

<b>Zeitschrift:</b>	Zeitschrift für schweizerisches Recht = Revue de droit suisse = Rivista di diritto svizzero = Revista da dretg svizzer : Halbband II. Referate und Mitteilungen des SJV
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Juristenverein
<b>Band:</b>	44 (1925)
<b>Artikel:</b>	Die Rechtsstellung der Frau in der schweizerischen Sozialversicherung
<b>Autor:</b>	Giorgio, Hans
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-895897">https://doi.org/10.5169/seals-895897</a>

### 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:** 08.02.2026

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

# **Die Rechtsstellung der Frau in der schweizerischen Sozialversicherung.**

Von Dr. jur. HANS GIORGIO,

Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung, Bern.

## I.

Durch die Sozialversicherung soll auch den Minderbemittelten ermöglicht werden, mit Hilfe des Staates für die Wechselfälle des Lebens: Krankheit, Invalidität, Alter, Tod und Arbeitslosigkeit vorzusorgen. Auf sozialen Ausgleich gerichtet ist sie ein Mittel der sozialpolitischen Tätigkeit des Staates. Der Form nach besteht sie in der Begünstigung und Förderung des Abschlusses privater Versicherungen oder der genossenschaftlichen gegenseitigen Versicherungshilfe, aber auch in der Schaffung besonderer mehr oder weniger an das Versicherungsprinzip angelehnter Fürsorgeeinrichtungen durch den Staat.

Eine Gesetzgebung, die in so hervorragendem Masse der Erhaltung und Stärkung der Volksgesundheit, sowie dem Schutze der Familie dient, wird der Frau eine bedeutsame Stellung einräumen müssen. Besondere Eigenschaften, eine erhöhte Krankheitsgefahr und häufig spezielle Arbeitsbedingungen, dann aber auch ihre Aufgaben als Ehefrau und Mutter begründen von denen des Mannes abweichende Interessen, die vom Gesetzgeber eine besondere Würdigung und Regelung verlangen. Diese beziehen sich unmittelbar auf die Versicherung der Frau selber, wie auch auf ihre Ansprüche aus der Versicherung eines Dritten, insbesondere ihres Mannes.

Natürlich wird auch die Stellung der Frau in der Sozialversicherung von der Entwicklung abhängen, welche diese überhaupt in einem Lande genommen hat und noch nimmt. Diese Entwicklung wieder muss sich nach der

allgemeinen politischen und wirtschaftlichen Verfassung des Landes richten. Was in einem Staate mit straffer Zusammenfassung der Staatsgewalt möglich ist, darauf muss in einem Bundesstaat mit ausgesprochen föderativem Charakter und starker Beteiligung des Volkes an der Bildung des Staatswillens unter Umständen verzichtet werden. Eine einseitige Verfolgung sozialpolitischer Postulate unter Ausserachtlassung gegebener Lebensbedingungen des Volkes wird sich deshalb auch an der Sozialversicherung rächen, sei es, dass dadurch ihre Entwicklung gehemmt, sei es, dass ihre Wirkung beeinträchtigt wird. Daher darf der Wert einer bestimmten Sozialversicherung nicht aus ihr allein ermittelt, sondern er muss in Verbindung mit ihrer Eingliederung in das ganze politische und wirtschaftliche Gefüge des Landes beurteilt werden. Einzig mit dieser Einstellung ist es auch möglich, in gerechter Weise die Verwirklichung zu würdigen, welche bestimmte Interessen, z. B. die Fraueninteressen gefunden haben. So entbehrt es nicht des Reizes, der Gestaltung nachzugehen, welche das Frauenproblem in der schweizerischen Sozialversicherungsgesetzgebung gefunden hat. Die Aufgabe wird aktuell, wenn, wie es heute der Fall ist, grundlegende Änderungen und Erweiterungen dieser Gesetzgebung vorbereitet werden.

Die Gesetzgebungs Zuständigkeit im Gebiete der Sozialversicherung ist heute zwischen Bund und Kantonen geteilt. Gemäss Art. 34<sup>bis</sup> der Bundesverfassung ist der Bund seit dem Jahre 1890 befugt, über die Kranken- und Unfallversicherung zu legiferieren. Gestützt auf Art. 2 und 34<sup>ter</sup> der Bundesverfassung hat der Bund kürzlich auf dem Gesetzeswege Subventionsbestimmungen zur Förderung der Arbeitslosenversicherung aufgestellt. Dagegen steht das Gesetzgebungsrecht über Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung noch den Kantonen zu. Eine zur Überführung dieses Rechtes in die Zuständigkeit des Bundes eingeleitete Revision der Bundesverfassung ist noch nicht zum Abschlusse gekommen.

Die Ausübung des Gesetzgebungsrechtes im Gebiete der Kranken- und Unfallversicherung durch den Bund war nicht hindernisfrei. Erst durch das Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911, in seinem Teile Krankenversicherung in Kraft seit dem 1. Januar 1914, im Teile Unfallversicherung vollständig in Kraft gesetzt am 1. April 1918, hat Art. 34 bis der Bundesverfassung Vollziehung gefunden, nachdem ein erstes Gesetz vom 5. Oktober 1899, das die obligatorische Kranken- und Unfallversicherung des grössten Teiles der unselbständigen erwerbenden Personen zum Gegenstande hatte, am Referendum gescheitert war.

Das geltende Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 hat deshalb auf die Einführung des Obligatoriums der Krankenversicherung von Bundes wegen verzichtet, es vorläufig den Kantonen überlassend, und sich mit dem bundesrechtlichen Obligatorium der Unfallversicherung begnügt. Damit wurde eine engere Verbindung der beiden Versicherungszweige und ihre Gestaltung nach einheitlichen Grundsätzen allerdings unmöglich.

## II.

Die gegenwärtige bundesgesetzliche Regelung der Krankenversicherung hat zum Ziele, das in der Schweiz schon früher aufgeblühte Krankenkassenwesen auf dem Boden der Freiwilligkeit der Versicherung zu fördern. Die Förderung besteht in der finanziellen Stärkung der Krankenkassen, der Verbesserung ihrer Leistungen durch Festlegung eines gewissen Leistungsmimums, Gewährung von Arzt und Arznei oder eines täglichen Krankengeldes von Fr. 1.— während bestimmter Frist, und in der Herstellung einer Verbindung zwischen den Kassen, damit Mitglieder, die, bei Wohnsitz- und Berufswechsel vor allem, eine Kasse verlassen müssen, in einer andern ihre Versicherung ohne Erschwerung fortsetzen können. Mittel der Förderung ist die Gewährung von Subventionen an

die Krankenkassen, welche sich den durch den Gesetzeszweck gegebenen Bedingungen, im besondern einer bundesrechtlichen Aufsicht, unterziehen. Die Subventionssumme wird nach der Mitgliederzahl auf Grund eines gesetzlich bestimmten Ansatzes auf den Kopf berechnet.

Dank einer zweckmässigen Handhabung durch die Aufsichtsinstanzen hat das Gesetz bis heute seinen Zweck voll erfüllt und die Krankenversicherung soweit gefördert, als es ohne Obligatorium überhaupt möglich ist.

Einer Zahl von 453 subventionierten, sogenannten anerkannten Krankenkassen mit 361,621 Mitgliedern auf 31. Dezember 1914 steht auf 31. Dezember 1922 eine solche von 973 Kassen, mit besonderer Zählung der Sektionen zentralisierter Kassen sogar von 3798 Kassen, mit über einer Million genussberechtigter Mitglieder gegenüber. Die Aufwendungen dieser Kassen an Versicherungsleistungen beliefen sich im Jahre 1922 auf über Fr. 30 Millionen; ihr Vermögen ist auf Ende des Jahres 1922 auf den nämlichen Betrag angestiegen.

Bei dieser gesetzlichen Ordnung müssten die Fraueninteressen in entsprechenden Subventionsbedingungen Befriedigung finden. Der Gesetzgeber hat ihnen in den Vorschriften über die Aufnahme in die Krankenkassen und die Versicherungsbedingungen, sowie dadurch Rechnung getragen, dass er die subventionierten Krankenkassen zur Versicherung des Wochenbettes wie einer Krankheit und zur Ausrichtung einer Stillprämie verpflichtet hat.

Vor dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes war nur etwa die Hälfte aller Krankenkassen den Frauen zugänglich oder ausschliesslich für sie bestimmt. Nach der Hilfskassenstatistik von 1903 waren es sogar nur 42%. Kassen, welche Frauen aufnahmen, waren natürlich frei, die Versicherungsbedingungen beliebig zu gestalten, im besondern unter Berücksichtigung einer erhöhten Krankheitsgefahr der Frau die Aufnahme zu erschweren oder sie in der Versicherung stärker zu belasten.

Eine Gesetzgebung, deren Ziel es ist, die Möglichkeiten der freiwilligen Versicherung des Krankheitsrisikos zu mehren und zu verbessern, musste dies beiden Geschlechtern gegenüber soweit möglich in gleichem Masse tun und zunächst dafür sorgen, dass der Versicherung Suchende auch Versicherungsgelegenheit finde. Deshalb ist in Art. 5 des Bundesgesetzes jedem Schweizerbürger, gleichviel ob Mann oder Frau, das subjektive Recht verliehen, in eine Kasse einzutreten, wenn er ihren statutarischen Aufnahmebedingungen gerecht wird. Die Bedingung der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Konfession oder zu einer bestimmten politischen Partei darf dem Schweizerbürger, der bei einer Kasse seines Aufenthaltsortes eintreten will, nicht entgegen gehalten werden, wenn ihm daselbst keine Kasse offen steht, deren allgemeine Aufnahmebedingungen er erfüllt.

Dagegen konnte man sich fragen, ob den Kassen auch zur Pflicht gemacht werden sollte, die Frauen zu den gleichen Bedingungen, speziell zu den gleichen Prämien zu versichern wie die Männer, oder ob ihnen weiterhin gestattet werden sollte, hier Unterschiede eintreten zu lassen. Der Gesetzgeber hat sich für die völlige Gleichstellung der beiden Geschlechter entschieden. Art. 6 des Bundesgesetzes verpflichtet die Kassen, beide Geschlechter für die Aufnahme gleich zu halten, sofern es sich nicht um Kassen solcher Berufe, Berufsverbände oder Betriebe handelt, die nur Angehörige des einen Geschlechts in sich schliessen. Sind die statutarischen Versicherungsleistungen nach dem Geschlechte verschieden, so müssen die Mitgliederbeiträge entsprechend abgestuft werden. Es wäre also einer Krankenkasse nicht erlaubt, die Frauen auf ein Krankengeld von täglich Fr. 1.—, die Männer auf ein solches von Fr. 2.— für eine durchschnittliche Prämie z. B. von Fr. 1.50 monatlich zu versichern. Ebenso wenig ist es den Krankenkassen gestattet, die Bestimmung durch die Festsetzung verschieden hoher Eintrittsgelder für Männer und Frauen zu umgehen, falls solche nach den

Statuten erhoben werden. Dagegen können Kassen, welche die Versicherung in mehreren Klassen, z. B. einer Klasse für Krankenpflege und verschiedenen Klassen mit abgestuften Krankengeldern betreiben, Personen des einen Geschlechts, z. B. den Frauen, nur eine bestimmte Klasse öffnen. Dann ist aber dafür zu sorgen, dass die Prämien der verschiedenen Klassen im gleichen Verhältnis wie die Leistungen abgestuft sind, weil sonst wieder das Prinzip der Gleichbehandlung der Geschlechter verletzt ist. Schützt der Grundsatz der Gleichstellung der Geschlechter die Frau davor, dem Manne gegenüber mindern Rechts zu sein, so bringt er zugleich zum Ausdruck, dass ihr nicht mehr Rechte gewährt werden können als dem Manne. Unterschiede, welche die Krankenkassen nach Alter, Lohn eintreten lassen, sowie Bestimmungen über den Ausweis guter Gesundheit als Bedingung des Eintritts in die Kasse, über Karenzzeit etc. sind gleichermassen gegenüber Frauen und Männern anzuwenden.

Die ungünstige Behandlung der Frau in der Krankenversicherung vor dem Erlass des Bundesgesetzes beruhte u. a. auf der behaupteten erheblich stärkeren Krankheitsgefahr der Frau. Die bundesrätliche Botschaft vom 10. Dezember 1906 zum Gesetze nimmt dagegen Stellung. Auf Grund inländischer, sowie deutscher, österreichischer und französischer statistischer Nachweise über die relative Krankenzahl und die Krankheitsdauer bei Männern und Frauen, sowie der Feststellung, dass die weiblichen Kassenmitglieder im allgemeinen ein niedrigeres Durchschnittsalter haben als die Männer, gelangt die Botschaft zum Schlusse, dass die Versicherung der Frau zu den nämlichen Bedingungen durchgeführt werden könne wie die der Männer. Der bundesrätliche Entwurf nahm denn auch für Männer und Frauen die gleiche Subvention an die Krankenkassen in Aussicht. Angesichts der starken Bedenken in Krankenkassenkreisen wurde bei der Behandlung des Entwurfes in den eidgenössischen Räten für die Frauen die Subvention auf den Kopf um 50 Rappen erhöht.

An der Gleichstellung der Frau in den Versicherungsbedingungen wurde aber, wie bereits mitgeteilt, festgehalten.

Die nunmehrigen zehnjährigen Erfahrungen unter der Herrschaft des Bundesgesetzes haben die Annahmen der bundesrätlichen Botschaft nicht gerechtfertigt. Bei aller Lückenhaftigkeit der Morbiditätsstatistik der Kassen, die notwendig eines Ausbaues bedarf, zeigt sich doch jedes Jahr eine nicht unerheblich stärkere Morbidität der Frau gegenüber derjenigen des Mannes.

Wir beschränken uns hier auf die neuesten Ergebnisse, wie sie enthalten sind im Geschäftsberichte des Bundesrates für das Jahr 1923, Volkswirtschaftsdepartement, Bundesamt für Sozialversicherung, Separatabzug pag. 6. Die Morbiditätsverhältnisse wurden ermittelt auf Grund von Angaben, die zur Verfügung standen für 190,149 Männer und 107,123 Frauen bei Kassen mit einer maximalen statutarischen Unterstützungsduer von 180 Krankentagen auf 360 aufeinanderfolgende Kalendertage; für 153,899 Männer und 69,256 Frauen bei Kassen mit einer Unterstützungsduer von 360 auf 540 aufeinander folgende Tage.

Die durchschnittliche Zahl der Krankentage, berechnet für ein Mitglied auf das Jahr, betrug im Jahre 1922 für eine Unterstützungsduer von 180 auf 360 Tagen bei den

	<b>für männliche Versicherte</b>	<b>für weibliche Versicherte</b>
Betriebskassen	8,97 gegenüber 7,26 Tagen im Vorjahr	10,97 gegenüber 9,57 Tagen im Vorjahr
übrigen Kassen	7,47 gegenüber 6,96 Tagen im Vorjahr	8,88 gegenüber 8,45 Tagen im Vorjahr
sämtlichen Kassen	7,68 gegenüber 7,01 Tagen im Vorjahr	9,27 gegenüber 8,67 Tagen im Vorjahr.

Für eine Unterstützungsduer von 360 auf 540 Tage bei den

	<b>für männliche Versicherte</b>	<b>für weibliche Versicherte</b>
Betriebskassen	11,83 gegenüber 9,21 Tagen im Vorjahr	12,25 gegenüber 11,57 Tagen im Vorjahr
übrigen Kassen	8,87 gegenüber 8,40 Tagen im Vorjahr	10,42 gegenüber 8,83 Tagen im Vorjahr
sämtlichen Kassen	9,43 gegenüber 8,51 Tagen im Vorjahr	10,66 gegenüber 9,31 Tagen im Vorjahr.

Setzt man die für männliche Versicherte ermittelte Zahl gleich 100, so ergibt sich für das Jahr 1922 eine Übermorbidity bei den weiblichen Versicherten

	für eine Unterstützungs- dauer von 180/360 Tagen	für eine Unterstützungs- dauer von 360/540 Tagen
in den Betriebskassen von	22,30%	9,47%
in den übrigen Kassen von	18,87%	17,47%
in sämtlichen Kassen von	20,70%	13,04%

Wenn sich auch bei den verschiedenen Kategorien von Kassen je nach der Zusammensetzung des Mitgliederbestandes und den Versicherungsleistungen Unterschiede zeigen, worauf des näheren einzugehen hier nicht der Ort ist, so muss doch allgemein eine nicht unerhebliche Mehrbelastung durch die weiblichen Mitglieder konstatiert werden, wobei hervorzuheben ist, dass die Belastung durch das Wochenbett in der Statistik nicht mitberücksichtigt ist.

Es konnte daher nicht ausbleiben, dass weite Kreise, denen die Entwicklung der Krankenversicherung am Herzen liegt, eine Änderung der jetzigen gesetzlichen Regelung der Frauenversicherung verlangen. Nicht mit Unrecht wird darauf hingewiesen, dass die starke Mehrbelastung durch die Frauen, der keine entsprechende Mehrsubvention gegenübersteht, öfters Kassen veranlasse, auf die Einholung der bundesrechtlichen Anerkennung als subventionierte Kasse überhaupt zu verzichten, was vom Standpunkte des Gesamtinteresses der Krankenversicherung aus nicht wünschbar sei. Sodann veranlasse sie zahlreiche, besonders ledige Männer, den Krankenkassen fern zu bleiben oder sich nicht anerkannten Kassen und Berufskassen zuzuwenden, welch letztere ja nach Art. 6 des Bundesgesetzes, wenn der Beruf oder der Berufsverband auf die Männer beschränkt ist, Frauen nicht aufzunehmen brauchen. Als Massnahmen zur Abhilfe werden vorgeschlagen entweder eine Aufhebung der Gleichberechtigung wenigstens in dem Sinne, dass die Kassen ihre weiblichen Mitglieder dem vermehrten Krankheitsrisiko entsprechend

mit höheren Prämien belasten dürfen oder eine Erhöhung und andere Verteilung der Bundessubvention, durch welche der Bund im Wege seiner Zuschüsse die höhere Krankheitsgefahr der Frau zu übernehmen hätte.

Die erörterte Frage bildete ein hauptsächliches Diskussionsobjekt im Schosse der grossen Expertenkommision, welche im Jahre 1920 vom eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartement berufen wurde, einen Vorentwurf des Bundesamtes für Sozialversicherung für ein neues Krankenversicherungsgesetz auf dem Boden eines bundesrechtlichen Obligatoriums der Versicherung zu beraten.

Mit einer Stimme Mehrheit entschied sich die Kommission für das Recht der Krankenkassen, von den Frauen im Rahmen des Mehrs an Risiko erhöhte Prämien zu verlangen, wohl unter anderem unter dem Eindruck der Feststellung, dass die Gesetzesrevision dem Bunde eine nennenswerte finanzielle Mehrbelastung nicht bringen sollte.

Die geltende bundesgesetzliche Regelung der Krankenversicherung ist in den verschiedensten Beziehungen revisionsbedürftig. Die Revision des Gesetzes ist deshalb notwendig und soll auch in der nächsten Zeit entschieden gefördert werden. Dagegen steht noch dahin, ob der Revisionsentwurf auf den Boden des Obligatoriums gestellt und bejahendenfalls wie dieses umschrieben werden soll. Je nachdem, ob am Prinzip der Freiwilligkeit der Versicherung festgehalten oder ob es durch dasjenige des Obligatoriums der Versicherung ersetzt wird, gewinnt auch eine ganze Reihe anderer Revisionsvorschläge eine verschiedene Bedeutung. Auch die Frage der Behandlung der Frau im Verhältnis zum Manne darf nicht völlig unabhängig von jener Kardinalfrage beurteilt werden. Daher ist auch in dieser Beziehung heute de lege ferenda eine abschliessende Meinungsäusserung nicht möglich. Bei aller Würdigung der Bedenken und Befürchtungen der Krankenkassen wird man aber nicht behaupten können, dass die bestehenden Risikounterschiede, hinsichtlich deren

allerdings noch nähere Untersuchungen vorbehalten werden müssen, jede andere Ausgleichung als durch eine Abstufung der Prämien nach den Geschlechtern ausschliessen. Man wird unter diesen Umständen auch nicht Anstand nehmen, die Gleichstellung der Geschlechter in den Versicherungsbedingungen, besonders der freiwilligen Versicherung, als natürliche Folgerung aus dem Rechtsgedanken anzuerkennen, allen Schweizerbürgern vermehrte und verbesserte Gelegenheit zur spontanen Deckung des Versicherungsbedürfnisses zu geben. Zur versicherungstechnischen Forderung auf individuelle Einschätzung des einzelnen Risikos tritt in der Sozialversicherung diejenige auf Ausgleichung sozialer Unterschiede durch das Mittel der Versicherung. Sie führt dazu, den wirtschaftlich schwachen Versicherten vor dem leistungsfähigeren, meist durch Zuschüsse aus öffentlichen Geldern, zu begünstigen und zwischen arm und reich, jung und alt, ledig und verheiratet in bezug auf die verschiedenen Risiken eine Solidarität zu begründen, welche in der Privatversicherung unzulässig und unmöglich ist. Es darf im weitern wohl als feststehend angenommen werden, dass die Belohnung der erwerbstätigen Frau im allgemeinen unter derjenigen des Mannes steht. Die ihrem erhöhten Krankheitsrisiko entsprechend erhöhte Prämie hätte die Frau somit in der Regel aus einem gegenüber dem Einkommen des Mannes geringeren Verdienste zu bestreiten. Endlich liegt es im Interesse der Volksgesundheit, dass besonders in weniger begüterten Volksschichten nicht nur der Mann, sondern die ganze Familie gegen Krankheit versichert sei. Eine Mehrbelastung der Frau wird in solchen Verhältnissen auf den Ehemann zurückfallen und vermag die wünschbare Entwicklung der Familienversicherung vielleicht zu beeinträchtigen, während die Gleichstellung der Geschlechter den Familienvater in durchaus gerechter Weise auf Kosten des ledigen Mannes etwas begünstigt. Diese sozialpolitischen Erwägungen sollten u. E. angesichts des doch nicht übermässigen Risikounterschiedes zugunsten der Bei-

behaltung der Gleichstellung von Mann und Frau in der Krankenversicherung mit Bezug auf die Versicherungsbedingungen den Ausschlag geben. Gewiss mag die Gefahr der Selektion und der Nichtbenützung der gebotenen Versicherungsgelegenheit bestehen. Sie darf aber nicht überschätzt werden und ist vor allem in der freiwilligen Versicherung zu berücksichtigen, während sie bei einem Versicherungsobligatorium kaum mehr ins Gewicht fällt. Die notwendige Ausgleichung des Risikounterschiedes sollte eher auf dem Wege einer zweckentsprechenden Verteilung und allfälligen Erhöhung der staatlichen Subvention zugunsten der Frauenversicherung getroffen werden.

### III.

Die Natur hat der Frau als ihre vornehmste Aufgabe die Mutterschaft zugewiesen. Ist diese auch bei gesunden moralischen Anschauungen, besonders in jungen Jahren und nicht allzu ungünstigen Existenzbedingungen, ein oft ersehntes freudiges Ereignis, so können doch das Wochenbett und seine unmittelbaren Folgen einen Vermögensbedarf auslösen, der auch begütertere Personen nicht unempfindlich trifft. An der Verbesserung der Bedingungen der Mutterschaft besteht zudem ein allgemeines hygienisches und bevölkerungspolitisches Interesse. Als sozial bedeutungsvolle, der Versicherung technisch und wirtschaftlich zugängliche Erscheinung, ist die Mutterschaftsfürsorge von jeher Bestandteil der Sozialversicherung gewesen. Sie bildet entweder einen besondern Zweig der Sozialversicherung oder das Mutterschaftsrisiko wird neben dem Krankheitsrisiko als Gegenstand der Krankenversicherung behandelt. Bei der Wahl des Verfahrens kommt es auch wieder auf die allgemeine Anlage der Sozialversicherungsgesetzgebung an. So hat Italien, dem auch eine staatlich subventionierte Krankenversicherung wie die unsrige fehlt, durch Gesetz vom 17. Juli 1910 eine zentrale Mutterschaftsversicherungs-

kasse aller unselbständig erwerbenden Frauen des Königreichs auf der Grundlage des Obligatoriums der Versicherung errichtet. Sie wird durch Prämien der Versicherten, sowie durch bestimmte Zuschüsse des Arbeitgebers und des Staates auf den Kopf der Versicherten gespiesen und richtet bei jeder Geburt eine feste Pauschalentsädigung in Geld aus.

Unser Gesetz hat, dem Beispiel der deutschen Sozialversicherung folgend, die Mutterschaftsversicherung als Bestandteil der Krankenversicherung geordnet. Kann auch ein normal verlaufendes Wochenbett nicht als Krankheit angesprochen werden, so begründet es doch wirtschaftliche Bedürfnisse, die den Bedürfnissen aus Krankheitsfällen am ähnlichsten sind. Gemäss Art. 14 des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung haben die anerkannten Krankenkassen das Wochenbett einer versicherten Krankheit gleichzustellen, wenn die Wöchnerin bis zum Tage ihrer Niederkunft, ohne eine Unterbrechung von mehr als drei Monaten während mindestens neun Monaten Mitglied von anerkannten Kassen gewesen ist. Die Kasse hat der Wöchnerin die für Krankheitsfälle vorgesehenen Leistungen während mindestens sechs Wochen zu gewähren. Die Zeit, während welcher eine Wöchnerin Versicherungsleistungen bezieht, darf von den Kassen nicht auf die statutarisch festgesetzte maximale Unterstützungsduer für Krankheitsfälle angerechnet werden. Wenn die Wöchnerin während der Dauer der Unterstützung arbeitet, so darf ihr Verdienst vom Krankengeld abgezogen werden. Wöchnerinnen, die ihr Kind über die Dauer der Wochenbettunterstützung hinaus noch während weiterer vier Wochen stillen, hat die Krankenkasse ein Stillgeld von mindestens zwanzig Franken zu gewähren.

Ihre Aufwendungen für diese Leistungen hat die Kasse aus den allgemeinen Prämien der Krankenversicherung zu decken, die Erhebung einer Extraprämie von der Frau ist nicht zulässig. Ebensowenig sind die Leistungen an Wöchnerinnen in den allgemeinen, auf den Kopf berech-

neten Subventionen des Bundes an die Kassen berücksichtigt, es sei denn, man wolle eine solche in den 50 Rappen Mehrsubvention für die Frauen erblicken. Dagegen zahlt der Bund den Krankenkassen einen besondern Beitrag für jedes Wochenbett ohne Rücksicht auf das Mass der Auslagen, welche die Kasse für das betreffende Wochenbett hatte. Dieser Beitrag wird auf 40 Franken erhöht für die Wöchnerinnen, denen die Kasse über die sechs-wöchentliche Wochenbettleistung hinaus noch die Still-prämie auszurichten hat. Auch die Gewährung der Wochenbettleistungen und des Stillgeldes ist Subventionsbedingung. Sie muss somit in den Statuten derjenigen Kassen vorgesehen sein, welche sich um die bundesrechtliche Anerkennung bewerben. Die Verletzung dieser Bedingungen zieht die gleichen Sanktionen nach sich wie die der allgemeinen Bedingungen, Mahnung, Busse und endlich Entzug der Anerkennung seitens der Aufsichtsinstanzen.

Die allgemeine Fassung der in Frage stehenden Bestimmungen, durch welche eine rudimentäre Mutterschaftsversicherung geschaffen worden ist, hat eine ganze Reihe von Entscheidungen und Weisungen der Aufsichtsbehörden, Bundesamt für Sozialversicherung, Volkswirtschaftsdepartement und Bundesrat notwendig gemacht.

Als Wochenbett im Sinne der Bestimmung gilt jede Geburt, bei der ein lebensfähiges Kind zur Welt kommt, somit unter Umständen auch eine Frühgeburt, nicht aber die Fehlgeburt. Letztere ist dagegen von der Kasse als gewöhnliche Krankheit zu entschädigen. Ebenso haben die Kassen für Krankheiten, welche im Zusammenhange mit dem Wochenbette auftreten, nach den ordentlichen Bestimmungen über die Krankenversicherung aufzukommen. Die für die Wochenbettleistungen zulässige statutarische Voraussetzung neunmonatlicher Kassenmitgliedschaft ist somit auf diese Krankheiten nicht anwendbar; während andererseits diese Krankheitsleistungen von der Kasse auf die statutarische Unterstützungsduer angerech-

net werden dürfen. Die uneheliche Niederkunft ist der ehelichen gleichgestellt. Die Kassen haben der Wöchnerin für das Wochenbett die für Krankheitsfälle vorgesehenen Leistungen zu gewähren. Eine Krankengeldkasse hat somit stets das statutarische Krankengeld auszurichten, während eine Krankenpflegekasse nur dann zu leisten hat, wenn die Wöchnerin den Arzt zur Geburt zuzieht. Die Wöchnerin ist dazu aber ohne weiteres berechtigt, und es kann dieses Recht nicht dadurch wegbedungen werden, dass die Kasse die Hebammenkosten übernimmt. Die Bezahlung dieser letztern stellt sich, wenn sie statutarisch vorgesehen ist, stets als freiwillige Zusatzleistung dar. Da die Wöchnerin sich meist mit der Zuziehung der Hebamme begnügt, so ergibt sich als Folge der geschilderten Ordnung, dass die Krankengeldkassen vielfach durch das Wochenbett stärker belastet werden als die Krankenpflegekassen, und dass sich die Frauen häufig lieber der Krankengeldversicherung zuwenden, in der sie für jedes Wochenbett mindestens Fr. 42.— erhalten, während sie bei reiner Krankenpflegeversicherung sehr oft leer ausgehen.

Aus der Gleichstellung des Wochenbettes mit der Krankheit ergibt sich des weitern, dass auch die statutarischen Bestimmungen über Karenzzeit, Wartefrist und Krankheitsanzeige auf das Wochenbett und die Wochenbettleistungen Anwendung finden.

Die Gleichstellung des Wochenbettes mit der Krankheit ist jedoch an die Schranken gebunden, welche die Kasse vor Missbrauch schützen sollen. Deshalb ist in Anlehnung an die vom Gesetze erlaubte Bedingung neunmonatlicher Kassenmitgliedschaft kürzlich entschieden worden, dass auch gegenüber Frauen, welche diese Bedingung erfüllen, wenn sie im Schwangerschaftszustande innerhalb der nämlichen Krankenkasse von einer Versicherungsart zur andern oder von einer niedrigeren zu einer höheren Krankengeldkasse übergehen wollen, statutarisch die Unwirksamkeit des Übertrittes für das betreffende Wochenbett und die mit der Schwangerschaft

direkt zusammenhängenden Krankheiten vorgeschrieben werden kann. Die Wochenbettleistungen sind der Wöchnerin vom Tage der Niederkunft weg während 42 Tagen zu gewähren und dürfen nicht mit der vorherigen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit eingestellt werden. Dagegen sind die Kassen nach dem Gesetze berechtigt, wenn die Wöchnerin während der Dauer der Unterstützung arbeitet, einen allfälligen Verdienst der Wöchnerin an den Kassenleistungen abzuziehen. Aus dem Gesetze darf wohl geschlossen werden, dass die Besorgung der Hausgeschäfte nicht als verdienstbringende Arbeit betrachtet werden kann. Doch wenden zahlreiche Kassen die Bestimmung auf die Besorgung der Hausgeschäfte an. Ein Ausgleich zwischen den berechtigten Interessen der Kassen und der Wöchnerin wurde nach längern Erörterungen darin gefunden, dass die Kassen ermächtigt wurden, statutarisch den Wöchnerinnen die Verrichtung häuslicher Arbeiten, welche sie gesundheitlich schädigen könnten, zu verbieten und für den Widerhandlungsfall eine Kürzung der Kassenleistungen in einem statutarisch fest bestimmten Masse von höchstens 50% vorzusehen. Der Wöchnerin steht es natürlich frei, mittelst eines ärztlichen Zeugnisses nachzuweisen, dass die von ihr besorgten Hausgeschäfte nicht gesundheitsschädlich seien. Im Streitfalle wird der Richter oder die sonst gemäss Art. 30 des Bundesgesetzes in den Kassenstatuten bezeichnete Instanz über die Zulässigkeit des Abzuges an den Versicherungsleistungen zu entscheiden haben.

Die Wochenbettleistungen belasten die Kassen ganz bedeutend, welche Belastung durch die vom Bundesgesetze vorgesehene Extrasubvention von Fr. 20.— für jedes Wochenbett angesichts des stark gesunkenen Geldwertes nur in geringem Masse gemildert wird. Die von Krankenpflegekassen für das Jahr 1921 mitgeteilten, allerdings nur zum Teil verwendbaren Angaben über die Ausgaben für Wochenbette zeigten für 11,048 Wochenbette einen Gesamtaufwand von Fr. 340,047 oder einen Aufwand von

durchschnittlich Fr. 31.— für das Wochenbett. In städtischen Verhältnissen stieg der Aufwand bis auf Fr. 55.— für das Wochenbett. Für das Jahr 1922 wurde bei 9170 Wochenbetten in Krankenpflegekassen, von denen brauchbare Angaben vorlagen, ein Gesamtdurchschnitt von Fr. 40.— für das einzelne Wochenbett berechnet. Je nachdem die Krankenpflegekassen für das Wochenbett sich auf das gesetzliche Minimum, Gewährung von Arzt und Arznei beschränken oder dazu noch die Hebammenkosten übernehmen, ergeben sich Unterschiede der Durchschnittswerte von Fr. 22.— bis Fr. 65.—.

Die im Friedensvertrage von Versailles vom 28. Juni 1919 geschaffene internationale Arbeitsorganisation, deren Aufgabe es ist, das Arbeits- und Sozialversicherungsrecht auf internationaler Grundlage zu entwickeln, hat sich schon kurz nachdem sie ins Leben getreten ist, mit der Förderung des Mutterschutzes beschäftigt.

In der ersten internationalen Arbeitskonferenz in Washington vom Herbst 1919 wurde der Entwurf eines Übereinkommens angenommen, wonach in den gewerblichen Betrieben und in den Handelsgeschäften eine Frau während sechs Wochen nach ihrer Niederkunft nicht beschäftigt werden darf und jede Frau berechtigt ist, die Arbeit zu verlassen, wenn sie ein ärztliches Zeugnis beibringt, dass ihre Niederkunft voraussichtlich innerhalb sechs Wochen stattfinden wird. Der stillenden Frau soll täglich zweimal je eine halbe Stunde frei gegeben werden. Endlich ist jeder Frau während ihres Fernbleibens von der Arbeit infolge der Niederkunft eine Unterstützung zu gewähren, welche sie und ihr Kind in guten gesundheitlichen Verhältnissen zu erhalten vermag. Diese Unterstützung, deren genauer Betrag durch die zuständige Behörde jedes Landes festzusetzen ist, muss entweder aus öffentlichen Mitteln bestritten oder durch eine Versicherung aufgebracht werden. Ausserdem soll jede Frau Anspruch auf unentgeltliche Behandlung durch einen Arzt oder eine Hebamme haben.

Diese Konvention ist von der Schweiz bis heute nicht ratifiziert worden. Sie durfte vorläufig auch nicht ratifiziert werden und der Wert einer solchen Ratifikation wäre ein problematischer.

Was die Befreiung der Wöchnerin von der Arbeit anbetrifft, so geht unser Fabrikgesetz vom 18. Juni 1914 in Art. 69 für die in Fabriken beschäftigten Wöchnerinnen darüber hinaus, indem diese auf ihren Wunsch bis auf acht Wochen von der Arbeit zu dispensieren sind. Für die Ausdehnung der Befreiung auf die in andern Betrieben beschäftigten Personen bedarf es zunächst einer gesetzlichen Regelung. Das gleiche gilt für die Gewährung von Behandlung durch Arzt oder Hebamme, sowie für die im Entwurfe vorgesehene Unterstützung während der Zeit der Niederkunft. Bei den bedeutenden Mitteln, welche erforderlich sind und die vom Staate allein nicht beschafft werden können, fällt für uns nur die Gewährung einer Leistung im Wege der Versicherung in Betracht. Auch hierfür bedürfte es zunächst eines gesetzlichen Erlasses, durch welchen eine solche Versicherung auf der Basis des Obligatoriums geschaffen wird. Sodann ist aber zu bemerken, dass die Konvention nur die in Gewerbe und Handel in unselbständiger Stellung beschäftigten Frauen umfasst. Eine Verbesserung der Niederkunftsbedingungen zugunsten der andern Frauen, die vielfach dessen ebenso sehr bedürfen, wird mit der Konvention nicht erreicht.

Von den verschiedensten Gesichtspunkten aus bleibt es für uns das Zweckmässigste, im Rahmen der Krankenversicherung innerstaatlich unsere Mutterschaftsversicherung auszubauen, und von der Gründung einer besondern Mutterschaftsversicherung abzusehen. Eine solche Verbesserung kann einmal die Dauer betreffen, während welcher der Wöchnerin die Krankenversicherungsleistungen auszurichten sind. Hier käme eventuell eine Verlängerung von sechs auf acht Wochen in Betracht. Sodann aber und ganz besonders wird sie sich auf die Art der Leistungen erstrecken müssen; Gewährung von Arzt, Arznei und

Hebamme für die ganze Dauer des Bedürfnisses und Gewährung eines Wochengeldes bei Verdienstausfall, endlich Erhöhung der Stillgeldleistungen. In dieser Richtung bewegen sich auch die Vorschläge der oben schon erwähnten

Experertenkommission für die Revision der Krankenversicherung. Natürlich hat es bei der Ordnung zu verbleiben, dass die Wochenbett- und Stillgeldleistungen nicht auf die Krankenversicherungsleistungen angerechnet werden dürfen, soll die Mutterschaftsversicherung, wie es nötig ist, ein Mehr darstellen. Diese Forderungen gelten für die Revision der Krankenversicherung auf dem Boden der Freiwilligkeit wie des Obligatoriums. Die Mehrbelastung wird beim Obligatorium auf alle Kassenmitglieder zu verteilen sein, gegebenenfalls mit Unterstützung des Bundes. Bei Beibehaltung der Freiwilligkeit wird man wohl darnach trachten müssen, durch eine entsprechende Änderung des Subventionssystems den Bund in wesentlichem Masse daran zu beteiligen. Für den Fall des Obligatoriums ist ein Ausgleichungsverkehr zwischen den Kassen notwendig, um zufällige starke Belastungen einzelner Kassen und damit die Selektion seitens der Kassenmitglieder zu vermeiden. Ob und wie ein solcher Verkehr für die freiwillige Versicherung eingerichtet werden kann, wird zu prüfen sein.

Zusammenfassend dürfen wir sagen: Wenn auch die Rechtsstellung der Frauen in der Krankenversicherung noch eine bescheidene ist, so darf sie doch heute eine gerechte genannt werden. Dass sie nicht entwickelter ist, liegt am unvollendeten Zustande unserer Krankenversicherung, was niemals ausser acht gelassen werden darf. Die geltende Ordnung hat ihre Wirkung gezeitigt, besonders im Anwachsen der Zahl der versicherten Frauen gegenüber der Zahl der versicherten Männer seit dem Bestehen des Bundesgesetzes. Ende 1922 waren in 963 Kassen rund 327,000 Frauen, 490,000 Männer und 210,000 Kinder versichert. Während im Jahre 1914 auf hundert Kassenmitglieder 67 Männer, 26 Frauen und 7 Kinder entfielen, lauten die

Verhältniszahlen im Jahre 1922 auf 48 Männer, 32 Frauen und 20 Kinder. Nicht mit Unrecht bemerkt denn auch der bundesrätliche Geschäftsbericht des Jahres 1923 im Abschnitte Bundesamt für Sozialversicherung, dass, wenn das Bundesgesetz keine andere günstige Wirkung gehabt hätte, als die Frauen- und Kinderversicherung zu fördern, dies volkshygienisch und bevölkerungspolitisch schon einen schönen Erfolg darstelle.

#### IV.

Gegenüber der Stellung der Frau in der Krankenversicherung tritt ihre Stellung in den andern Zweigen der Sozialversicherung im Rahmen einer rechtlichen Betrachtung erheblich zurück.

Die Unfallversicherung ist gemäss Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 als obligatorische in die Hände eines zentralen, vom Bunde errichteten Versicherungsträgers, der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt in Luzern, gelegt worden. Versichert sind die Angestellten und Arbeiter der früher dem Haftpflichtgesetze unterstellten Betriebe: Fabriken, Transportanstalten und übrige Transportbetriebe, Baugewerbe, sowie, über die Haftpflicht hinausgehend, diejenigen einer Reihe von Handelsbetrieben und der Forstwirtschaft, und zwar ohne Unterschied des Geschlechts.

Die Unfallversicherungsanstalt untersteht einem Verwaltungsrat, in dem die versicherten Personen durch zwölf Mitglieder vertreten sind, worunter eine Frau.

Die Versicherung besteht gegen Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle und gewährt volle Krankenpflege, Lohnentschädigung bei vorübergehender Erwerbsunfähigkeit, Invalidenrente bei dauernder Erwerbsunfähigkeit und Hinterlassenenrente zugunsten von Witwe, Kindern und Geschwistern, Eltern und Grosseltern im Falle des Todes des Versicherten.

Die Geldleistungen werden nach dem Verdienst des Verletzten berechnet. Die Prämien werden infolgedessen auch nach diesem erhoben und zwar in einem Gesamtbetrag berechnet nach Promillesätzen der Lohnsumme des Betriebes oder des einzelnen Betriebsteiles, gesondert für die Betriebs- wie für die Nichtbetriebsunfälle. Die Prämien für die Betriebsunfälle hat in vollem Umfange der Arbeitgeber zu tragen; die der Nichtbetriebsunfälle gehen zu drei Vierteln zu Lasten des einzelnen Versicherten und zu einem Viertel zu Lasten des Bundes. Der vom Versicherten zu zahlende Teil wird aber zunächst ebenfalls beim Arbeitgeber erhoben und zwar, wie schon gesagt, auf Grund der Lohnliste des Betriebes, und dem Versicherten nachher vom Lohne abgezogen. Eine Bestimmung des Prämiensatzes nach dem individuellen Risiko des Versicherten ist somit unmöglich. Bei den Betriebsunfällen bestimmt sich der Prämiensatz nach der Betriebsgefahr im allgemeinen. Wenn auch bei der ledigen Frau das Entschädigungsrisiko geringer ist als beim Mann, da Witwen- und in der Regel auch Waisenrenten nicht in Betracht fallen, so gibt das nicht Anlass zu einer Prämiendifferenzierung zwischen den Geschlechtern, da ja ohnehin der Arbeitgeber die ganze Prämie zahlt.

In der Nichtbetriebsunfallversicherung sind dagegen die Prämiensätze für Männer und Frauen, vor allem der total verschiedenen Beschäftigung in der Freizeit wegen, verschieden. Sie betragen nach dem neuesten Tarife der Unfallversicherungsanstalt vom 1. Januar 1924 in Promille des Lohnes:

	Männer			Frauen		
	I	II	III	I	II	III
A. Für Versicherte von Betrieben oder Betriebsteilen mit ununterbrochener und regelmässiger Betriebszeit . . . . .	5	6	7	2	3	4
B. Für Versicherte von Betrieben, deren Betriebszeit eine unterbrochene oder unregelmässige ist	7	8	9	4	5	6

In ihrer Stellung als versicherte Person hat die neue Unfallversicherung auch der Frau im Falle der Invalidität eine erhebliche Verbesserung gegenüber der Haftpflicht gemäss den Haftpflichtgesetzen vom 25. Juni 1881 und vom 26. April 1887 gebracht, nicht dagegen im Falle eines vorübergehenden Nachteils, wo nach der Haftpflicht der volle Lohn bezahlt werden musste, während heute nur noch 80% bezahlt werden.

Ganz bedeutend besser ist sodann die Stellung der Frau als Ehefrau eines versicherten Mannes und Mutter eines versicherten Kindes in der heutigen Unfallversicherung gegenüber der Haftpflicht. Während diese im Falle des Todes den Hinterlassenen nur den Schaden vergütete, welchen die Hinterlassenen erlitten, falls der Getötete zum Unterhalt verpflichtet war, und auch da nur bis zur Höhe von Fr. 6000.—, wobei erst noch, neben verschiedenen Abzügen, die Vergütung des Lohnausfalles während einer allfälligen Krankheitszeit vor dem Tode angerechnet wurde, werden in der Unfallversicherung Renten ausgerichtet, die für eine Witwe mit zwei Kindern bis Fr. 3600.— jährlich erreichen können.

Die Alters-, Invaliden- und Hinterlassenensicherung ist als Sozialversicherung von Gesetzes wegen in der Schweiz noch zu wenig entwickelt, als dass sie hier Gegenstand besonderer Behandlung sein könnte. Das Altersrisiko ist bei der Frau im Hinblick auf ihre durchschnittliche längere Lebensdauer ein grösseres als beim Mann. Es wird deshalb häufig durch eine etwas höhere Prämie oder durch eine verminderte Leistung ausgeglichen. Das Alters- und Invalidenversicherungsgesetz des Kantons Glarus vom 7. Mai 1916 behandelt Männer und Frauen in bezug auf die Prämie gleich, setzt aber für die Frauen eine etwas niedrigere Altersrente aus.

In der Arbeitslosenversicherung ist der Unterschied der Geschlechter rechtlich und technisch ohne Bedeutung.

Bei der Einführung einer Alters- und Hinterlassenensicherung von Bundes wegen, in bezug auf welche die

Vorarbeiten für die Verfassungsrevision vor dem Abschlusse stehen, wird man eingedenk der ungünstigen Zeiten sich auf das absolut Notwendige beschränken müssen und deshalb auch bei der Ausgestaltung der Versicherung nur die Risiken versichern dürfen, für welche eine Versicherung dringendes Bedürfnis ist. Im Rahmen dieser Forderung wird auch die Frauenfrage speziell zu würdigen sein. Sie dürfte aber, wenn auch vielleicht nicht alle Wünsche in Erfüllung gehen, eine gerechte Lösung finden.