschüsse, St. K. K.	72
— St. K. K.	69	Überversicherung, siehe Doppelver-	
— Obl.	95	sicherung	
Pflichtige, siehe Versicherungspflicht		Unerhältliche Beiträge, Obl.	98
Polikliniken	125	Unfälle, St. K. K.	61
Poliklinik Basel	131	Unterstützungsdauer	20
Polizeikorps und St. K. K.	44, 77	Untersuchung b. Eintritt, St. K. K.	78
Postulat Degen betr. Krankheits-		Ursachen (Art) der Krankheiten	56
statistik	3		
Provisorisch Angestellte, St. K. K. .	41, 77		
R eserve, allg.	40	V ereinheitlichung der Mitgliederbei-	
— St. K. K.	72	träge, St. K. K.	66, 78
Rheumatismus, St. K. K.	60	Vergleich der St. K. K. mit andern ..	73
 		Verhütung von Krankheiten	18
S äuglingssterblichkeit und Obl.	89	Vermögen, allg.	40
S. B. B.-Hilfs- und Krankenkasse ...	5	— St. K. K.	71
Schülerversicherung	115, 119	Versicherte, Anzahl: siehe Mitglieder	
Spitalkosten, allg.	37	Versicherungspflicht, Obl.	85
— St. K. K.	68	— Kinder	120
— Obl.	95	Vertragskasse, Obl.	102
— Kliniken	130	— Kinderversicherung	124
Staatsverwaltung, Vergleich mit der		Verwaltungsabteilungen, St. K. K.	44
St. K. K.	76	Verwaltungskosten, allg.	39
Städtische Krankenkasse	41	— Obl.	96
Sterbegeld, allg.	37	Vorbeugung gegen Überarznung	113
— St. K. K.	42, 70		
Sterblichkeit und Obl.	108		
Stillgelder, siehe Wochenbett			
T ätigkeitsgebiet der Kassen	17	W artefrist	19
Ticket-System, Obl.	114	Wochenbett, allg.	33
Tuberkulose, St. K. K.	60	— Kosten, allg.	37
— und Obl.	108	— — Obl.	96
Z insen, allg.	39		
— St. K. K.	63		
Zürich: Einführung des Obl.	102		



Statistisches Amt der Stadt Bern.

Veröffentlichungen.

I. Beiträge zur Statistik der Stadt Bern.

- Heft 1. Tabellarische Übersichten betr. die Wohnungszählung in Bern im Monat Mai 1916, Bern 1917.
Heft 2. Die Erhebungen über den Berner Wohnungsmarkt im Jahre 1917, Bern 1917.
Heft 3. Die Lage des Wohnungsmarktes in der Stadt Bern im Jahre 1918, Bern 1918.
Heft 4. Untersuchungen über die Einkommens- und Vermögensverhältnisse in der Stadt Bern. I. Teil. Das Einkommen, Bern 1920.
Heft 5. Untersuchungen über die Einkommens- und Vermögensverhältnisse in der Stadt Bern. II. Teil. Das Vermögen, Bern 1921.
Heft 6. Die Wohnungsverhältnisse in der Stadt Bern, nach den Ergebnissen der Wohnungszählung vom 1. Dezember 1920, Bern 1922.
Heft 7. Wohnungsvorrat und Wohnungsbedarf in der Stadt Bern, anfangs 1926. — Schlaf- und Wohnverhältnisse stadtbernischer Schulkinder 1919 und 1925. — Die Ferienaufenthalte der stadtbernischen Schulkinder im Jahre 1925. — Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit in der Stadt Bern, Bern 1926.
Heft 8. Das Krankenversicherungswesen in der Stadt Bern, Bern 1926.

II. Statistisches Handbuch der Stadt Bern.

Erste Ausgabe: 1925, 489 Seiten, Bern 1925.

Inhalt: Gemeindegebiet und Bevölkerung. — Gebäude, Wohnungen, Grundbesitz. — Preise, Lebenskosten, Löhne. — Gewerbe, Handel, Verkehr, Fürsorge. — Einkommen, Vermögen, Steuern. — Politik, Rechtspflege. — Gemeindeverwaltung. — Vergleichsübersichten (Amtsbezirk Bern. — Schweiz, Kanton Bern, Städte).

III. Halbjahresberichte.

Inhalt: Bevölkerungsstand und Bevölkerungsvorgänge. — Bautätigkeit und Wohnungsmarktlage. — Preisbewegung und Kosten der Lebenshaltung. — Arbeitsmarkt und Arbeitsmarktlage. — Grundstücksmarkt. — Städtische Billetsteuer.

1. Jahrgang: 1918. Heft 1 und 2.	4. Jahrgang: 1921. Heft 1 und 2.
2. " 1919. " 1 " 2.	5. " 1922. " 1 " 2.
3. " 1920. " 1 " 2.	6. " 1923. " 1 " 2.

Beilagen zu den Halbjahresberichten: 32 kleinere Aufsätze verschiedenen Inhalts.