

# Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Objekttyp: **Chapter**

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

Band (Jahr): - **(1935)**

Heft 20

PDF erstellt am: **22.06.2024**

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

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

#### IV. ERGEBNISSE UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Unsere Untersuchungen haben uns darüber belehrt, daß die Krankenkassen in der Stadt Bern — als vornehmste Träger der Krankenversicherung — seit der ersten Statistik im Jahre 1924 in mancher Beziehung eine erfreuliche Entwicklung durchlaufen haben. Die Zahl der Krankenkassen hat sich in dem Zeitraum von nahezu zehn Jahren von 38 auf 42 und jene der Kassenmitglieder von 24 345 auf 39 778 erhöht. Werden die mehrfach versicherten Personen nur einmal gezählt, so lauten die Zahlen 21 400 für das Jahr 1924 und 35 000 für 1933. Die tatsächliche Mitgliederzahl hat somit um 13 600 oder 63,6 % zugenommen, während die Einwohnerzahl der Stadt im gleichen Zeitraume bloß um 10,1 % gewachsen ist. Heute ist in unserer Stadt nahezu jeder dritte Einwohner, vor einem Jahrzehnt war erst jeder fünfte gegen Krankheit versichert.

Eingedenk dessen, daß in der Stadt Bern — übrigens auch im Kanton Bern — die obligatorische Krankenversicherung sozusagen keine Rolle spielt, die Mitglieder sich somit so gut wie ausschließlich aus eigenem Willen den Krankenkassen angeschlossen haben, ist die Entwicklung, wie sie durch die vorstehenden Zahlen zum Ausdrucke gebracht wird, eine sehr befriedigende.

Achtung gebietend sind die Fortschritte besonders in der Kinderversicherung, die bis zum Jahre 1924 noch in den Anfängen steckte. Waren doch im Jahre 1933 insgesamt 3430 Kinder gegen Krankheit versichert, gegenüber 486 vor zehn Jahren; ihre Zahl hat sich somit seit dem Jahre 1924 versiebenfacht. Von sämtlichen Kindern im Alter von 0—14 Jahren sind heute rund 16 % gegen Krankheit versichert, im Jahre 1924 waren es erst 2 %.

So erfreulich der Fortschritt in der Kinderversicherung ist, so muß doch betont werden, daß im Vergleiche zur Bedeutung der Kinderversicherung die 15,8 % noch eine bescheidene Zahl darstellen. Die Kinderversicherung muß daher nach wie vor als eine der vornehmsten Aufgaben unserer kommunalen Fürsorgepolitik bezeichnet werden. Mit einer noch durchgreifenderen Kinderversicherung würde der Jugend an und für sich nicht nur 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 Gesichtspunkte aus (Geburtenrückgang), besonders gewürdigt zu werden. Die Kinderversicherung liegt jedenfalls durchaus in der Richtung jener sozialpolitischen Bestrebungen, die dahin zielen, die Sterblichkeit auf ein Mindestmaß herabzusetzen und die vorhandene Bevölkerung möglichst gesund und lange leistungsfähig zu erhalten. Für die Stadt Bern wäre namentlich eine ausgedehntere Versicherung der vor- schulpflichtigen Kinder zu wünschen, die der schulärztlichen Kontrolle noch nicht unterstehen. Ist es nicht so, daß die Krankenversicherung Flickwerk ist, solange die Jugend dieser Errungenschaft nicht weitgehend teilhaftig wird? Bei Versicherung der Kinder kann es sich aus naheliegenden Gründen 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.“ Eines darf in diesem Zusammenhange aber nicht verschwiegen werden: die vermehrte Pflege der Kinderversicherung hat den betreffenden Krankenkassen eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung gebracht. Es wäre indes bedauerlich, wenn diese Mehrbelastung ein Hindernis für eine weitere Ausbreitung dieses sozial und volkswirtschaftlich bedeutungsvollen Zweiges des Krankenversicherungswesens bilden sollte.

Neben den Fortschritten in der Kinderversicherung sind jene in der Frauenversicherung hervorzuheben. Die Zahl der gegen Krankheit versicherten Frauen stieg innerhalb zehn Jahren von 6376 auf 13 699 oder um 114,8 %, jene der Männer von 17 483 auf 22 649 oder um nur 29,5 %. Ähnlich wie die Kinderversicherung brachte auch die vermehrte Aufnahme von Frauen den Kassen vermehrte Lasten (vgl. S. 25). Warum? Weil die Frauen durchschnittlich nicht nur häufiger erkranken als die Männer, sondern weil ihre Erkrankungen auch durchschnittlich bedeutend länger dauern und sie deshalb eine größere durchschnittliche Zahl von Krankentagen aufweisen.

Die Statistik des Jahres 1924 ließ im Krankenversicherungswesen der Stadt Bern eine besonders empfindliche Lücke erkennen, nämlich den Mangel an einer ausgebauten Krankenpflegeversicherung. Damals war es in Bern den Mitgliedern von offenen und Berufs- und Berufsverbandskassen überhaupt nicht möglich, sich im Krankheitsfalle für die entstehenden Kosten allein zu versichern. Auf diesen Mangel wurde in unserer Veröffent-

lichung über die Krankenkassenstatistik des Jahres 1924 besonders hingewiesen und u. a. folgende Ausführungen gemacht:

„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 zustande zu bringen. Die Krankenkassen machen geltend, daß die Forderungen der Ärzte so hoch seien, daß mit einer erfolgreichen Einführung der reinen Krankenpflegeversicherung vorderhand nicht gerechnet werden könne. Die gemischten Kassen, die für Krankengeld und Krankenpflege versichern, können sich helfen, indem sie die bei der Krankengeldversicherung gemachten Überschüsse der Krankenpflegeversicherung zuwenden, ohne deswegen die Mitgliederbeiträge übersetzen zu müssen. Da im allgemeinen die Krankenpflegeversicherung den Kassen bei den gegenwärtig geltenden Ärztetarifen Verluste bringt, ist es begreiflich, daß die Kassen nicht für Krankenpflege allein versichern wollen. Dieses Risiko könnte unter den gegebenen Umständen wahrscheinlich nur eine öffentliche Kasse auf sich nehmen, die einerseits der zu erwartenden großen Mitgliederzahl wegen in der Lage sein dürfte, mit den Ärzten einen annehmbaren Tarifvertrag abzuschließen, und die andererseits durch Zuwendung öffentlicher Gelder vor einem Defizit geschützt werden könnte.“

Ohne irgendwelche öffentlich rechtliche Regelung ist nun seit 1924 — ähnlich wie die Kinder-Krankenversicherung — die reine Krankenpflegeversicherung von verschiedenen Kassen neben der Krankengeld- und Krankengeld- und Pflegeversicherung eingeführt worden. Nach den Ausweisen auf S. 24 waren im Jahre 1933 von den Mitgliedern der offenen Kassen bereits  $\frac{1}{5}$  und von jenen der Berufs- und Berufsverbandskassen  $\frac{1}{6}$  ausschließlich für Krankenpflege versichert.

Ein weniger günstiges Bild bietet die finanzielle Lage der Krankenkassen, von denen eine ganze Anzahl mit Geldsorgen zu kämpfen haben. Um über die Gründe der finanziellen Bedrängnis Anhaltspunkte zu bekommen, verlangte das Amt von den einzelnen Kassen anlässlich der Erhebung auch einen kurzen Bericht über die Kassenlage um die Jahreswende 1933/34. Von den eingegangenen Berichten seien nachstehend einige wiedergegeben.

### 1. Offene Kassen.

1. „Bis 1930 waren die jährlichen Ausschlüsse um 25—40 Mitglieder geringer.“
2. „Die Zahl der infolge Nichtbezahlen der Mitgliederbeiträge Ausgewiesenen oder Gestrichenen zeigt deutlich genug, daß der Verdienstaussfall auch die Krankenversicherung verunmöglicht.“
3. „Wir haben in unserer Kasse Frauen von Bauarbeitern, die beständig im Rückstand sind infolge sehr viel Arbeitslosigkeit ihrer Ehemänner.“
4. „Kleiner Lohn, Stellenverlust durch Krankheit, Verdienstaussfall infolge Konkurs.“

### 2. Berufs- und Berufsverbandskassen.

1. „Zufolge der Krise waren 3 Mitglieder nicht mehr in der Lage, ihre Beiträge zu entrichten. Von diesen 3 Mitgliedern waren einer jugendlich, zwei hatten das 60. Altersjahr überschritten; für die letztern ist die Kasse aufgekommen. Es war diesen Mitgliedern nicht möglich, Arbeit zu finden, die gesetzlichen 150 Tage zum Bezuge der Arbeitslosenunterstützung konnten sie nie aufbringen.“
2. „Starker Mitgliederrückgang und Arbeitslosigkeit zufolge Arbeitsmangel. Unser Mitgliederbestand setzt sich fast ausschließlich aus Hafnern zusammen. Die Arbeitsmöglichkeiten im Hafnergewerbe schrumpfen immer mehr zusammen seit dem Siegeszuge der Zentral- und Etagenheizung. Ausschlüsse wegen Arbeitslosigkeit wurden bis jetzt trotzdem zu vermeiden gesucht, da wir uns bestreben, durch Stundung weitgehend Rücksicht zu nehmen.“
3. „Die Kasse litt im Berichtsjahr infolge großer Arbeitslosigkeit der Mitglieder stark unter der Krise und schloß mit einer Vermögensverminderung von Fr. 4179. 60 ab.“
4. „Durch den Personalabbau bei den Schweizerbahnen können sehr wenig junge Mitglieder in die Kasse neu aufgenommen werden, was sich in den Einnahmen stark auswirkt.“
5. „Durch die von der Krise bedingten Rationalisierungsmaßnahmen sind Neueinstellungen im Zugsdienst unterblieben; es konnten demzufolge auch nur wenige Aufnahmen in unsere Kasse vollzogen werden, was sich in der Erhöhung des durchschnittlichen Mitgliedschaftsalters auswirkt.“

### 3. Betriebskassen.

1. „Die Löhne wurden um Fr. 2. — pro Woche herabgesetzt.“

2. „In unserer Eigenschaft als Betriebskasse haben wir keine Beitragsrückstände, da die Beiträge mit dem Lohn Guthaben verrechnet werden. Dagegen stehen unsere Mitglieder insofern unter dem Einfluß der Krise, als in der stillen Saison Betriebseinschränkungen stattfinden.“
3. „Die Kasse selbst hatte unter der Krise nicht zu leiden, dagegen die Mitglieder, indem trotz Verdienstaufschlag bis zu 40 % die Beiträge vom Lohn abgezogen wurden. Pro 1934 wird für je 4 Wochen Lohnausfall ein Beitrag geschenkt. Diese Praxis hätte der Kasse pro 1933 eine Einbuße von 1650 Fr. ausgemacht.“
4. „Bei flauem Geschäftsgang melden sich die Mitglieder eher krank, und bleiben länger zu Hause als wenn guter Verdienst vorhanden ist.“

Ebenso aufschlußreich sind die Vernehmlassungen der Krankenkassen in ihren Jahresberichten für das Jahr 1933.

Bernische Kranken- und Unfallkasse:

„... Die Überarznenung ist in den letzten Jahren in außerordentlich starkem Maße angewachsen, und vor allem die weiblichen Mitglieder haben die Kasse sehr stark belastet. Das ist eine Allgemeinerscheinung, gegen die alle Krankenkassen nahezu vergeblich anzukämpfen versuchen ...“

Konkordia, Kranken- und Unfallkasse des Schweizerischen katholischen Volksvereins:

„... Die großen Summen ausstehender Beiträge, über die wir von andern Kassen hören, die aber glücklicherweise von uns nicht erreicht werden und ein schönes Zeugnis für die Mitgliedschaft sind, werden bald zu einer bedenklichen Erscheinung auf dem Gebiete der Krankenkassen wie des Versicherungswesens überhaupt...“

„... Neben den ordnungsgemäßen Arbeiten des Verbandes hatten wir in den letzten Jahren mannigfache und auch interessante Verhältnisse mit den Ärzten zu studieren, besonders bei den Beratungen zur „Krisenhilfe“. Die mit denselben notwendig gewordenen Besprechungen hinsichtlich Tariflagen und Abwicklung von Schadenfällen führten zu einem gegenseitigen Verständnis. Man hat lange Zeit ausschließlich die Ärzte an den finanziellen Schwierigkeiten der Krankenkassen zu beschuldigen gesucht, was zu vielen, oft mit Unrecht verbundenen Verstimmungen Anlaß gab. Doch trägt auch das Mitglied seinen Teil daran, indem die erste Tätigkeit zur Beanspruchung der Kassenleistungen mit dem Bezug der Krankmeldung einsetzt und erst während des Verlaufes der letztern der Arzt in Funktion tritt. Die von den Kassen wiederholt beanstandete Überarznenung mußte allerdings auch bei uns verschiedenorts erkannt werden. Sie ist

eine Mitfolge der Wirtschaftskrise mit Einbezug der Zunahme der Träger des ärztlichen Berufes und des Rückganges eines moralischen Empfindens. Unsern Vertrauensärzten wurden 832, den Vertrauensapotheken 2257 Fälle unterbreitet; nebstdem traten Korrekturen im Sinne einer Zurückführung auf die statutarischen Leistungen auf. Es ist erfreulich, wie der Durchschnittsbestand an Krankmeldungen im Verband nicht so hoch gestiegen ist wie anderswo. Unsere durchschnittliche Zahl von Krankmeldungen während der Dauer von 6 Jahren beträgt auf 1000 Mitglieder 536. An Orten mit dem Obligatorium ist diese Ziffer bedeutend überschritten worden. Orte in ausgesprochen landwirtschaftlichen Gegenden mit Wegstrecken von über 1 Stunde vom nächsten Arzt stehen tiefer. Die Beanspruchung der Kasse ist stark bedingt durch die Persönlichkeit der Mitglieder und mancherorts auch durch die Gesetzgebung. ...“

„... Der vor Jahren eingeleiteten Beteiligung der Mitglieder an den Kosten für Arzt und Medikamente (15 %) sind heute andere Kassen, auch solche öffentlichen Charakters, gefolgt, ebenso Parteien, die ursprünglich eine gegenteilige Auffassung zum Ausdrucke brachten, und sodann die Organisation der Ärzte. ...“

„... Die Zahl der gemeldeten Schadenfälle derjenigen Sektionen, die im Geltungsbereich eines Obligatoriums liegen, ist im allgemeinen größer als der Durchschnitt des Verbandes. ...“

Krankenkasse für den Kanton Bern (Mitteilungsblatt Nr. 1, 1934).

„... Außerordentliche Zeiten verlangen außerordentliche Maßnahmen. Die besondere Hilfe an verdienstlose Mitglieder will aber in keiner Weise bedeuten, daß solchen Mitgliedern im Krankheitsfall Kassenleistungen länger als gewöhnlichen Kranken ausgerichtet werden sollen. Eine solche Praxis müßte die Grundlagen der Krankenversicherung erschüttern und für die Kasse die nachteiligsten finanziellen und moralischen Folgen haben. Die erkrankten, verdienstlosen Mitglieder müssen aufmerksam überwacht werden. Auch die Überversicherungsbestimmungen sind genau einzuhalten, um zum vorneherein zu verhüten, daß die Mitglieder ein Interesse haben, krank zu sein. Bei den außerordentlichen Vorkehrungen für verdienstlose Mitglieder handelt es sich lediglich darum, diese davor zu bewahren, daß sie wegen Verzuges in der Beitragszahlung im Genußrecht eingestellt werden. Möchte es durch die beiden vorgesehenen Hilfsmaßnahmen gelingen, die Einwirkung der Krise in diesem Sinne abzuschwächen und den verdienstlosen Mitgliedern die Versicherung zu erhalten. ...“

„... Gegen das bedrohliche Anwachsen der Ausgaben müssen ohne Verzug energische Maßnahmen ergriffen werden. Solche Maßnahmen drängen

sich um so mehr auf, als in Zukunft infolge der Herabsetzung der Bundes-subventionen die Einnahmen der Kasse verhältnismäßig zurückgehen werden.“

„In erster Linie sind die Anforderungen für den Eintritt in die Kasse zu verschärfen, ganz besonders was die Frauen anbetrifft. Die weiblichen Mitglieder belasten die Kasse bekanntlich in ganz erheblichem Maße, in der Krankengeldversicherung rund 60 % und in der Krankenpflegeversicherung sogar rund 90 % mehr als die Männer. Diese starke Belastung durch die weiblichen Mitglieder legt der Kasse ganz eindeutig die Pflicht auf, bei der Aufnahme neuer Frauen größte Zurückhaltung zu beobachten. Dann ist es aber auch die Überwachung der krank gemeldeten Mitglieder, der erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden muß. Die Kasse kann es nicht dulden, daß der Begriff der Arbeitsunfähigkeit praktisch immer mehr und mehr erweitert wird. Die Krankheitsfälle dürfen nicht über Gebühr in die Länge gezogen werden.“

„Bei stetig steigenden Krankenpflegekosten dürfen wir sodann die Ärzteschaft ersuchen, sich strikte an die Bestimmungen des Ärztevertrages zu halten. Soweit es das Wohl der Patienten erlaubt, sind die Ärzte verpflichtet, die Interessen der Kasse zu wahren und jeder ungerechtfertigten Inanspruchnahme durch die Mitglieder entgegenzutreten. Die Ärzte haben sich in der Zahl der Konsultationen und Besuche auf das Notwendigste zu beschränken. Ferner wollen die Ärzte eingedenk bleiben, daß mit der vereinbarten Konsultations- und Besuchstaxe eine ganze Reihe von besonderen Untersuchungen und Verrichtungen als mitentschädigt gelten.“

„Nur wenn die Statuten und Verträge streng gehandhabt werden, ist es möglich, der Steigerung der Ausgaben Einhalt zu gebieten. Die gegenwärtigen unruhigen Zeiten, insbesondere die Umstellungen, die sich auf moralischem Gebiet abzeichnen, bedeuten für die Kasse und die Krankenversicherung überhaupt eine ernste Gefahr. Um dieser Gefahr einen Wall entgegenzusetzen, bedarf es der Zusammenarbeit und Zusammenfassung aller Kräfte, denen an der Aufrechterhaltung der Krankenversicherung gelegen ist. Sammlung und Prüfung, Wachsamkeit und tatkräftiges Handeln sind die Mittel, um die Kasse vor drohendem Schaden zu bewahren. . . .“

#### Christlich-soziale Kranken- und Unfallkasse der Schweiz.

„. . . Die wirtschaftliche Krise hat im Jahre 1930 eingesetzt und sich seither in allen Gegenden unseres Schweizerlandes zusehends verschärft: sie zeitigt ihre Auswirkungen auch immer mehr auf dem Gebiete der Krankenversicherung, und zwar in zweifacher Hinsicht. Einerseits wird die Zahl jener, denen die Bezahlung der Versicherungsbeiträge für sich und



ihre Familien zufolge Verdienstlosigkeit unmöglich wird, immer größer, und andererseits mehren sich die Fälle, wo Arbeitslose durch Krankmeldung und Erhältlichmachung des versicherten Krankengeldes sich ein Äquivalent zu verschaffen suchen. Immerhin darf mit großer Genugtuung auch konstatiert werden, daß eine verhältnismäßig sehr große Zahl von Mitgliedern sich trotz der Verdienstkrisis die größte Mühe gibt, die finanziellen Verpflichtungen für sich und ihre Familien der Kasse gegenüber zu erfüllen, während nicht selten junge, ledige Personen, die weiter für niemand zu sorgen haben, schon in den ersten Wochen der Arbeitslosigkeit die Flinte ins Korn werfen und als erste die Bezahlung ihrer Versicherungsbeiträge sistieren. Wirklich Bedürftigen jedoch wird man immer entgegenzukommen suchen, und zu diesem Zwecke haben wir denn auch um Weihnachten 1932 eine größere Sammlung veranstaltet, deren Ergebnis sehr befriedigend ausfiel. . . .“

#### Schweizerische Grütlikrankenkasse: Arzt- und Arzneiversicherung.

„. . . Die für den Haushalt so gefährliche und andauernde Mehrbelastung der Kasse entfällt auf das Konto Arzt- und Arzneiversicherung. Jede außerordentliche Beanspruchung in diesem Versicherungszweig gefährdet den Finanzhaushalt derart, daß nicht genug vor jedem Mißbrauch gewarnt werden kann. Daß hier eine strenge Kontrolle gehandhabt werden muß, sollte jedem Mitglied klar sein. . . .“

„. . . Die Kinderversicherung bringt uns andauernd große Verluste. Der Monatsbeitrag von Fr. 1. 50 ist derart bescheiden, daß natürlich die Unkosten für Arzt und Arznei niemals gedeckt werden können. Im Berichtsjahre betragen die Einnahmen in der Kinderversicherung rund 29 000 Fr., während die Ausgaben rund 47 000 Fr. betragen. Das Mißverhältnis zwischen Einnahmen und Ausgaben ist hier außerordentlich in die Augen springend und findet naturgemäß seinen Niederschlag auch in der Gesamtrechnung. Wir sind uns wohl bewußt, daß hier ein Ausgleich zwischen „Soll“ und „Haben“ nie möglich sein wird, denn die Kinderversicherung ist und will ja auch eine rein soziale Institution sein, bei der die Kasse auf die versicherungstechnische Prämienberechnung verzichtet. Um so mehr müssen wir alle Nutznießer dieses Sozialzweiges dringend bitten, in der Beanspruchung Vernunft und Einsicht walten zu lassen, ansonst für uns alle unliebsamen Maßnahmen ins Auge gefaßt werden müßten. . . .“

#### Krankenkasse des bernischen Bankpersonalverbandes.

„. . . Der Selbstbehalt wirkt erzieherisch und bezweckt ebenfalls die Interessierung der Mitglieder an der Höhe der Ausgaben, die der Kranken-

kasse aus der Heilbehandlung erwachsen. Durch die restlose Übernahme sämtlicher Heilkosten wird die Beanspruchung der Krankenversicherung derart gefördert, daß die vorhandenen Mittel nicht mehr ausreichen, um den unaufhörlich ansteigenden Anforderungen gerecht zu werden. Immer mehr tritt auch der Gedanke der gegenseitigen Hilfsbereitschaft in den Hintergrund, eine Gefahr, die gerade in der Krankenversicherung mit allen Mitteln bekämpft werden muß. ...“

Krankenkasse der Arbeiter der Eidgen. Waffenfabrik (Jahresbericht 1934).

„... Die Mitglieder sollten sich befeißigen, die Kasse nur auf das Notwendigste zu beanspruchen. Nur in diesem Falle wird es möglich sein, die Frage der Kostenbeteiligung fallen zu lassen...“

Krankenkasse des Personals der Chocolat Tobler A.-G.

„... Das Geschäftsjahr 1933 brachte zum erstenmal die volle Auswirkung der durch die Belastung der Mitglieder mit einem Viertel der Krankenpflegekosten erzielten Ersparnis. Es hat sich dabei erfreulicherweise gezeigt, daß sich die auf die Einführung des Dreiviertelsystems gesetzten Hoffnungen erfüllt haben. So erlaubte der finanzielle Stand der Kasse den wohl allen Mitgliedern willkommenen Verzicht auf die Dezemberbeiträge und die Zuwendung eines Betrages von 4000 Fr. an den Unterstützungsfonds, der heute mit seinen Fr. 9386. 55 Kapital, wenn auch immer noch in bescheidenem Rahmen, doch etwas mehr Bewegungsfreiheit zuläßt. ...“

Die vorstehend wiedergegebenen Krankenkassenvernehmlassungen geben eine hinreichende Antwort auf die hier und dort aufgeworfene Frage nach den Gründen, die einzelne Krankenkassen aus dem finanziellen Gleichgewicht gebracht haben.

Einmal ist es die herrschende Wirtschaftskrise, die bewirkt, daß die Kassen wegen der Verdienstlosigkeit und der damit Hand in Hand gehenden Überarznenung in erhöhtem Maße in Anspruch genommen werden. Einzelnen Kassen hat auch die Einführung der Krankenpflege- und der Kinderversicherung, sowie die Verlängerung der Unterstützungsdauer (vgl. S. 33) eine größere Belastung gebracht. Endlich ist die starke Inanspruchnahme der Kassenmittel durch die vermehrte Pflege der Versicherung der Frauen gegen Krankheit zu nennen.

In der Richtung einer stärkeren finanziellen Belastung der Krankenkassen wirkt ferner die sogenannte Veralterung der Bevölkerung. Ohne

auf deren Ursachen hier näher einzutreten (Geburtenrückgang, Verlängerung der Lebensdauer) sei lediglich festgestellt, daß die Zahl der jüngeren Personen gegenüber den älteren stetsfort abgenommen hat und noch weiterhin abnimmt. Da aber — wie wir für das Jahr 1924 eingehend zahlenmäßig nachgewiesen haben <sup>1)</sup> — gerade die älteren Personen die Kassen bedeutend stärker belasten als die jüngeren, ist es verständlich, daß die Überalterung der Bevölkerung für die Krankenkassen eine Vermehrung der Ausgaben bedeutet, denen keinerlei vermehrte Einnahmen gegenüberstehen.

Der Geburtenrückgang wird, was hier nur nebenbei erwähnt sei, recht bald auch für die Krankenkassen fühlbar werden, indem die Zahl der zum Eintritte in die Kassen heraufrückenden Altersbestände empfindlich kleiner werden wird. Die Krankenkassen werden schon deshalb gewisse Schwierigkeiten haben, den Mitgliederzuwachs auf seiner bisherigen Höhe zu halten. Auch aus dieser Überlegung heraus dürfte die Pflege der Kinderversicherung für die Kassen wertvoll sein, da durch sie die heranwachsende Generation schon frühzeitig mit dem Gedanken der Krankenversicherung vertraut wird und sich nach Ablauf der Kinderversicherung eher entschließt, auch als Erwachsener einer Krankenkasse beizutreten.

Durch das Zusammenwirken der verschiedenen genannten Faktoren sind die Kassenleistungen in den letzten Jahren sowohl in der Krankengeld- und -pflegeversicherung stark gewachsen. Nach der Zahlenaufstellung auf S. 35/36 erfuhren z. B. die Kassenleistungen pro Mitglied bei einzelnen Krankengeld-Kassen eine Erhöhung von Fr. 23. 50 im Jahre 1924 auf Fr. 43. 70 im Jahre 1933, oder von Fr. 54. 20 auf Fr. 90. 70 oder endlich gar von Fr. 49. 90 auf Fr. 120. 60!

Ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Krankenpflegekassen. Zwei Beispiele! Die durchschnittlichen Kassenleistungen betragen für Arzt und Arzneien für ein Mitglied:

	Christlich-soziale Krankenkasse	Städtische Kranken- kasse (Ausgaben für Arzt- u. Apotheker- rechnungen)
	Fr.	Fr.
1916 .....	10. 42	19. 95
1920 .....	16. 87	41. 50
1925 .....	22. 80	40. 36
1930 .....	25. 64	45. 94
1932 .....	27. 64	52. 57
1933 .....	32. 90	50. 54

<sup>1)</sup> Vergleiche „Das Krankenversicherungswesen in der Stadt Bern“ 1926, S. 54 ff.

Überblicken wir rückschauend die Entwicklung der stadtbernischen Krankenversicherung, so wird sich wohl kaum umgehen lassen, daß die zuständigen Organe der Krankenkassen gewissen Mißständen in noch stärkerem Maße, als dies bereits geschehen ist, nähertreten und eine weitgehende Übereinstimmung ihrer Einnahmen mit den Ausgaben anzustreben suchen.

Als eines der wirksamsten Mittel zur Senkung der Leistungen muß die Selbstbeteiligung der Mitglieder an den Pflegekosten, die gesetzlich bis zu 25 % zulässig ist, bezeichnet werden. Im Vergleiche zu 1924 sind zahlreiche Kassen zur Einführung der Selbstbeteiligung übergegangen, doch dürfte dieser Selbstbehalt da und dort noch höher angesetzt werden.

Eine besondere Bedeutung kommt — nach Auffassung des Bundesamtes für Sozialversicherung — in Zeiten von wirtschaftlichen Krisen und damit in Zusammenhang stehender Arbeitslosigkeit, der Frage der Überversicherung zu. „In solchen Zeiten ist“ — schreibt die genannte Amtsstelle in ihrem Zirkular Nr. 60 an die Krankenkassen, vom 15. Februar 1932 — „die Gefahr einer ungerechtfertigten Inanspruchnahme der Krankenkassen erfahrungsgemäß größer, als wenn die Wirtschaft ihren normalen Gang geht, da das Bestreben vorhanden ist, sich für entgehende Verdienstmöglichkeit bei den Krankenkassen schadlos zu halten.“

„Aufgabe der Krankenkassen ist es, zur Vermeidung ungerechtfertigter Inanspruchnahme der Kassen die Krankenkontrolle zu verschärfen und die Bestimmungen über die Überversicherung so anzuwenden, daß die Sicherheit der Kassen dadurch nicht gefährdet wird.“

„Kassen, die bisher eine weitherzige Praxis befolgt haben, werden also in Zukunft, je nachdem die Lage der Kasse und die Umstände es erfordern, den Toleranzbetrag ganz streichen und den Begriff der Überversicherung im engen Sinne anwenden, oder jenen Betrag nur so weit ausrichten, als effektive Mehrkosten nachgewiesen sind.“

Eine Überlegung drängt sich auch in anderer Richtung auf. Die finanzielle Lage einzelner Kassen wird sehr stark durch die Gestaltung ihrer Leistungen beeinflußt. Wenn beispielsweise eine Kasse schon vom ersten Krankheitstage an die Vergütung des Lohnausfalles zu 100 % übernimmt, dazu für die ersten zwei Krankentage keinen ärztlichen Ausweis verlangt, so ist die Versuchung zu „kurzfristigen Krankheiten“ sehr groß. Sie ist um so größer, wenn Doppelmitgliedschaft besteht, allfällig noch in Verbindung mit der Krankenpflegeversicherung. So sehr die Großzügigkeit solcher Einrichtungen anzuerkennen ist, so falsch wäre es, wollte man sich vor den Nebenwirkungen verschließen und nicht einsehen, daß durch diese

weitgehende Unterstützungspraxis ein direkter Anreiz zur häufigen Inanspruchnahme der Krankenkassen geschaffen wird. Sollte sich die finanzielle Lage einzelner Kassen verschlechtern, wird man auch in dieser Richtung gewisser Überprüfungen der Verhältnisse nicht entraten können.

Als Selbsthilfeorganisationen ist es eine vornehme Pflicht der Krankenkassen und ihrer Organe, sich möglichst aus eigener Kraft zu behaupten und vor allem keine mißbräuchliche Ausnützung seitens einzelner ihrer Mitglieder zu dulden. „Die Krankenversicherung“, heißt es im Bulletin de la Fédération romande des S. S. M., „kann nur dann fruchtbringend sein, wenn sie sich auf Aufrichtigkeit und auf ein starkes Verantwortlichkeitsgefühl der Gesellschaft gegenüber stützen kann. Sie kann gefährliche Folgen haben in einem Lande, wo der Grundsatz herrschend ist: „Die Gemeinschaft (Kasse, Gemeinde, Staat) bestehlen, ist nicht stehlen.“ Unehrlliche Handlungen schädigen nicht nur direkt die Gemeinschaft, sondern sie wirken ansteckend auf die Massen.

„Da der Versicherer (Kasse, Versicherungsgesellschaft usw.) getäuscht, ausgebeutet wird, so wird er mißtrauisch; ja, es wird das Mißtrauen geradezu eine Notwendigkeit für ihn. Da aber Mißtrauen wieder Mißtrauen zeugt, so entsteht es auch beim Versicherten. Die guten Beziehungen zwischen den beiden Parteien leiden natürlich darunter.“

„Ob ein Zweig der Sozialversicherung in einem Lande gedeihen kann, hängt vom Grade der Tugendhaftigkeit des Volkes und namentlich von der Entwicklung seines Pflichtgefühls gegenüber der Gemeinschaft ab.“

Die Organe der Krankenkassen sind selbstverständlich gegenüber der geschilderten Entwicklung nicht untätig geblieben. Was die bernischen Kassen betrifft, so haben diese u. a. durch Revision des Tarifs und des Vertrages mit der Ärzteschaft versucht, die Kosten der Krankenpflegeversicherung etwas herabzumindern. Das Ergebnis der zwischen dem Verband bernischer Krankenkassen und den Ärzten geführten Verhandlungen bildet ein neuer Tarif, der auf den 1. Januar 1935 in Kraft trat. Es bleibt abzuwarten, ob dieser neue Tarif den Kassen die von ihnen gewünschte Erleichterung bringen wird.

Mit diesen kritischen Bemerkungen soll nicht etwa der Meinung Ausdruck verliehen sein, die Krankenkassen — als die vornehmsten Träger der Krankenversicherung — hätten in den gegenwärtigen Krisenzeiten etwa kein Recht auf eine außerordentliche Staatshilfe. Im Gegenteil! Wenn eine Fürsorgeeinrichtung in der Gegenwart auf Staatshilfe Anspruch machen darf, so sind es gewiß die Krankenkassen. „Kommt doch die treffliche Versorgung des einzelnen gegen Krankheit Versicherten“ — wie

ein guter Kenner der Krankenversicherung <sup>1)</sup> schreibt — „nicht nur diesem zugute, sondern mittelbar dem gesamten Volke. Durch die frühzeitige Erkennung von Infektionskrankheiten (Diphtherie, Scharlach, Typhus, Tuberkulose, Syphilis) ist die Ausschaltung von Krankheitsherden und damit die Verhütung gefährlicher Volksseuchen erst ermöglicht; die schnelle und durchgreifende Heilung von Krankheiten und Verletzungen vermindert den Ausfall an schaffender Arbeit, erhöht also die Gesamtleistung des Volkes.“

Vorgängig der Beanspruchung einer außerordentlichen Staatshilfe sollten es sich indessen die Organe der Krankenkassen zur Pflicht machen, etwa eingeschlichene Mißstände hinsichtlich der Kassenbeanspruchung seitens einzelner Mitglieder restlos zu beseitigen. Sind diese beseitigt, dann ist es nicht nur Aufgabe, sondern Pflicht des Staates, den Krankenkassen finanziell beizustehen, damit sie vor allem jene Mitglieder, die ihre Beiträge wegen unverschuldeter Arbeitslosigkeit nicht oder nur teilweise bezahlen können, nicht von der Kassenzugehörigkeit ausschließen müssen. Wäre es nicht auch Aufgabe der größeren privaten Arbeitgeber, in deren Unternehmungen Betriebskrankenkassen vorhanden sind, sich dieser Kassen in vermehrtem Maße anzunehmen und ihren Fortbestand durch außerordentliche Beiträge sicherzustellen? Die wirksamste Hilfe würden diese Unternehmungen ihren Krankenkassen durch Schaffung von besonderen Pensionskassen leisten, weil einzelne Betriebskrankenkassen durch die Altern, nicht mehr erwerbstätigen Mitglieder mangels einer Pensionskasse übermäßig stark belastet werden.

Den anerkannten Krankenkassen werden übrigens in der Schweiz neben den ordentlichen, durch das KUVG festgelegten Beiträgen durch den Bund zur Zeit gestützt auf einen Bundesbeschluß vom 21. Juli 1932 auch außerordentliche Subventionen gewährt. Überdies wird mit Bundesbeschluß vom 27. März 1934 endlich eine Krisenhilfe an die freiwillige Krankenversicherung verabfolgt.

Auch der Kanton Bern ist auf diesem Gebiete der sozialen Fürsorge nicht untätig geblieben. Er hat für das Jahr 1932 einen Betrag von 20 000 Franken für nicht einbringliche Mitgliederbeiträge bereitgestellt. Das Gesuch um Ausrichtung dieses gleichen Betrages für 1933 und 1934 wurde indessen vom Großen Rate mehrheitlich abgelehnt.

Unsere Untersuchung über die Krankenversicherung Berns sei nicht abgeschlossen ohne einen Hinweis auf die Bedeutung einer umfassenden

---

<sup>1)</sup> Dr. med. Erwin Liek, Danzig, Die Schäden der sozialen Versicherung und Wege zur Besserung, München 1927, S. 15.

Krankenkassenstatistik für die Krankenkassen. Sie allein ist imstande, etwa vorhandene Mißstände ans Tageslicht zu fördern.

Leider stehen heute noch manche Krankenkassen auf dem Standpunkte, daß den Ausgaben für die Statistik keine entsprechenden Einnahmen gegenüberstehen. Aus diesem Grunde paßt ihnen die Statistik nicht recht, die wohl einen wissenschaftlichen Wert besitze, für die Kasse jedoch wenig Wert habe. Diese Auffassung ist unzutreffend.

Nur durch eine eingehende statistische Untersuchung ist es möglich, gewisse Kassenmißstände, d. h. die Ursachen, die zu diesen geführt haben, festzustellen und gestützt hierauf die richtigen Vorkehren zu treffen, damit diese Mißstände verschwinden und in der Folge das finanzielle Gleichgewicht wiederum hergestellt wird. Gerade in der Krankenversicherung ist die Statistik für die Geschäftsführung von außerordentlicher Bedeutung. Eine Krankenkasse ohne statistische Kontrolle über die Mitgliederbewegung, die Art und die Dauer der Erkrankungen, mehrfache Versicherung usw. usw. ist auf lange Sicht geschäftlich nicht zu halten. In Krisenzeiten ganz besonders kommt einer guten Statistik erhöhte Bedeutung zu.

Einzig eine zweckmäßig eingerichtete Krankenkassenstatistik vermag zu zeigen, wo der Hebel zur Beseitigung vorhandener Mißstände einzusetzen ist. Wer sich für die Einführung einer wohlausgebauten Krankenkassenstatistik interessiert, sei auf unsere einschlägige Veröffentlichung aus dem Jahre 1926 verwiesen, die alle Ausweise enthält, über die eine den praktischen und wissenschaftlichen Bedürfnissen gerecht werdende Krankenkassenstatistik Aufschluß geben muß.

Die vorliegende Untersuchung hat deutlich gezeigt, daß Berns Krankenversicherung in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht hat. Der freiwilligen Krankenversicherung steht indessen in unserer Stadt noch ein weites Betätigungsgebiet offen. Sind doch erst 30 % der Einwohner gegen Krankheit versichert! Die Hauptaufgaben der Zukunft liegen wohl darin, daß die vorhandenen Mittel von den Kassen möglichst sinngemäß und zweckentsprechend verwendet, und vorhandene Mißbräuche raschestens beseitigt werden. Ist dies geschehen und reichen die Mittel nicht hin, dann ist es Aufgabe und Pflicht des Staates, sich der bedrängten Kassen anzunehmen und den Fortbestand dieser wohltätigen Institution durch außerordentliche Beiträge sicherzustellen.

STADT BERN

Kommission zur Prüfung des  
Krankenversicherungsproblems

**Krankenkassenstatistik für das Jahr 1933**

(Die Angaben werden nur zu rein statistischen Zwecken verwendet)

1. Name der Kasse : ..... Sitz: .....
2. Tätigkeitsgebiet (örtl. Ausdehnung): .....
3. a) Art der Kasse : (Vom Bundesrat anerkannt\* (seit .....) — offene Kasse\*  
— Berufskasse\* — Betriebskasse\* — Berufsverbandskasse\* — konfessionelle  
Kasse\* — politische Kasse\*.  
b) Leistungen : Krankengeld\* — Krankenpflege\* — Krankengeld und -Pflege\*  
— Unfalleistungen\* — Sterbegeld\*.
4. Unterstützungsdauer : Krankengeld: höchstens .....Tage, innert .....Tagen.  
Krankenpflege: höchstens ..... Tage, innert ..... Tagen.  
Selbstbeteiligung der Mitglieder: Ja\* — Nein\*. Wenn ja, in welcher Form:  
\* Zutreffendes gefl. unterstreichen.

NB. Im Nachfolgenden sind immer nur die Angaben für die in der Gemeinde Bern wohnenden Mitglieder einzusetzen.

5. Anzahl der Mitglieder am Ende des Berichtsjahres :  
Männer: ....., Frauen: ....., Kinder: ....., Total: .....  
Zu- (+) bzw. Abnahme (—) während des Jahres: .....  
Anzahl der Mitglieder, die gleichzeitig einer zweiten Kasse angehören:.....
6. Versicherungsart : Reine Taggeldversicherung: ..... Mitglieder  
Reine Krankenpflege-Versicherung: ..... „  
Taggeld und Krankenpflege (kombiniert): ..... „
7. Zahl der Erkrankungen im Berichtsjahre : Männer: ..... Fälle  
(betrifft nur die in der Gemeinde Bern wohnenden Mitglieder) Frauen: ..... „  
Kinder: ..... „  
Total ..... „
8. Finanzielles (betrifft nur stadtbernische Mitglieder):  
a) Einnahmen aus Mitgliederbeiträgen..... Fr. ....  
b) Ausgaben: **Arzt- und Arzneikosten** ..... „  
**Krankengelder** (inkl. Spital-, Kur-, Unfall-, Wöchnerinnen-, Still- und Sterbegelder) ..... „

Zusatzfragen

(Ebenfalls nur Angaben für die in der Gemeinde Bern wohnhaften Mitglieder)

1. Verlust an Mitgliederbeiträgen zufolge Arbeitslosigkeit oder reduzierten Verdienstes ..... Total Fr. ....
2. Beitragsrückstände am Ende des Berichtsjahres zufolge Arbeitslosigkeit oder reduzierten Verdienstes ..... Total Fr. ....
3. Verlust an Mitgliedern zufolge Arbeitslosigkeit oder reduzierten Verdienstes  
Anzahl Mitglieder : .....
4. Betriebs-Krankenkassen : Steht Ihre Kasse oder stehen die Mitglieder derselben unter wesentlichem Einfluß der Krise? Wenn ja, in welcher Form? Kurzer Bericht: .....

Statuten und Jahresberichte für die Jahre 1932 und 1933 beilegen!

Für die Richtigkeit: