

Zeitschrift: Mitteilungen des Kantonalen Statistischen Bureaus
Herausgeber: Kantonales Statistisches Bureau Bern
Band: - (1927)
Heft: [3]

Artikel: Die Krankenversicherung im Kanton Bern : im Auftrage der Direktion des Inneren des Kantons Bern
Autor: Hünerwadel, Hans
Kapitel: Der Staat und die Krankenversicherung
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-850335>

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: 08.01.2026

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

C. Der Staat und die Krankenversicherung.

I. Allgemeines.

Die Frage, ob der Staat sich zur Sozialversicherung und insbesondere zur Krankenversicherung bekennen soll, braucht eigentlich nicht erst untersucht und entschieden zu werden. Einmal kann im weitesten, uneigentlichen Sinne alles als Sozialversicherung bezeichnet werden, was der Staat auf dem Wege irgend einer Hilfeleistung dem Volksganzen zukommen lässt, mit der Absicht, damit dem Wohle des Ganzen und des Einzelnen zu dienen und mitzuwirken, um die Volkswirtschaft und jeden Einzelnen bei Eintritt eines Schadenereignisses nach Möglichkeit schadlos zu halten. So verstanden, trifft man die Sozialversicherung auf den verschiedensten Gebieten. Was aber insbesondere die Fürsorge für die kranken Tage betrifft, so ergibt sich aus dem geschichtlichen Abriss, dass der Kanton Bern schon seit langer Zeit das Ziel verfolgt hat, aus Staatsmitteln zu helfen und zwar insbesondere beim Betriebe von Krankenhäusern, Spitälern etc. und sodann bei der Fürsorge für arme Kranke. Vergegenwärtigt man sich diese Momente, so gelangt man zum Schluss, dass der Staat eigentlich schon längst Sozialversicherung und namentlich soziale Krankenversicherung getrieben hat und es könnte dies als ein Präjudiz angesehen werden hinsichtlich der Stellung, die der Kanton der heutigen Sozialversicherung gegenüber einzunehmen hat.

Zu dieser Schlussfolgerung braucht man jedoch nicht Zuflucht zu nehmen, vielmehr führt das allgemeine Interesse des Staates an einer entwickelten und hochstehenden Volkswirtschaft und an einem gesunden Volkskörper ohne weiteres dazu, dass das Gemeinwesen als solches sich hier nicht untätig verhalten darf und es hat dies auch nicht getan; im Gegenteil, der Staat als solcher hat sich in dieser Hinsicht mit enormen Werten verpflichtet. Die grosse Frage bleibt aber immer, wo weiter geholfen werden soll und wie geholfen werden soll. Diese Frage stellt sich auch hinsichtlich der Krankenversicherung.

Es ist dies kein neues Problem. Bereits im Jahre 1884 hat Dr. Georg Glaser in Münchenbuchsee eine Broschüre veröffentlicht unter dem Titel: «Wie ist im Kanton Bern die Krankenversicherung am zweckmässigsten zu fördern?» Wie der Verfasser in seinem Vorwort erwähnt, wurde damals die Frage der Krankenpflege bzw. der Krankenversicherung fast ausschliesslich dahin untersucht, ob der Freiwilligkeit oder dem Obligatorium der Vorzug zu geben sei. Dies veranlasste den Verfasser, zu zeigen, dass, wenn die Krankenversicherung auf einen

etwas breiteren Boden gestellt würde, der Wirkungskreis nicht unerheblich erhöht werden könnte. Nach einer kurzen Einleitung wird das Thema in neun Abschnitten erschöpft unter nachstehenden Titeln:

- a) Wesen und Bedeutung der Krankenversicherung. Aufgabe des Staates, sie zu fördern.
- b) Auf Grundlage der gegenwärtigen Organisation der meisten Krankenkassen ist eine wesentliche Förderung der Krankenversicherung nicht möglich.
- c) Von der obligatorischen Krankenversicherung.
- d) Die Forderung der unentgeltlichen Krankenpflege.
- e) Staatliche Organisation und Unterstützung der Krankenversicherung.
- f) Finanzielle Belastung des Staates infolge der Organisation und Unterstützung des Krankenversicherungswesens in bisher erörtertem Sinne.
- g) Ermöglichung einer Krankheits-Statistik durch eine staatliche Ordnung des Krankenversicherungswesens.
- h) Rekapitulation der Vorschläge für eine staatlich geordnete und unterstützte freiwillige Krankenversicherung.

Dr. Glaser bekennt sich nicht als Freund einer obligatorischen Krankenversicherung. Seine Gedanken gehen dahin, die freiwillige Krankenversicherung durch den Staat zu fördern. Wenn auch seine Darlegungen von der heutigen Sozialpolitik im allgemeinen überholt sind, so dürfen die aufgestellten Grundsätze doch noch Interesse beanspruchen. Sie lauten:

1. Oeffnung der Krankenkassen für alle Personen vom 16. bis 60. Lebensjahr, sofern diese zur Zeit des Versicherungsgesuches nicht krank sind.
2. Anpassung der Leistungen der Kassen an die wirklichen Bedürfnisse der Versicherungsnehmer: für Wohlhabendere durch Ermöglichung einer mehrfachen Versicherung, für Arme durch Ausrichtung eines erhöhten Krankengeldes.
3. Uebernahme der Mehrbelastung der Versicherungskassen, die sich aus der Ausführung der in Ziffern 1 und 2 angeführten Grundsätze gegenüber ihrer Inanspruchnahme bei der gegenwärtigen Organisation ergeben würde, durch den Staat.
4. Verpflichtung der Arbeitgeber, bei Erkrankung ihrer Arbeiter für deren genügende Besorgung einzutreten im Sinne von § 341 des Schweiz. Obligationenrechtes und Haftbarerklärung derselben für die aus vorübergehender Krankenbehandlung ihrer Arbeiter sich ergebenden Kosten und für deren Prämien im Versicherungsfall.

5. Ausdehnung der Leistungspflicht der einzelnen Kassen auf das Gebiet des ganzen Kantons.
6. Wünschbarkeit einer Erhöhung des normalen einfachen Krankengeldes von Fr. 1 auf Fr. 1.50.
7. Einheitliche Buchführung sämtlicher Kassen nach einem von der Sanitätsdirektion festzustellenden Schema und Einsendung der hieraus nach ebenfalls vorgeschriebenem Formular zusammengestellten Jahresergebnisse an die Sanitätsdirektion, womit die Erzielung einer für Versicherungs- wie für medizinisch wissenschaftliche Zwecke wertvollen Krankheitsstatistik ermöglicht würde.

Diese Gedanken haben im grossen und ganzen ihre Verwirklichung gefunden in dem Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911 und deren Ausführungsverordnungen. Während durch dieses Gesetz dem Bunde die Leistung erheblicher Beiträge auferlegt wird, werden die Kantone zu keinen Beiträgen, weder an die Krankenversicherung noch an die Unfallversicherung verpflichtet, so dass die Kantone in dieser Richtung auch heute noch vollständig frei sind, d. h. es steht im Belieben jedes einzelnen Kantons, ob und in welcher Weise er die Sozialversicherung fördern und unterstützen will.

II. Das Interesse des Staates an der Krankenversicherung.

Bei oberflächlicher Betrachtung könnte man versucht sein zu erklären, dass jeder Einzelne selbst und aus eigenen Mitteln das vorkehren soll, was er zur Erhaltung seiner Gesundheit als notwendig und zweckdienlich erachtet. Eine derartige Anschauung hält natürlich nicht Stand, weder vor dem Mitgefühl für Kranke und Bedürftige, noch vor den gewaltigen Umwälzungen der letzten Jahrzehnte auf wirtschaftlichem Gebiete mit ihren grossen sozialen Forderungen. Es wird denn auch kaum jemandem einfallen, gewisse Pflichten des Staates gegenüber dem Volksganzen und gegenüber dem einzelnen Bürger schlechthin zu verneinen, jedoch kann man in guten Treuen verschiedener Ansicht sein betreffend den Umfang der staatlichen Hilfe.

Im geordneten Rechtsstaate herrscht ein Gegenseitigkeits-Prinzip in dem Sinne, dass der Einzelne ein Interesse am Wohl des Staates hat und dass der Staat ein Interesse am Wohle des Einzelnen hat. Auf die Krankenversicherung übertragen, ergibt sich daraus, dass der Einzelne als Glied des Gemeinwesens, abgesehen von den persönlichen Interessen, die Pflicht hat, seine Gesundheit zu erhalten zum Wohl des

Volksganzen, dass aber anderseits der Staat als der Inbegriff der Volksgemeinschaft die Pflicht hat, zunächst alles vorzukehren, was zur Sicherung der Gesundheit des Einzelnen und damit des Volksganzen dienen kann. Der Staat soll und darf aber nicht so weit gehen, dass die Energie des Einzelnen, sich nach Möglichkeit aus eigener Kraft und aus eigenen Mitteln selbst für die Tage der Krankheit vorzusehen, lahmgelegt und eine gewisse Sorglosigkeit hervorgerufen wird. Die Hilfe des Staates soll aber immerhin derart sein, dass sie für den einzelnen Bürger und für die Gemeinden einen Ansporn bildet, nach eigenem Vermögen an die Einrichtungen zur Sicherung der Gesundheit beizutragen und auf diese Weise mitzuhelfen, sie auszugestalten.

Es sind verschiedene Lösungen denkbar, mit denen der Staat die Krankenversicherung fördern kann. Bevor aber hierüber Näheres ausgeführt wird, sei noch ein Blick auf die Ordnung beim Bund und bei den übrigen Kantonen geworfen.

III. Die Beiträge des Bundes.

Nach dem Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911 (KUVG) beteiligt sich der Bund in vierfacher Weise an der Krankenversicherung.

1. Ordentliche allgemeine Beiträge an die anerkannten Krankenkassen.

Der Bund zahlt für jedes Mitglied pro Jahr:

- a) Für versicherte Kinder bis und mit dem Jahre, in dem sie das 14. Altersjahr zurücklegen, Fr. 3.50,
- b) Für andere Mitglieder: Fr. 3.50 für männliche und Fr. 4 für weibliche Versicherte, denen die Kasse ärztliche Behandlung und Arznei oder ein tägliches Krankengeld von Fr. 1 gewährt, sofern die Leistungsdauer 180 Tage bzw. 270 Tage im Laufe von 360 aufeinanderfolgenden Tagen beträgt.
Fr. 5 für Versicherte, denen die Kasse sowohl ärztliche Behandlung und Arznei, als auch ein tägliches Krankengeld von mindestens Fr. 1 gewährt und zwar beide Leistungen für 180 bzw. 270 im Laufe von 360 aufeinanderfolgenden Tagen (Art. 35 in Verbindung mit Art. 13 KUVG).
- c) Die vorstehend bezeichneten Bundesbeiträge werden um je 50 Rappen erhöht für diejenigen Mitglieder, denen die Kasse im Krankheits-

falle die Versicherungsleistungen im Laufe von 540 aufeinanderfolgenden Tagen während wenigstens 360 Tagen gewährt (Art. 35 KUVG).

Gewährt eine Kasse sowohl ärztliche Behandlung und Arznei als auch ein tägliches Krankengeld, so tritt die für die Verlängerung der Dauer der Leistungen vorgesehene Erhöhung des Bundesbeitrages von Fr. 5 auf Fr. 5.50 nur ein, wenn die Unterstützungsdauer für beide Arten der Leistungen verlängert wird (Art. 18 der Verordnung II über die Krankenversicherung).

2. Wöchnerinnen-Bundesbeitrag.

a) Für jedes Wochenbett, für welches die gesetzlichen (Art. 14 KUVG) bzw. die statutarischen Bedingungen erfüllt sind, bezahlt der Bund einen Beitrag von Fr. 20 (Art. 35 KUVG).

b) Für diejenigen Wöchnerinnen, für welche die Kasse gemäss Art. 14, letzter Absatz KUVG bzw. gemäss statutarischer Bestimmung ein Stillgeld für zehnwöchiges Stillen verabfolgen muss, rückvergütet der Bund einen Betrag von Fr. 20 (s. Art. 35, letzter Absatz KUVG und Art. 14 der Verordnung II über die Krankenversicherung).

3. Gebirgszuschlag.

Für Versicherte in dünnbevölkerten Gebirgsgegenden mit geringer Wegsamkeit leistet der Bund pro Jahr und Mitglied bis Fr. 7.

4. Beiträge an die obligatorische Krankenversicherung Dürftiger.

Wenn Kantone oder Gemeinden die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären und die Beiträge dürftiger Kassenmitglieder ganz oder teilweise auf sich nehmen, so gewährt ihnen der Bund Beiträge bis auf einen Drittel dieser Ausgaben (Art. 38 KUVG).

Ausser diesen Subventionen leistet der Bund den Kantonen für sich oder zuhanden ihrer Gemeinden Beiträge an Einrichtungen in Gebirgsgegenden, die die Verbilligung der Krankenpflege oder der Geburtshilfe bezwecken. Diese Beiträge dürfen den Gesamtbetrag der von Kanton, Gemeinden oder Dritten geleisteten Summen, und jedenfalls 3 Franken jährlich auf den Kopf der beteiligten Bevölkerung nicht übersteigen.

Die Bundesbeiträge haben für das Jahr 1925 und für die ganze Schweiz bzw. für den ganzen Kanton Bern folgende Summen erreicht:

1. Ordentliche Bundesbeiträge gemäss Art. 35 KUVG Fr. 5,216,881.20, wovon auf den Kanton Bern Fr. 636,633.10 entfallen.

2. Gebirgszuschläge Fr. 447,441.—, wovon für den Kanton Bern Fr. 7253.50.
3. Beiträge an die obligatorische Krankenversicherung Dürftiger Fr. 88,082.50. Kanton Bern nichts.
4. Beiträge für Einrichtungen zur Verbilligung der Krankenpflege und der Geburtshilfe Fr. 206,042.—, wovon für den Kanton Bern Fr. 71,883.—.

Neben diesen gesetzlichen Bundesbeiträgen hat der Bund die schweizerische Krankenversicherung noch durch ausserordentliche Subventionen unterstützt, nämlich:

- a) anlässlich der Grippeepidemie mit einer Summe von Fr. 2,878,069.—,
- b) die Frauenversicherung mit einer Summe von Fr. 490,358.—,
- c) ausserordentliche Beiträge von je 1 Million Franken für die Jahre 1924, 1925 und 1926.

IV. Die Beiträge anderer Kantone.

Appenzell A.-Rh.

Uebernimmt eine Gemeinde für die der Versicherungspflicht unterstehenden und in der öffentlichen Krankenkasse versicherten weiblichen Mitglieder oder Kinder oder für beide einen Teil der Beiträge und zwar in der Weise, dass diese nicht den Charakter und die Folgen der Armenunterstützung tragen, so leistet der Kanton der Gemeinde einen Beitrag von 30 % der ihr erwachsenden Auslagen.

Die von Wohngemeinden aus der Uebernahme der Beiträge dürftiger versicherungspflichtiger Kassenmitglieder erwachsenen Auslagen werden nach Abzug der in Art. 38 KUVG vorgesehenen Bundesbeiträge von Kanton und Gemeinden zu gleichen Teilen getragen.

Der Kanton gewährt ein kantonales Stillgeld für je vier Wochen, während welchen die Wöchnerin ihr Kind über die zehn ersten Wochen hinaus stillt.

(§§ 11 und 34 der Verordnung zum Gesetz betreffend die Krankenversicherung vom 30. Mai 1924.)

Basel-Stadt.

Dieser Kanton beteiligt sich an der obligatorischen Krankenversicherung durch Uebernahme der ganzen Versicherungsprämie oder eines Teiles derselben und zwar je nach Einkommenskategorien.

Für die Versicherten mit vollem kantonalem Beitrag trägt der Kanton die ganze Versicherungsprämie.

Für die Versicherten mit kantonalem Beitrag von zwei Dritteln übernimmt der Kanton zwei Drittel.

Für die Versicherten mit kantonalem Beitrag von einem Drittel übernimmt er einen Drittel der Versicherungsprämie.

(§§ 14, 15 und 16 des Gesetzes betreffend die Oeffentliche Krankenkasse des Kantons Basel-Stadt, vom 12. März 1914, abgeändert durch die Gesetze vom 10. Oktober 1918 und 23. Februar 1922.)

Freiburg.

Die Krankenversicherung für die Erwachsenen wird unterstützt durch die Verabfolgung von Beiträgen an Krankenkassen, die vom Bunde anerkannt sind, zu welchem Zwecke alljährlich im Staatsvoranschlag ein Kredit ausgesetzt wird.

1. Der Kanton entrichtet den Kassen, welche ihren Sitz im Kanton haben, pro Erwachsenen, der sein 15. Lebensjahr begonnen hat, für das ganze Jahr folgende Beiträge:

- a) Fr. 1 für die Versicherten männlichen Geschlechtes und Fr. 1.50 für die Versicherten weiblichen Geschlechtes, insofern die Kasse während der gesetzlichen Unterstützungszeit die Arzt- und Apothekerkosten oder ein tägliches Krankengeld von mindestens Fr. 1 übernimmt.
- b) Fr. 2 insofern die Kasse während der gesetzlichen Unterstützungsdauer sowohl Arzt- und Apothekerkosten als auch mindestens Fr. 1 tägliches Krankengeld übernimmt.
- c) Fr. 10 für jede Geburt. Dieser Beitrag wird auf Fr. 20 erhöht für die Kindbetterinnen, welche Anrecht haben auf den Bezug des bundesgesetzlichen Stillgeldes. Mindestens die Hälfte dieser letztern Beiträge muss den Kindbetterinnen entrichtet werden.

Die gleichen Beiträge werden den Sektionen der interkantonalen Kassen bewilligt, die ihre Tätigkeit im Kanton ausüben, vorausgesetzt, dass diese Beiträge zur Erhöhung der Leistungen der Kassen an die im Kanton niedergelassenen Versicherten dienen.

In den Gebirgsgegenden mit schwierigen Verkehrsverhältnissen gewährt der Staatsrat den Kassen pro Versicherten und pro volles Jahr einen Zuschlag zum ordentlichen kantonalen Beitrag von Fr. 2 bis Fr. 3.

Alle Beiträge werden verdoppelt, insofern die Gemeinden den Kassen gleichhohe Beiträge verabfolgen, wie sie vorstehend ausgesetzt sind, unter der Bedingung, dass die Leistungen der Versicherungskassen an die Versicherten in gleichem Verhältnis erhöht werden.

Uebernehmen die Gemeinden die Beiträge der unbemittelten Versicherten ganz oder teilweise, so vergütet ihnen der Kanton einen Drittel ihrer bezüglichen Auslagen.

(Art. 1, 2, 3 und 5 des Gesetzes vom 6. März 1919 über die Krankenversicherung.)

2. Die Regionalkassen der obligatorischen Schulerversicherung werden gespiesen u. a.:

- a) durch die kantonale Subvention von Fr. 15,000 jährlich, d. h. 50 Rappen pro versichertes Kind;
- b) die Beisteuer der Gemeinden von 50 Rappen pro versichertes Kind.

Die Gemeinden, die für unbemittelte, versicherungspflichtige Schüler die Entrichtung der Beiträge an die Krankenkasse übernehmen, erhalten einen kantonalen Beitrag in der gleichen Höhe, wie er vom Bunde gemäss Art. 38 KUVG festgesetzt wird.

(Art. 12 und 9 des Gesetzes vom 20. Dezember 1919 betr. Errichtung einer Krankenversicherung und einer Schülerersparniskasse für die Primarschulen.)

Genf.

Der Kanton gewährt den im Kanton errichteten Sociétés de secours mutuels en cas de maladie folgende Beiträge:

	p. Mann Fr.	p. Frau od. Kind Fr.
a) Bei Gewährung eines Krankengeldes für 6 Monate	3.50	4.—
b) Bei Gewährung eines Krankengeldes an Männer und Frauen und ärztlicher Behandlung und Arznei an Kinder während 12 Monaten	4.50	5.—
c) Bei Gewährung eines Krankengeldes für 6 Monate und ärztlicher Behandlung und Arznei	4.50	5.—
d) Bei Gewährung eines Krankengeldes während 12 Monaten und ärztlicher Behandlung und Arznei . .	5.50	6.—
e) Bei Gewährung der unter lit. d erwähnten Leistungen sowie auf dem Wege einer Rückversicherung oder direkt während 2 Jahren eines Krankengeldes von wenigstens Fr. 1 pro Tag	7.—	7.50
f) Bei Gewährung sowohl von ärztlicher Behandlung und Arznei und eines Krankengeldes während 12 Monaten von wenigstens Fr. 2.50 pro Tag einen Zuschlag von	2.50	3.—

(Loi accordant le concours de l'Etat aux Sociétés de secours mutuels en cas de maladie du 27 mai 1903 et loi abrogeant l'article premier de cette loi, du 19 octobre 1918.)

Glarus.

Die Beiträge des Kantons an die in seinem Gebiete tätigen, vom Bunde anerkannten Krankenkassen sind folgende:

- a) Für jedes in seinem Gebiete für Krankenpflege versicherte Kind
- | | |
|---|---------|
| für Familien mit einem Kind | Fr. 1.— |
| für Familien mit 2 Kindern je » | 2.— |
| für Familien mit 3 Kindern je » | 3.— |
| für Familien mit 4 Kindern je » | 4.— |
| für Familien mit 5 und mehr Kindern je » | 5.— |

Mit dem vollendeten 14. Altersjahr hört diese Beitragsleistung auf.

- b) Für jede im Kanton wohnhafte und bei einer, oder höchstens zwei, im Kanton Glarus tätigen Krankenkassen versicherte, mehr als 14 Jahre alte Person die Hälfte des gesetzlichen Bundesbeitrages. Für die nur für Krankengeld versicherten Personen muss aber das tägliche Krankengeld mindestens Fr. 2 betragen.

(Gesetz über die Unterstützung der Krankenkassen durch den Kanton Glarus, erlassen von der Landsgemeinde am 2. Mai 1920.)

Graubünden.

Der Kanton gewährt den vom Bunde und Kanton anerkannten Krankenkassen, die ihren Sitz im Kanton haben und deren Tätigkeitsgebiet nicht über die Kantonsgrenzen hinausreicht, einschliesslich der bündnerischen Sektionen von ausserkantonalen Krankenkassen, einen jährlichen Beitrag von 25 bis 60 % des den Kassen oder Sektionen von Kassen gemäss Art. 35, Absätze 1 bis 3 und Art. 37, Abs. 1 KUVG zukommenden Bundesbeitrages.

Für die obligatorischen Krankenkassen und die öffentlichen Kreis- und Gemeindekrankenkassen beträgt das Minimum des Beitrages des Kantons Fr. 1.50 pro Mitglied.

Der Grosse Rat setzt innert diesen Grenzen die Beiträge und den Zeitpunkt der Auszahlung derselben fest.

Die an die Sektionen ausserkantonomaler Krankenkassen für ihre im Kanton Graubünden wohnhaften Mitglieder auszurichtenden Beiträge dürfen nur für diese verwendet werden.

Der Kanton vergütet den Kreisen oder Gemeinden, welche die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen

obligatorisch erklären und die Prämien bedürftiger Kassenmitglieder ganz oder teilweise übernehmen, einen Drittel der ihnen hieraus entstehenden Auslagen.

(Art. 3, 4 und 5 des bündnerischen Gesetzes über die Krankenversicherung, vom Volke angenommen am 8. April 1923.)

Luzern.

Der Staat gewährt den anerkannten öffentlichen und privaten Krankenkassen für die im Kanton für ärztliche Behandlung und Arznei obligatorisch oder freiwillig versicherten Kassenmitglieder einen jährlichen Beitrag von:

- a) Fr. 1 für jedes Kind bis und mit dem Jahre, in dem es das 14. Altersjahr zurücklegt;
- b) Fr. —.50 für jedes andere Mitglied;
- c) Fünf Franken als Entfernungszuschlag für jedes mehr als 8 km vom Domizil des nächsten Arztes wohnende Mitglied, vorausgesetzt, dass bei dieser Höhe des Einzelzuschlages der jährliche Gesamtzuschlag den Betrag von Fr. 5000 nicht übersteigt; andernfalls ist der Betrag des Einzelzuschlages verhältnismässig herabzusetzen;
- d) Fr. 5 für jede Wöchnerin.

Der Staat gewährt den Gemeinden, welche für die in anerkannten Krankenkassen obligatorisch versicherten dürftigen Mitglieder die Prämien ganz oder teilweise übernehmen, Beiträge bis zu drei Vierteln der von der Gemeinde gemachten Leistungen, soweit sie sich auf die Versicherung für ärztliche Behandlung und Arznei beziehen.

(§ 10 des Gesetzes betreffend die Einführung des KUVG, vom 2. März 1915 und Gesetz betreffend die Revision des vorerwähnten Gesetzes, vom 4. März 1925.)

St. Gallen.

Der Kanton vergütet den Gemeinden, welche die Beiträge dürftiger, versicherungspflichtiger Kassenmitglieder übernehmen, mindestens die Hälfte des nach Abzug des Bundesbeitrages gemäss Art. 38 KUVG verbleibenden Betrages der bezüglichen Auslagen.

(§ 60 des Gesetzes über die obligatorische Krankenversicherung und die Gemeindekrankenkassen, erlassen am 28. Mai 1914.)

Schaffhausen.

Der Kanton gewährt den anerkannten Krankenkassen für jedes im Kanton wohnhafte erwachsene Mitglied einen Beitrag von Fr. 1.80 pro

Jahr. Für versicherte Kinder beträgt der Jahresbeitrag Fr. 1.50. An jedes Wochenbett einer Versicherten leistet der Kanton der Krankenkasse einen Beitrag von Fr. 10.

Bei Doppelversicherung wird der kantonale Beitrag unter die beiden Kassen nach Massgabe ihrer Leistungen geteilt.

Der Kanton leistet den Gemeinden an die von ihnen übernommenen Versicherungsprämien für obligatorisch versicherte dürftige Kassenmitglieder Beiträge in der Höhe von einem Drittel dieser Prämien.

Sämtliche Beiträge des Kantons sind zur Deckung allfälliger Betriebsdefizite, zur Äufnung der von den Aufsichtsbehörden des Bundes verlangten Mindestrücklagen, hernach zur Verbilligung der Prämien oder Verbesserung der Kassenleistungen zu verwenden. Die Beiträge des Kantons werden den einzelnen Kassen direkt ausbezahlt und dürfen nur im Interesse ihrer im Kanton versicherten Mitglieder verwendet werden.

(Art. 11, 12 und 14 des Gesetzes betreffend die Einführung des KUVG, vom 10. Mai 1926.)

Schwyz.

Der Kanton leistet an das Krankenkassenwesen einen jährlichen Beitrag von Fr. 1 auf jede in einer anerkannten öffentlichen oder privaten Krankenkasse im Kanton versicherte Person. Im Falle gleichzeitiger Mitgliedschaft bei mehr als einer Kasse wird dieser Beitrag nur an diejenige Kasse ausbezahlt, der die versicherte Person am längsten angehört.

Die subventionsberechtigten Kassen haben den Kantonalbeitrag nur für die im Kanton Schwyz wohnenden Mitglieder zu verwenden und zwar wie folgt:

- a) Zu Ergänzungsleistungen über die statutarische Genussberechtigung hinaus (z. B. Röntgenbehandlung, zahnärztliche Behandlung, künstliche Gliedmassen etc.).
- b) Für Zuschüsse zum Krankengeld, wo besondere Verhältnisse dies rechtfertigen.
- c) Zur Herabsetzung der Mitgliederbeiträge in der Kinderversicherung.
- d) Zur Unterstützung von allgemeinen Bestrebungen im Interesse der Krankenfürsorge (z. B. Verbesserung der ärztlichen Hilfe in abgelegenen Gemeinden und Gehöften, für häusliche Kranken- und Wöchnerinnenpflege, für Ausbildung von Krankenpflegepersonal, für Unterstützung des Samariterwesens, für Anschaffung von Krankenmobilen und -Automobilen etc.).

(§ 18 des Vollziehungsgesetzes zum KUVG, vom 12. September 1917 und § 2 der Verordnung betreffend Verwendung der kantonalen Subventionen an das Krankenkassenwesen, vom 15. Januar 1919).

Solothurn.

Der Kanton gewährt zur Förderung der Kinderkrankenversicherung an die bei anerkannten öffentlichen oder privaten Krankenkassen obligatorisch oder freiwillig versicherten Kinder einen Beitrag von Fr. 1 pro Kind und pro Jahr.

Dieser kantonale Beitrag wird für die Fälle obligatorischer Versicherung auf Fr. 1.50 pro Kind und per Jahr erhöht, sofern die Wohngemeinde auch ihrerseits einen Beitrag von wenigstens 70 Rappen pro Kind und per Jahr übernimmt.

Wenn infolge weiter Entfernung vom nächstwohnenden Arzte die Kosten der ärztlichen Pflege und infolgedessen die Versicherungsprämien aussergewöhnlich hohe sind, kann der Beitrag des Kantons für obligatorisch oder freiwillig versicherte Kinder um höchstens 50 Rappen pro Kind und pro Jahr erhöht werden. Der Regierungsrat entscheidet über die Gewährung und die Höhe dieser Zuschläge.

Der Kanton gewährt den Gemeinden Beiträge an die von ihnen übernommenen Versicherungsprämien für obligatorisch versicherte, dürftige Kassenmitglieder. Diese Beiträge betragen mindestens ein Viertel, höchstens die Hälfte dieser Auslagen der Gemeinde. Der Regierungsrat bestimmt in diesem Rahmen deren Höhe.

(§§ 11 und 13 des Gesetzes betr. die Einführung des KUVG, vom 21. Januar 1917.)

Tessin.

Der Kanton zahlt den Krankenkassen für jedes Mitglied pro Jahr Fr. 1 und in den Gebirgsgegenden im Sinne des Art. 37 KUVG Fr. 2.

Diese Bestimmung wird vom Kantonsrat dahin ausgelegt, dass nur die öffentlichen Krankenkassen Anspruch auf den Beitrag haben sollen.

(Art. 10^{bis} des Testo unico della legge 10 giugno 1918 sull'assicurazione malattie e successiva modificazione del 19 gennaio 1922 (del 25 marzo 1922) — Art. 39 des Regolamento esecutivo del 28 maggio 1923 — Decreto esecutivo concernente la fissazione dei sussidi cantonali alle Casse pubbliche per ammalati riconosciute dalla Confederazione dal 15 settembre 1922).

Thurgau.

Der Kanton fördert die obligatorische Krankenversicherung durch:

- a) einen Beitrag von Fr. 1 für jeden nach dem kantonalen Gesetz über die obligatorische Krankenversicherung oder gemäss Gemeindebeschluss obligatorisch Versicherten;
 - b) einen Beitrag in der Höhe des Bundesbeitrages an die Auslagen der Munizipalgemeinden für Bezahlung von uneinbringlichen Beiträgen dürftiger, obligatorisch versicherter Personen;
 - c) einen Beitrag von Fr. 10 an obligatorisch versicherte Wöchnerinnen.
- (Gesetz über die obligatorische Krankenversicherung, vom 24. April 1926.)

Uri.

Der Kanton unterstützt die Krankenversicherung in folgender Weise:

- a) durch Verabfolgung eines jährlichen Beitrages nach Massgabe des jeweiligen Mitgliederbestandes an die im Kanton bestehenden anerkannten Krankenkassen oder Sektionen solcher Kassen;
- b) durch Beitragsleistung an die Gemeinden von einem Drittel ihrer Auslagen an die Bezahlung der Versicherungsprämien für dürftige, obligatorisch versicherte Krankenkassenmitglieder;
- c) durch Leistung eines erhöhten Mitgliederbeitrages oder eines einmaligen Beitrages an den Reservefonds neugegründeter öffentlicher Krankenkassen.

Für Mitglieder, die mehreren Kassen angehören, kann der Beitrag nur derjenigen Kasse verabfolgt werden, welcher das Mitglied zuerst angehörte.

Im Kanton bestehende Sektionen grösserer Kassenverbände, die ihren Sitz ausserhalb des Kantons haben, können nur dann als beitragsberechtigt betrachtet werden, wenn die kantonalen Beiträge zugunsten der Sektionsmitglieder zu den vom Regierungsrat genehmigten Zwecken verwendet werden.

Bei Festsetzung des Beitrages an die Kassen nach Mitgliederzahl ist auf die topographischen, ökonomischen und personellen Verhältnisse des Wirkungskreises der Krankenkassen Rücksicht zu nehmen.

Der kantonale Beitrag ist wie folgt zu verwenden:

- aa) zur Herabsetzung der Mitgliederbeiträge;
- bb) zur Erhöhung der Zuschüsse zum Krankengeld, wo besondere Verhältnisse dies rechtfertigen;

cc) zu Ergänzungsleistungen über die statutarische Genussberechtigung der Versicherten hinaus (z. B. Röntgenbehandlung, zahnärztliche Behandlung, künstliche Gliedmassen);

dd) zur Unterstützung allgemeiner Bestrebungen im Interesse der Krankenfürsorge (z. B. für Verbesserung der ärztlichen Hilfe in abgelegenen Gemeinden, für häusliche Kranken- und Wöchnerinnenpflege, für Ausbildung von Krankenpflegepersonal, für Unterstützung des Samariterwesens, für Anschaffung von Krankenmobilen und -Automobilen etc.).

(Art. 3 und 4 des Gesetzes betr. Beitragsleistung des Kantons für die Verbesserung der Kranken- und Irrenfürsorge, vom 5. Mai 1912, abgeändert am 4. Mai 1919; ferner § 4 der Vollziehungsverordnung zu dem vorstehenden Gesetze, vom 19. Februar 1920).

Waadt.

Der Kanton gewährt für jedes obligatorisch versicherte Kind einen Beitrag in der gleichen Höhe wie der Bundesbeitrag.

(Art. 6 der Loi du 31 août 1916 créant une Caisse cantonale vaudoise d'assurance infantile en cas de maladie, revidiert durch Loi du 28 novembre 1918 modifiant la loi du 31 août 1916.)

Wallis.

Der Staat beteiligt sich an der obligatorischen Kinder-Krankenversicherung mit einer jährlichen Beisteuer von Fr. 1.20 für jedes versicherte Kind.

Die fakultative Schülerversicherung, welche von den Gemeinden organisiert wird, sowie auch die privaten Krankenkassen erhalten eine kantonale Beisteuer von Fr. 1 für jedes versicherte Kind.

Die vorerwähnten Leistungen des Staates werden jedoch nur unter der Bedingung erfolgen, dass die Gemeinden bzw. Drittpersonen ihrerseits Beiträge ausrichten, die mindestens die Hälfte der vom Staate gemachten Zuwendungen betragen.

(Art. 2, 3 und 4 des Dekretes vom 15. Mai 1922 betr. die Beisteuer an die Kinderkrankenkassen.)

Zürich.

Der Kanton gewährt den öffentlichen und anerkannten privaten Krankenkassen neben den ihnen zukommenden Leistungen des Bundes für jede obligatorisch für ärztliche Behandlung und Arznei versicherte Person jährlich Fr. 2.

In den Fällen, in denen der Bund gemäss Art. 35 KUVG einen Beitrag an die Kosten des Wochenbettes und an das Stillgeld gewährt, leistet der Kanton im weitem einen Beitrag von je Fr. 10. Der Beitrag an das Stillgeld kommt den Wöchnerinnen zu.

Der Kanton vergütet den Gemeinden einen Drittel der Auslagen, die ihnen aus der Uebernahme der Beiträge für bedürftige, obligatorisch versicherte Personen erwachsen.

Bis zur Einführung der obligatorischen Versicherung durch die Gemeinden bezahlt der Kanton den anerkannten Krankenkassen für die im Kanton Zürich wohnenden Mitglieder jährlich Fr. 1.

(Einführungsgesetz zum KUVG, vom 6. Juni 1926.)

Zug.

Der Kanton leistet allen anerkannten Krankenkassen jährliche Beiträge von Fr. 1 pro Mitglied und den Einwohnergemeinden an die Auslagen für dürftige, obligatorisch versicherte Mitglieder der staatlichen, öffentlichen Kasse Beiträge bis zu 30 % dieser Auslagen.

V. Beiträge der Kantone, der Gemeinden und des Bundes an Einrichtungen zur Verbilligung der Krankenpflege und der Geburtshilfe.¹⁾

In Gebirgskantonen bietet die Sicherung einer genügenden Krankenpflege und Geburtshilfe grosse Schwierigkeiten, weshalb der Bund mit Art. 37, Abs. 2 KUVG den Kantonen und Gemeinden Beiträge garantiert, wenn und soweit sie selbst die Einrichtungen, die die Verbilligung der Krankenpflege oder der Geburtshilfe bezwecken, finanziell unterstützen.

Schon vor dieser bundesgesetzlichen Bestimmung haben sich verschiedene Kantone die Förderung der Krankenpflege und der Geburtshilfe angelegen sein lassen. Dadurch, dass der Bund seinerseits auch Beiträge gewährt, sind die betreffenden Kantone in ihren bezüglichen Bestrebungen noch weiter gegangen und andere Kantone sind erst durch die Zusicherung von Bundesbeiträgen zu eigener Hilfeleistung veranlasst worden.

Dabei ist zu sagen, dass die Hilfe der Kantone nicht durchwegs auf Gebirgsgegenden zugeschnitten ist, dass aber die dem ganzen Kanton

¹⁾ S. zu diesem Abschnitt: Hünerwadel Hans, Die Sicherung der Krankenpflege und der Geburtshilfe in den Gebirgsgegenden, Bern 1927, Verlag von Stämpfli & Cie.

zuteil werdende Förderung der Krankenpflege und der Geburtshilfe natürlich auch den Gebirgsgegenden zugute kommt. Daneben betätigen sich auch die Gemeinden, Kreise und Bezirke in gleicher Richtung und werden nach Massgabe ihrer Leistungen vom Bunde subventioniert. Es darf mit Recht erklärt werden, dass die Gemeinden etc. zum Teil erst wegen der Zusicherung von Bundesbeiträgen sich entschlossen haben, aus eigenen Mitteln krankenpflegefördernd zu wirken.

In dieser Richtung finden sich gesetzliche Regelungen hauptsächlich in den Kantonen Bern, Graubünden, St. Gallen, Tessin, Uri und Wallis.

Der Umfang der kantonalen und kommunalen Leistungen im Interesse der Krankenpflege und der Geburtshilfe in Gebirgsgegenden ist ein ganz bedeutender. Dies zeigt die Tatsache, dass der Bund den genannten Kantonen für das Jahr 1925, wie bereits erwähnt, insgesamt Fr. 206,042 gemäss Art. 37, Absatz 2 KUVG ausgerichtet hat.

VI. Die Stellung des Kantons Bern.

Nach Art. 10 des Gesetzes über die obligatorische Krankenversicherung, vom 4. Mai 1919, gewährt der Kanton Bern den Gemeinden Zuschüsse bis zu einem Drittel der Auslagen, die ihnen aus der Unterstützung der obligatorischen Versicherung Bedürftiger erwachsen, soweit sie sich auf die in den Art. 12 und 13 des Bundesgesetzes vorgesehenen Leistungen erstrecken.

In dünn bevölkerten Gebirgsgegenden können ausnahmsweise besondere Staatsbeiträge auch über einen Drittel der Kosten der Gemeinde hinaus verabfolgt werden.

Die Höhe des Staatsbeitrages wird alljährlich für das verflossene Jahr durch den Grossen Rat festgesetzt.

Die Auslagen der Gemeinden dürfen nicht als Ausgaben für das Armenwesen behandelt werden, sofern sich die Beitragsleistung auf dürftige, versicherte Personen bezieht, die nicht auf dem Not-Armenetat der Gemeinde stehen.

Zur Deckung der hieraus dem Staate entstehenden Ausgaben kann der Grosse Rat auf die Dauer von 20 Jahren eine Erhöhung der direkten Steuern bis zu einem Zehntel des Einheitsansatzes beschliessen.

Abgesehen von dieser Beitragsleistung fördert der Kanton die Krankenpflege und die Geburtshilfe hauptsächlich gestützt auf nachstehende Erlasse:

- a) Gesetz über das Armen- und Niederlassungswesen (vom 28. November 1897), §§ 44, 46 und 53;

- b) Verordnung betreffend die Gebühren für Verrichtungen der Hebammen (vom 29. April 1899) § 4 betreffend Beiträge an Hebammenwartgelder;
- c) Gesetz betreffend die Beteiligung des Staates an der öffentlichen Krankenpflege (vom 29. Oktober 1899);
- d) Dekret betreffend die Verwendung des kantonalen Kranken- und Armenfonds (vom 22. November 1901);
- e) Dekret betreffend Beiträge aus dem Unterstützungsfonds für Kranken- und Armenanstalten an Gemeinde- und Bezirkskrankenanstalten (vom 25. Februar 1903).

So erfreulich die finanzielle Betätigung des Kantons Bern auf dem Gebiete der Krankenpflege ist, so muss doch anhand der vorstehenden Zusammenstellung hervorgehoben werden, dass hinsichtlich der Förderung der Krankenversicherung der Kanton Bern weit hinter andern Kantonen zurücksteht, und zwar sogar hinter Kantonen mit weniger grossen Finanzquellen. Darin muss denn auch der Grund gesucht werden, weshalb die obligatorische Krankenversicherung im Kanton Bern nur von einer ganz verschwindend kleinen Anzahl Gemeinden eingeführt worden ist (s. oben). Diese Zurückhaltung des Kantons Bern ist umso auffallender, wenn man in Betracht zieht, dass den Einwohnergemeinden für die Einführung der Zwangs-Krankenversicherung durch das Gesetz vom 4. Mai 1919, aber insbesondere durch die regierungsrätliche Verordnung vom 28. Oktober 1924 Richtlinien gegeben worden sind, die erheblich über das hinausgehen, was eine Krankenpflegekasse normalerweise ihren Mitgliedern zusichert. An sich ist diese Tatsache zu begrüßen, denn je ausgebauter eine Krankenversicherung ist, umso mehr wird sie den Bedürfnissen der Kranken gerecht werden können. Allein ohne vermehrte Mittel können grössere Aufwendungen nicht gemacht werden. In der obligatorischen Krankenversicherung aber, die in erster Linie für die weniger begüterten Personen bestimmt ist, können die Einnahmen nicht einfach durch Erhöhung der Mitgliederbeiträge vermehrt werden. Hier muss es gewisse Grenzen geben, denn sonst gleicht die Wohltat, die man der Bevölkerung mit der obligatorischen Krankenversicherung gewähren will, einem zweiseitigen Schwert. Können die Versicherungspflichtigen nicht mit zu grossen Beiträgen belastet werden, so muss das Gemeinwesen, Kanton und Gemeinden, eintreten, um die Einnahmen einer Krankenkasse auf die erforderliche Höhe zu bringen.

Aber nicht nur allein das Interesse an der obligatorischen Krankenversicherung, sondern das Interesse an der Krankenversicherung überhaupt

muss dazu führen, dass Kanton und Gemeinden nach Möglichkeit Beiträge gewähren. Dieser Gedanke hat eine grosse Anzahl anderer Kantone dazu geführt, die Krankenkassen allgemein zu subventionieren. Im Kanton Solothurn ist ein erstes Einführungsgesetz deshalb verworfen worden, weil der kantonale Beitrag an die Krankenversicherung zu niedrig gewesen war; das zweite, vom Volke angenommene Gesetz sieht nun vermehrte kantonale Leistungen vor. Die ersten Gesetze der Kantone Zürich und Luzern sicherten den Kassen bescheidene kantonale Beiträge zu. Da die erhoffte Förderung der Krankenversicherung und insbesondere der obligatorischen Krankenversicherung nicht eintrat, schritt man in beiden Kantonen zu einer Gesetzesrevision, zufolge deren die Krankenkassen bedeutende Mehrleistungen erhalten. Auch die neuesten Einführungsgesetze zum KUVG der Kantone Thurgau und Schaffhausen gehen bedeutend weiter als der Kanton Bern und in den Kantonen Aargau und Baselland, wo man daran ist, die obligatorische Krankenversicherung in begrenztem Umfange einzuführen, wird der Staat sich aller Voraussicht nach zu höheren Beiträgen verpflichten müssen, als wie sie der Kanton Bern bietet.

Diese Orientierungen waren unerlässlich, um die Gründe, die den Verband bernischer Krankenkassen zu seiner auf Seite 20 hievor erwähnten Eingabe führten, zu erklären und näher zu beleuchten. Gelangt man derart zum Schlusse, dass die Begehren der Krankenkassen nicht unberechtigt sind, so ist doch noch zu untersuchen, ob der Kanton Bern, wenn er die Krankenversicherung durch vermehrte Beiträge unterstützen will, dies ohne jede Bedingung tun soll. Diese Frage dürfte verneint werden und zwar aus folgender Überlegung heraus:

1. Soweit es sich um die freiwillige Versicherung handelt, ist festzustellen, dass sie dank dem vom Bundesgesetze aufgestellten Gegenseitigkeitsprinzip und dank der in diesem Gesetze enthaltenen sichernden Bestimmungen fast durchwegs gut marschiert und dass die privaten anerkannten Krankenkassen im grossen und ganzen diejenigen Reserven besitzen, die von den Aufsichtsbehörden des Bundes verlangt werden. Die Aufsichts- und Kontrolltätigkeit des Bundes haben hinsichtlich der Sicherheit der anerkannten Kassen gute Früchte gezeitigt, abgesehen davon, dass, wie oben dargestellt, der Bund diesen Kassen ganz bedeutende Beiträge gewährt. Man wird sich deshalb fragen, ob auf dem Gebiete der freiwilligen Versicherung ein Mehreres getan werden soll und von Gutem ist. Da ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenversicherung, so erfreulich auch deren Entwicklung ist, doch noch nicht den Ausbau erfahren hat, mit dem sie den Versicherten eine vollwertige Krankenpflege gewähren

kann. Der Begriff der ärztlichen Behandlung und der Arzneien, wie ihn das Bundesgesetz und dessen Auslegung umschreiben, ist ein begrenzter, d. h. er umfasst nur die Behandlung durch einen eidgenössisch diplomierten bzw. durch einen mit einer kantonalen Bewilligung versehenen Arzt und die Gewährung der vom Arzte verordneten Arzneien, worunter nur diejenigen Medikamente fallen, die in der eidgenössischen Arzntaxe für Lieferungen an die Militärverwaltung enthalten sind und soweit sie dort nicht ausdrücklich von der Kassenrezeptur ausgenommen werden. Wird also zwar jedem Versicherten ärztliche Hilfe zuteil, so sind die anerkannten Kassen doch nicht verpflichtet, die Kosten jeder Behandlungsweise und die Heilmittel im weiteren Sinne zu übernehmen. Sie gehören nicht zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen die künstlichen Bestrahlungen (abgesehen vom Röntgen zu diagnostischen Zwecken), die in der heutigen Heilbehandlung eine grosse Rolle spielen und die oft allein noch einen Heilerfolg versprechen. So fallen orthopädische Behandlungen nicht in vollem Umfange zu Lasten der Kassen und ebensowenig die Behandlung durch einen Zahnarzt. Aber auch zur Tragung der Hebammenkosten sind die Kassen nicht verpflichtet.

Mit diesem Hinweis ist auch gleich gesagt, wo der Krankenversicherung eine weitere Förderung nottut und wo daher der Kanton mit seinem Beitrag grossen Segen bringen könnte. Dabei hat es den Sinn, dass der Kanton von denjenigen anerkannten Kassen, die Anspruch auf die kantonalen Leistungen erheben, die statutarische Regelung bestimmter Mehrleistungen verlangen würde. Es kommen nicht nur Krankenkassen in Betracht, sondern auch reine Krankengeldkassen, die die fraglichen Mehrleistungen in der Weise sicherstellen würden, dass sie einen Zuschlag zum täglichen Krankengeld für bestimmte Heilbehandlungen machen oder auch einmalige Extraunterstützungen gewähren würden.

Der kantonale Beitrag sollte eine Erhöhung erfahren für diejenigen Gebiete, die vom Bundesrate gemäss Art. 16, Abs. 2 und 37 KUVG als Gebirgsgegenden bezeichnet worden sind oder allgemein für alle Gebiete, in denen die Krankenpflege und die Geburtshilfe mit besonderen Schwierigkeiten und vermehrten Kosten verbunden sind. Für solche Gebiete wäre im weiteren daran zu denken, dass der Staat an die durch die Entfernungszuschläge der Aerzte verursachten Mehrkosten Beiträge leisten könnte.

Der Kanton könnte aber auch noch anderweitig fördernd wirken, indem er gleich andern Kantonen ein kantonales Stillgeld zur Ausrichtung

gelangen liesse, um auf diese Weise auch seinerseits zur besten und für das Gedeihen eines Säuglings überaus wichtigen natürlichen Ernährung anzuspornen.

2. Einer besonderen Aufmerksamkeit bedarf die obligatorische Krankenversicherung, die im Kanton Bern, wie oben dargetan, noch keine Verbreitung gefunden hat. Wer die Verhältnisse kennt und wer sich insbesondere vergegenwärtigt, welch grosse Not die Krankheit eines Menschen für sich und für die Familie oft hervorruft, der wird kaum mehr daran zweifeln, dass die beschränkte Zwangsversicherung eine Notwendigkeit ist. Die Tatsachen sprechen hier deutlich genug. Abgesehen von den Gleichgültigen, Sorglosen, die die Beiträge für eine Krankenversicherung aufbringen könnten, gibt es eben zahlreiche Einwohner, die in der Sorge ums tägliche Brot nicht in der Lage sind und gar nicht daran denken dürfen, sich einer Krankenkasse anzuschliessen. Für solche Leute ist die obligatorische Krankenversicherung die rettende Hand, mit der sie aus einer grossen Sorge herausgehoben werden. Selbstredend soll jeder Zwangsversicherte nach seinem Vermögen an die Versicherung beitragen, aber wo ihm dies ohne Beeinträchtigung der notwendigen Lebenshaltung oder derjenigen seiner Familie nicht möglich ist, da soll das Gemeinwesen helfend eintreten und durch Beiträge einen Ausgleich für die fehlenden Beiträge der Versicherten schaffen.

Die obligatorische Krankenversicherung ist es, welcher der Staat vor allem seine Unterstützung angedeihen lassen sollte, ohne dabei auch die Förderung der freiwilligen Versicherung aus dem Auge zu lassen. Was das Gemeinwesen in dieser Richtung tut, das muss es auf dem Gebiete des Armenwesens weniger leisten. Dabei ist noch ein wichtiges Moment nicht zu vergessen. Sobald eine Person der Versicherung zugeführt ist, erhält sie auch einen rechtlichen Anspruch auf Versicherungsleistungen und sie ist nicht gezwungen, im Krankheitsfall die Hilfe der Armenbehörde oder der Mildtätigkeit anzurufen. Darin liegt ein überaus wichtiger Faktor gegenüber dem versicherungslosen Zustande, und es gehört zu den Aufgaben einer vollwertigen Sozialpolitik, dass sie danach trachtet, jedem Bürger sein kostbarstes Gut, seine Gesundheit, erhalten zu helfen, ohne dass er der Demütigung ausgesetzt wird, als Armer um Unterstützung bitten zu müssen.

Art. 10 des bernischen Gesetzes über die obligatorische Krankenversicherung vom 4. Mai 1919 sieht allerdings eine bescheidene Beitragsleistung an die obligatorische Krankenversicherung vor, doch nur hinsichtlich der Dürftigen. Dabei ist aber noch Voraussetzung, dass eine Gemeinde selbst vorangehe und die obligatorische Versicherung auf

eigenes Risiko einführe. Da dies aber die wenigsten Gemeinden tun können, sollte es sich der Kanton angelegen sein lassen, durch angemessene Beiträge die Gemeinden bei der Einführung der Zwangsversicherung zu unterstützen. In welcher Richtung und in welchem Umfange dies geschehen soll und kann, das wird Sache der nähern Prüfung sein. Auf alle Fälle empfiehlt es sich, bei der Subventionierung nicht nur die zwangsweise versicherten Personen zugrunde zu legen, sondern die Kassen auch für die freiwillig Versicherten eines Beitrages teilhaftig werden zu lassen.

Vorstehende Ausführungen beziehen sich immer nur auf die vom Bunde anerkannten Krankenkassen, von der Annahme ausgehend, dass nur diese mit einem kantonalen Beitrage bedacht werden sollen. Es hat dies auch seine Berechtigung. Abgesehen davon, dass die anerkannten Kassen bis an wenige Hilfskassen fast alle bestehenden Krankenkassen des Kantons umfassen, hat die Kantonsbehörde bei den anerkannten Kassen die Garantie einer richtigen Geschäftsführung. Sie stehen unter Bundesaufsicht und müssen gemäss Art. 3, Abs. 4 KUVG Sicherheit dafür bieten, dass sie die übernommenen Verpflichtungen erfüllen können. Nicht nur diejenigen anerkannten Krankenkassen, deren Tätigkeit sich auf den Kanton Bern beschränkt, werden dabei in Betracht fallen, sondern auch diejenigen Kassen, bzw. Sektionen von solchen, deren Tätigkeitsgebiet die ganze Schweiz ist, oder deren Wirkungskreis sich wenigstens auch auf den Kanton Bern bzw. auf einen Teil desselben erstreckt.

Gelangt man dergestalt zur grundsätzlichen Bejahung der Beitragsleistung durch den Kanton, so sei nochmals hervorgehoben, dass diese kantonale Hilfe in keiner Weise zur Sorglosigkeit und Gleichgültigkeit erziehen darf, und sie wird es auch nicht tun. Die Versicherten müssen alle grundsätzlich durch eigene Beiträge an der Versicherung interessiert werden und interessiert bleiben. Wenn aber durch die kantonalen Beiträge bewirkt werden kann, dass die Krankenkassen gewisse Mehrleistungen in die Versicherung einbeziehen, und dass die Gemeinden zur Einführung der obligatorischen Krankenversicherung schreiten, so darf dies als schöner Erfolg gebucht werden, als ein Erfolg zum Wohle der Volksgesundheit.
