

**Zeitschrift:** Der Armenpfleger : Monatsschrift für Armenpflege und Jugendfürsorge  
enthaltend die Entscheide aus dem Gebiete des Fürsorge- und  
Sozialversicherungswesens

**Herausgeber:** Schweizerische Armenpfleger-Konferenz

**Band:** 59 (1962)

**Heft:** 1

**Artikel:** Probleme der sozialen Krankenversicherung und die Armenpflege

**Autor:** Stebler, Otto

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-836604>

### **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:** 26.01.2026

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

# Der Armenpfleger

Beilage zum  
«Schweizerischen Zentralblatt  
für Staats-  
und Gemeindeverwaltung»

59. Jahrgang  
Nr. 1 1. Januar 1962

Monatsschrift für Armenpflege und Jugendfürsorge  
Offizielles Organ der Schweizerischen Armenpfleger-Konferenz  
Mit Beilage: Eidgenössische und kantonale Entscheide  
Redaktion: Dr. A. Zihlmann, Allg. Armenpflege,  
Leonhardsgraben 40, Basel  
Verlag und Expedition: Art. Institut Orell Füssli AG, Zürich  
«Der Armenpfleger» erscheint monatlich  
Jährlicher Abonnementspreis Fr. 13.-  
Der Nachdruck unserer Originalartikel ist nur unter Quellen-  
angabe gestattet



## Probleme der sozialen Krankenversicherung und die Armenpflege

Von Dr. Otto Stebler, Kantonaler Armensekretär, Solothurn

Die Schweizerische Fürsorgedirektoren-Konferenz hat am 28. Juni 1946 ein allgemein gültiges Schema über die Armutsursachen aufgestellt und seither werden die Unterstützungsfälle auf die Ursache der Armut überprüft. Die Statistiken der Kantone geben nun ein aufschlußreiches Bild über die Unterstützungsfälle und die Ursachen der Bedürftigkeit.

Wenn wir heute die Rechenschaftsberichte der städtischen Fürsorgeämter und der kantonalen Fürsorgedirektionen und Armendepartemente verfolgen, kann festgestellt werden, daß die Armenfürsorge wegen körperlicher Krankheiten am meisten beansprucht wird. Die Ursachenstatistiken bestätigen, daß heute die Krankheit der Hauptgrund der Entstehung der Armenengenössigkeit ist. Diese Tatsache überrascht in gewisser Hinsicht, da doch die Krankenversicherung neben der Unfallversicherung als eine der ersten Sozialversicherungsgesetzgebungen in der Schweiz vor fünfzig Jahren verwirklicht wurde, während bedeutende andere Sozialversicherungsgesetze wie die Alters- und Hinterlassenenversicherung, die Invalidenversicherung erst viel später, nachdem die Erwerbsersatzordnung während des zweiten Weltkrieges die nötige Grundlage geschaffen hatte, verwirklicht werden konnten. Die Tatsache überrascht weiter auch deshalb, weil der Kreis der gegen Krankheit versicherten Personen sich ganz gewaltig vergrößert hat. Während im Jahre 1914 nach dem Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung der Krankenversicherung 360 000 Einwohner gegen die Folgen von Krankheit versichert waren, hat sich die Zahl der Mitglieder der Krankenkassen im Jahre 1960 auf 3 880 000 vermehrt. Auf eine Wohnbevölkerung 5 335 000 macht dies 73% der Bevölkerung aus. Diese hohe Zahl der Versicherten verteilt sich auf 1 340 000 Männer, 1 480 000 Frauen und 1 060 000 Kinder. Es konnte dieser hohe Mitgliederbestand erreicht werden, trotzdem das Bundesgesetz über die

Kranken- und Unfallversicherung von 1911 das Obligatorium von Bundes wegen nicht eingeführt hat, sondern es den Kantonen überließ, das Obligatorium einzuführen. Es hat dies natürlich zu recht unterschiedlichen Regelungen geführt, die je nach den wirtschaftlichen und politischen Verhältnissen in den einzelnen Kantonen und Gemeinden erfolgte und zuweilen auch nach dem Ausmaß an Initiative, die von den Krankenkassen und weiteren an der Ausgestaltung der Sozialversicherung direkt interessierten Kreisen entfaltet wurde. Wir stellen Kantone fest, die für das ganze Kantonsgebiet das gleiche Obligatorium eingeführt haben (Appenzell-IR, Basel-Stadt, Neuenburg, Freiburg, Genf und Waadt), Kantone mit kantonalem Obligatorium, das von den Gemeinden erweitert werden kann (Appenzell-AR, Solothurn, St. Gallen und Thurgau), Kantone, welche die Einführung der Versicherungspflicht ihren Gemeinden bzw. Kreisen überlassen (Bern, Graubünden, Luzern, Uri, Schwyz, Schaffhausen, Tessin, Wallis, Zürich) und Kantone ohne Obligatorium. (Aargau, Basel-Landschaft, Glarus, Ob- und Nidwalden und Zug.) Es würde aber über den Rahmen dieser Ausführungen gehen, aufzuzeigen, in welcher mannigfaltiger Art die Kantone von der Ermächtigung, die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch zu erklären oder diese Befugnis an ihre Gemeinden zu übertragen, Gebrauch gemacht haben. Entsprechend dem Zuwachs des Mitgliederbestandes sind aber auch die Leistungen der Krankenkassen ganz gewaltig gestiegen. Während sie im Jahre 1915 Fr. 11 051 000 betrugen sind sie im Jahre 1960 auf Fr. 555 Millionen gestiegen.

Wenn wir diese Entwicklung betrachten, so muß es tatsächlich überraschen, daß heute die Armenpflegen in so weitem Umfange für Krankenkosten beansprucht werden müssen. Es stellt sich deshalb die Frage, ob die heutige Regelung der schweizerischen Krankenversicherung dem Ziel und Zweck der sozialen Krankenversicherung noch zu genügen vermag. Kann sie heute unsere Bevölkerung vor einer finanziellen Notlage schützen, in die sie wegen Krankheit geraten kann? Es muß die Sozialversicherung sowohl hinsichtlich des Kreises der Versicherten, wie hinsichtlich ihrer Leistungen so umfassend sein, daß sie eine Notlage wegen Krankheit auch tatsächlich vermeiden kann. Obwohl die Zahl der Versicherten stark zugenommen hat und die durch die Versicherung gedeckten Kosten sich vervielfacht haben, ist es doch so, daß die heutige Regelung der Krankenversicherung nicht mehr zu genügen vermag. Diese Tatsache liegt unseres Erachtens in zwei Ursachen begründet, nämlich einerseits in der immer noch ungenügenden Erfassung weniger bemittelter Personen durch die Versicherung und andererseits in den ungenügenden Leistungen der Krankenversicherung (vgl. Willi Siegrist: Probleme der Schweizerischen Krankenversicherung, in SZS, Band 5, S. 35, 1961).

#### *1. Die Bedeutung der Krankenversicherung im Rahmen der schweizerischen Sozialwerke*

Aufgebaut auf dem Grundsatz der Gegenseitigkeit bezweckt die soziale Krankenkasse, die Versicherten gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit zu schützen und zudem die Krankenverhütung durch Aufklärung und Unterstützung entsprechender Bestrebungen zu fördern. In der Volksabstimmung vom 26. Oktober 1890 erteilte das Schweizervolk dem Bundesrat den Auftrag, die Materie der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz zu regeln. Die Grundlage dazu wurde in Art. 34bis der Bundesverfassung geschaffen, kraft welcher Bestimmung der Bund auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfall-Versicherung einzurichten hat, und zwar unter Berücksichtigung der bereits bestehenden

Krankenkassen. Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären. Nachdem eine erste Gesetzesvorlage (Lex Forrer), die ein eidgenössisches Krankenversicherungsobligatorium vorsah, in der Volksabstimmung vom 20. Mai 1900 verworfen worden war, fand eine zweite Vorlage, das Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) am 13. Juni 1911 die Gunst des Schweizervolkes. Das Gesetz trat am 1. Januar 1914 in Kraft. Das Obligatorium auf eidgenössischem Boden wurde fallen gelassen. Es blieb den Kantonen überlassen, auf ihrem Gebiet die Krankenversicherung obligatorisch zu erklären oder diese Kompetenz an die Gemeinden zu delegieren.

Gestützt auf diese Regelung entwickelte sich in der Schweiz ein gemischtes System mit kantonalen und kommunalen Obligatorien, wie wir vorgängig bereits dargelegt haben, und mit Kantonen ohne Versicherungszwang. Die größte Versicherungsdichte weisen die Kantone Basel-Stadt mit etwa 99% und der Kanton Graubünden mit etwa 85,5% auf, die geringste die Kantone Waadt und Appenzell-IR mit etwa 30,2% bzw. 24,5%. Die Krankenversicherung hat, dem föderativen Aufbau unseres Landes mit seiner wirtschaftlichen, sozialen, politischen und konfessionellen Vielgestaltigkeit entsprechend, nicht in einer einzigen großen Landesversicherungsanstalt, sondern in einer Mehrzahl von untereinander unabhängig tätigen Kassen Verwirklichung gefunden. Träger der Krankenversicherung sind gemäß KUVB die vom Bund anerkannten Krankenkassen, welche sich statutarisch auf die bundesgesetzlich vorgeschriebenen Bestimmungen verpflichtet haben. Die lose Regelung der schweizerischen Krankenversicherung hat dazu geführt, daß heute eine Vielzahl von anerkannten Krankenkassen gegeben sind. Die Zahl beträgt rund 1130 Kassen von teilweise recht unterschiedlicher Größe und Leistungsfähigkeit. Im Gegensatz zu den meisten ausländischen Krankenversicherungssystemen ist in der Schweiz sozusagen ausschließlich die Individualversicherung bekannt; die sogenannte Familienversicherung, in der bei der Versicherung des Familienoberhauptes zugleich auch die Versicherung der Familienangehörigen – der Frau und der Kinder – enthalten ist, kennen bei uns nur einige Betriebskrankenkassen.

Diese Darlegungen sprechen mit Deutlichkeit für die große wirtschaftliche Bedeutung der Krankenkasse in unserem Lande. Dem KUVG kommt zweifellos das Verdienst zu, den Schweizerbürgern den Weg zur sozialen Krankenversicherung weitgehend ermöglicht und geebnet zu haben. Das beweist allein schon der gewaltige Mitgliederzuwachs der Krankenkassen innerhalb von vier Jahrzehnten. Aber auch die bestehenden Krankenkassen dürfen sich rühmen, auf der Grundlage dieses Gesetzes in den abgelaufenen vier Jahrzehnten Gewaltiges zum sozialen Ausgleich unseres Landes beigetragen und in diesem Sinne wesentlich zur Entlastung der öffentlichen Gemeinwesen von Armenunterstützungen mitgewirkt zu haben.

## *2. Die Revisionsbedürftigkeit des Gesetzes*

Jedes Gesetz, vor allem dasjenige, das sich mit der Lösung sozialer Probleme befaßt, wird im Verlaufe einer fast 50jährigen Geltungsdauer, Mängel und Unzulänglichkeiten aufweisen. Wenn wir in Betracht ziehen, daß das im Jahre 1948 in Kraft getretene Alters- und Hinterbliebenenversicherungsgesetz heute bereits sich einer 5. Revision unterziehen mußte, ist es nicht verwunderlich, daß das KUVG in vielfacher Hinsicht revisionsbedürftig geworden ist. Diese Revisionsbedürftigkeit ist aber nicht etwa gegeben, weil es in seinen Grundlagen, seiner innern Struktur nach falsch aufgebaut wäre, sondern vielmehr, weil es durch die nicht



voraussehbare wirtschaftliche und soziale Entwicklung der letzten drei Dezennien in vieler Hinsicht überholt worden ist. Der ungeahnte Mitgliederzuwachs der Krankenkassen ist aber ein Beweis für die Notwendigkeit und das Bedürfnis nach einer Krankenversicherung, und zwar nach einer Versicherung, die auf gesunder und lebensfähiger Basis aufgebaut ist.

Es ist leicht verständlich, daß zufolge der ungestümen Entwicklung, die sich in den letzten Jahrzehnten auf verschiedenen Gebieten abzeichnete, die Krankenversicherung sich in einer unbefriedigenden Lage befindet. Im Vordergrund steht die finanziell prekäre Situation der Kassen. Trotzdem seit Jahrzehnten Bestrebungen auf Revision des KUVG im Gange sind, die aber bisher zu keinem Ergebnis geführt haben, so ist dies darauf zurückzuführen, daß die Krankenversicherung doch seitens des Bundes außerhalb des KUVG durch zwei Maßnahmen gefördert wurde, nämlich durch die Gewährung von zusätzlichen Beiträgen an die anerkannten Krankenkassen auf dem Wege von befristeten Bundesbeschlüssen und durch die auf Art. 15 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betr. Maßnahmen gegen die Tuberkulose beruhende Einführung der Tuberkuloseversicherung, an die der Bund ebenfalls namhafte Beiträge ausrichtet.

Die verschiedenen Revisionsbestrebungen hatten bisher den Erfolg, daß eine Expertenkommission am 3. Februar 1954 einen Vorentwurf zu einem Bundesgesetz über die Kranken- und die Mutterschaftsversicherung ausarbeitete, der eine umfassende Revision der Krankenversicherung unter Aufhebung des 1. Titels des KUVG, sowie den Ausbau der Leistungen an Wöchnerinnen gemäß Art. 14 des Gesetzes zu einer Mutterschaftsversicherung vorsah. Das ganze Gesetzesprojekt scheiterte an den großen gegensätzlichen Auffassungen interessierter Kreise. Diese großen Meinungsverschiedenheiten betrafen wichtige Fragen, wie vor allem hinsichtlich des Bundesobligatoriums der Krankenversicherung oder der Mutterschaftsversicherung, der Beziehungen zwischen Kassen und Ärzten, den Versicherungsleistungen und der Finanzierung. Die Schwierigkeiten konnten kaum innert nützlicher Frist beigelegt werden, weshalb auf Grund der beiden Motionen Gnägi und Ackermann eine neue Vorlage des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung vom 5. Juni 1961 entstand, die derzeit zur Diskussion steht.

Nachfolgend möchten wir daher auf derzeitige Mängel im Krankenversicherungswesen hinweisen und feststellen, wieweit die Revisionsbestrebungen ihnen begegnen können. Der Rahmen dieser gedrängten Darstellung läßt es aber nicht zu, eingehend auf die verschiedenen Revisionspunkte einzutreten; wir müssen uns vielmehr darauf beschränken, einige Hauptpunkte zu skizzieren, die mit armenrechtlichen oder fürsorgischen Problemen im Zusammenhang stehen.

### *3. Die Erfassung weiterer Bevölkerungskreise*

Gerade der Armenpfleger muß vielfach feststellen, daß minderbemittelte Bevölkerungskreise nicht gegen die Folgen von Krankheiten versichert sind. Ist ein Teilobligatorium gegeben, kommt es nicht selten vor, daß Krankenkassenleistungen wegen Nichtbezahlen der Prämien usw. von den Kassen verweigert werden. Es ist unbestritten, daß heute ein wesentlicher Mangel der Krankenversicherung in der immer noch ungenügenden Erfassung weniger bemittelter Personen durch die Versicherung besteht. Es stellt sich deshalb die Frage, ob dieser Mangel behoben werden kann.

Wie wir bereits schon dargelegt haben, konnte bisher ein Obligatorium des Bundes für die Krankenversicherung nicht erreicht werden. Diese Tatsache mag vor allem deshalb interessant erscheinen, als in letzter Zeit große Sozialversi-

cherungswerke ohne weiteres mittels des Obligatoriums verwirklicht werden konnten, wie beispielsweise die Alters- und Hinterbliebenenversicherung und kürzlich die Invalidenversicherung. Die Frage eines Bundesobligatoriums der Krankenversicherung jedoch war von jeher stark umstritten. Nicht, daß etwa viele Gegner des Versicherungsobligatoriums die Frage des Bedürfnisses nach einem umfassenden Versicherungsschutz der weniger bemittelten Kreise verneinen, sondern sie sehen im bundesrechtlichen Obligatorium einen ersten Schritt zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Es hält natürlich schwer, solche Bedenken zu zerstreuen. Vom Standpunkt der Armenpflege wäre tatsächlich ein Bundesobligatorium zu begrüßen. Die Bedenken gegen ein solches Obligatorium sind aber derart groß, daß davon wiederum Umgang genommen werden mußte. Ein großer Teil der Befürworter einer Revision der Krankenversicherung hat seine Zustimmung nur unter dem Vorbehalt gegeben, daß die Frage des Bundesobligatoriums nicht berührt werde.

Weitere Bevölkerungskreise können daher nur erreicht werden, wenn die Kantone von ihrer Kompetenz auf Einführung des Versicherungsobligatoriums für alle unbemittelten und weniger bemittelten Volkskreise vermehrten Gebrauch machen. Die Kantone tun sicher gut, wenn sie die Festsetzung der Einkommensgrenzen, bis zu welchen die obligatorische Versicherung ausgedehnt wird, überprüfen. Gerade bei der Armenpflege zeigt sich vielfach, daß diese Einkommensgrenzen noch wesentlich erhöht werden müssen, denn beim heutigen Stand der Arzt-, Medikamenten-, Spital- und Kurkosten zeigt es sich meistens, daß auch bei recht gutem Einkommen, solche hohen Kosten nicht mehr tragbar sind.

Nachdem derzeit noch keine Aussicht auf eine Realisierung des Bundesobligatoriums in der Krankenversicherung besteht, indem ein Vollobligatorium und die Finanzierung der Versicherung im Grunde genommen dennoch weitgehend nach staatlicher Zwangswirtschaft aussieht, so stellt sich die Frage, ob nicht durch anderweitige Teilobligatorien ein Kompromiß bzw. eine anderweitige Lösung gefunden werden kann. So wirft sich vor allem die Frage auf, ob in einer Beschränkung des Teilobligatoriums auf die *Versicherung für Spitalkosten* eine zweckdienliche Lösung gefunden werden könnte. Die Armenpflegen können weitgehend bestätigen, daß in der Mehrzahl der Krankheitsunterstützungsfälle die Notlage wegen langdauernder, teurer Spital-, Sanatoriums- oder Anstaltsbehandlungen entsteht. Vom Standpunkt der Armenpflege aus wäre eine solche Kompromißlösung sehr zu begrüßen.

Zweifellos sollte die Möglichkeit geschaffen werden, daß der Kreis der Versicherten noch enger geschlossen werden sollte. Noch zahlreiche Personen, die die Krankenversicherung außerordentlich nötig hätten, sind in der freiwilligen Versicherung überhaupt nicht oder nur beschränkt versicherbar. Ohne Obligatorium wird es jedoch nicht möglich sein, den großen Kreis von Personen, welche überhaupt keine Aufnahme in der Krankenversicherung finden, wie Invalide, Alte, die Ausgesteuerten und die mit Vorbehalten Aufgenommenen, in die Krankenversicherung aufzunehmen. Gerade diese Personen sind dann am meisten von Armut bedroht und müssen die Hilfe der Armenpflege in Anspruch nehmen.

#### 4. Ungenügende Leistungen der Krankenkassen

Es muß lobend anerkannt werden, daß die Leistungen der Krankenversicherungen in den letzten Jahren weitgehend auf freiwilliger Grundlage ausgebaut wurden. Durch eine weitgehend zwangsläufige Tiefhaltung der Prämien wurde eine finanziell solide Entwicklung der Kassen verhindert. Dazu kommt, daß sich die Auf-

gaben und Belastungen der Kassen von Jahr zu Jahr vermehrten. Die gewaltigen Fortschritte in der Entwicklung der Medizin, die im Verlaufe der letzten Jahrzehnte von der Naturwissenschaft in Forschung und Technik erreicht und auch dem Krankenkassenpatienten zugänglich gemacht worden sind, haben die Behandlungskosten ganz wesentlich verteuert. Aber auch die Bedürfnisse der Bevölkerung sind in der Krankenpflege immer mehr angewachsen. Die Überalterung der Schweiz wirkt sich auch im Sektor Krankenversicherung aus, denn das zunehmende Alter bringt vermehrte und längere, chronische Erkrankungen.

Für die Armenpflege stellt sich das Problem der ungenügenden Leistungen der Krankenversicherung vornehmlich bei den Spitalbehandlungen. Das Unge-nügen der Versicherung bei Spitalbehandlung beruht heute weniger in der Leistungsdauer als im Leistungsinhalt. Eine für Krankenpflege das heißt Arzt, Arznei und Spitalbehandlung versicherte Person sollte von ihrer Versicherung erwarten dürfen, daß sie bei Behandlung auf der allgemeinen Abteilung eines Spitals nur mit einem Selbstbehalt oder einem Verpflegungskostenanteil belastet wird. Doch dem ist leider nicht so, wie der Fürsorger nur zu oft feststellen muß. Ist es nicht so, daß heute vielfach die Spitalverwaltungen jeden Krankenfall den Armenpflegern vorsorglich melden, auch wenn der Patient gegen die Folgen von Krankheit versichert ist? Es werden heute die Krankenkassenpatienten gemeldet, wenn sie nicht in der Lage sind, eine mehr oder weniger große Kautionssumme bzw. ein Depot zu leisten. Auf Grund ihrer heutigen Finanzierungsgrundlage ist die Krankenpflegeversicherung in keiner Weise mehr in der Lage, die überaus hohen Spitalkosten auch nur annähernd zu decken. Was nützen dabei die recht «bescheidenen Spitaltarife», wenn die Nebenauslagen ein Mehrfaches der Pflegekosten ausmachen. Es werden vielfach Versicherte zusätzlich mit Spitalkosten belastet, sei es für Röntgen, Operationen, kostspielige Medikamente usw. die schlechthin als untragbar bezeichnet werden müssen. Wenn die Krankenversicherung nur noch einen Bruchteil der entstehenden Kosten zu tragen vermag, so gerät sie derart in Mißkredit, daß dringend für Abhilfe gesorgt werden muß (vgl. Siegrist a.a.O.S. 44).

Daß sich der Bund an der sozialen Krankenversicherung nicht desinteressiert hat, das beweisen die zahlreichen Verordnungen, Bundesbeschlüsse, Erlasse und Verfügungen, die sich einerseits auf die Erweiterung der Kassenleistungen und damit auf den weiteren Ausbau der Krankenversicherung beziehen, anderseits sich auch mit den immer notwendiger gewordenen Sanierungsmaßnahmen befassen. Es interessiert deshalb vor allem zu wissen, in welcher Weise die Revision der Krankenversicherung zur Behebung der ungenügenden Leistungen der Krankenversicherung beitragen soll.

Ein Hauptziel der Revision der Krankenversicherung ist zweifellos der Ausbau der Versicherung bzw. der *Ausbau der gesetzlichen Mindestleistungen*. Die vorgeschriebenen Mindestleistungen sollen im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten der seit Jahren sich fortbewegenden Entwicklung, vor allem auf dem Gebiet der Therapie, angepaßt werden. Gemäß dem geltenden Gesetz haben die Kassen ihren Mitgliedern entweder ärztliche Behandlung und Arznei oder ein tägliches Krankengeld im Fall von gänzlicher Arbeitsunfähigkeit zu gewähren. In der *Krankenpflegeversicherung* soll nun die Leistungspflicht der Kassen bei *ambulanter Behandlung* nicht nur, wie bisher, die ärztliche Behandlung als solche sondern auch die vom Arzt angeordneten, durch medizinische Hilfspersonen vorgenommenen wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen umfassen (zum Beispiel Physikalische Therapie usw.) Im Hinblick auf die Bedeutung solcher Behandlungs-



arten, die heute von den Kassen nicht oder nur dann übernommen werden müssen, wenn sie vom Arzt selber oder unter seiner direkten Aufsicht ausgeführt werden, und in Anbetracht des Umstandes, daß heute zur Durchführung der Behandlung in zunehmendem Maße medizinisches Hilfspersonal herangezogen wird, ist es nötig, die Pflichtleistungen in diesen beiden Richtungen auszudehnen. Als Postulat der Armenpflege sollten auch die trinkerfürsorgerischen Behandlungen in Heilstätten ebenfalls als Heilbehandlungen durch die Krankenkassen anerkannt werden. Heute ist es leider so, daß die Trunksucht die Leistungen der Krankenkassen ausschließt. Die Frage des Selbstverschuldens, die hier mitspielt und hauptsächlich von den Krankenkassen immer wieder aufgeworfen wird, hängt eng mit jener zusammen, ob der Alkoholismus eher als Lsater oder als Krankheit aufzufassen ist. Es wäre besonders wünschenswert, daß erstmalige Trinkerheilkuren im Sinne einer Krankheit betrachtet werden, was sich sicher in den meisten Fällen vom ärztlichen Standpunkt rechtfertigen läßt.

Auf dem Gebiet der *Arzneimittel* und *Analysen* wird die unbeschränkte Leistungsdauer gewährt. Es sollen die ausgewählten Arzneimittel auch in Zukunft in zwei Listen zusammengefaßt werden, nämlich in der Arzneimittelliste, enthaltend die von den Kassen als Pflichtleistungen zu bezahlenden Arzneimittel, und in der Spezialitätenliste, umfassend diejenigen Arzneyspezialitäten und konfektionierten Heilmittel, deren Bezahlung den Kassen als freiwillige Leistungen empfohlen wird. Wegen der zunehmenden Bedeutung der Spezialitäten für die Therapie wäre es an sich wünschbar, diese Liste obligatorisch zu erklären. In bezug auf die *Behandlung in einer Heilanstalt* ist eine Neuregelung vorgesehen. Auf Grund des geltenden Rechts haben die Kassen ärztliche Behandlung und Arznei bei Behandlung in der allgemeinen Abteilung einer öffentlichen Heilanstalt zu übernehmen. Es ist aber vielfach so, daß diejenigen Spalkkosten, die nicht auf ärztliche Behandlung und Arznei, sondern auf die Unterkunft und Verköstigung sowie auf Wartung und Pflege entfallen, immer stärker ins Gewicht fallen. Es müssen daher die Kassen wenigstens einen Teil dieser Kosten übernehmen, denn sonst bietet die Krankenversicherung den Versicherten keinen genügenden Schutz mehr. Es ist ein täglicher Mindestbeitrag an die übrigen Kosten der Krankenpflege vorgesehen; dieser Beitrag wird vom Bundesrat festgesetzt. Die *Mindestleistungsdauer* soll inskünftig für alle Kassen – viele Kassen haben ihre Leistungen nach Umfang und Dauer in letzter Zeit wesentlich ausgebaut – bei Spalkaufenthalt 720 Tage innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen betragen. Eine unbeschränkte Bezugsdauer wie bei der ambulanten Behandlung wäre für die Kassen finanziell untragbar. In den Kreis der Pflichtleistungen werden nun auch die ärztlich verordneten *Badekuren* einbezogen; die Kassen haben einen vom Bundesrat festgesetzten täglichen Kurbeitrag zu gewähren. In der *Krankengeldversicherung* wird der tägliche Mindestbeitrag von einem auf zwei Franken erhöht und die Mindestleistungsdauer auf 720 Tage innerhalb 900 aufeinanderfolgenden Tagen erweitert. Mit dieser Verlängerung der Bezugsdauer tritt eine Erschöpfung der Leistungen bei Invaliden vor Beginn der Rentenberechtigung nur noch in vereinzelter Fällen ein. Eine Neuregelung ist auch mit Bezug auf die *erwerbstätigen Frauen* vorgesehen, indem für diese die Bedingungen für die Einreihungen in Krankengeldklassen nicht nach Geschlecht verschieden sein dürfen. Damit entfällt die bisherige Benachteiligung solcher Frauen, die sich oft bei einer zweiten Kasse zusätzlich für Krankengeld versichern mußten. Die Leistungen bei *Erkrankung an Tuberkulose* bleiben im Rahmen der bisherigen Regelung bestehen, doch soll nun diese Versicherung in die ordentliche Krankenversicherung eingebaut werden. In der



ambulanten Behandlung erfolgt eine Anpassung der Bezugsdauer und der von den Kassen zu übernehmenden Heilanwendungen an die in der Krankenpflegeversicherung neu vorgesehenen Leistungen. Die Leistungen müssen heute sowohl in der Krankenpflege- als auch in der Krankengeldversicherung während mindestens 1800 Tagen im Lauf von sieben aufeinanderfolgenden Jahren gewährt werden. Wenn auch zurzeit von der Einführung eines Bundesobligatoriums der *Mutterschaftsversicherung* abgesehen werden mußte, so sieht die Revision doch einen Ausbau in Form erhöhter und zusätzlicher Leistungen vor. Die Kassen haben in der Krankenpflegeversicherung bei Entbindung zu Hause neben ärztlicher Behandlung und Arznei neu auch die *Geburtshilfe* (Hebamme oder Arzt) zu übernehmen. Bei Entbindungen in Spital und Klinik haben sie einen Beitrag an allfällige Entbindungstaxen zu gewähren. Solange sich das Kind mit der Mutter in der Klinik oder im Spital aufhält, haben die Kassen ebenfalls einen Beitrag an die Kosten der Pflege und Behandlung zu entrichten. Ferner sind vier Untersuchungen während der Schwangerschaft und innerhalb von zehn Wochen nach der Niederkunft zu gewähren. Stillt die Mutter während zehn Wochen, so soll ein einheitliches Stillgeld von mindestens Fr. 50.– gewährt werden. In der Krankengeldversicherung dürfen erwerbstätige Frauen, die ihrer Erwerbstätigkeit nicht früher als vier Wochen vor der Niederkunft aufgeben, vor Ablauf der für die Mutterschaftsleistungen vorgesehenen Bezugsdauer nicht in eine niedrigere Krankengeldklasse versetzt werden. Die Mindestdauer der Leistungen bei Mutterschaft wird auf zehn Wochen verlängert. Diese Leistung darf auf die Bezugsdauer in der Krankenpflege-, Krankengeld- und Tuberkuloseversicherung nicht angerechnet werden. Es darf auch auf den Leistungen bei Mutterschaft kein Selbstbehalt erhoben werden. Nachdem die *Invalidität* bisher nicht als Krankheit anerkannt ist, sind die Krankenkassen berechtigt, ihre Leistungen im Invaliditätsfall einzustellen. Die Gesetzesvorlage enthält nun eine Bestimmung, wonach invalide Versicherte grundsätzlich nicht ungünstiger behandelt werden dürfen als andere Versicherte. Krankenkassen dürfen in ihren Statuten keinen Unterschied bezüglich des Umfangs und der Dauer der Leistungen zwischen invaliden Versicherten und andern Versicherten machen. Auf die Bezugsdauer dürfen keine Leistungen angerechnet werden, solange der Versicherte eine Rente der Invalidenversicherung bezieht oder solange ein minderjähriger Versicherter, der keine Rente der Invalidenversicherung bezieht, nach einem Heilanstaltsaufenthalt von 360 aufeinanderfolgenden Tagen sich weiterhin ununterbrochen in einer Heilanstalt aufhält.

(Fortsetzung folgt)

## Literatur

*Pro Infirmis*. In der September-Nummer 1961 dieser in Zürich erscheinenden Zeitschrift, die dem Thema «Gebrechen und Alter» gewidmet ist, sind unter anderm folgende Beiträge zu finden: Prof. Dr. med. B. Steinmann: Körperliche Altersveränderungen und Gebrechen; Prof. Dr. med. A. Kielholz: Geistige Veränderungen und Alterskrankheiten; Anne-Marie Junod: Sehschwäche und Blindheit als Altersgebrechen; E. Berner: Schwerhörigkeit und Alter; Ulrich Rothenberger: Wie kann man sich einem taubblind werdenden Menschen verständlich machen? Prof. Eric Martin: Peut-on lutter contre la vieillesse? O. Schwitzguébel: L'Union Romande des Personnes Agées (URPA) ou ... Le rendez-vous des isolés.