

Bundesblatt

99. Jahrgang.

Bern, den 10. Juli 1947.

Band II.

*Erscheint wöchentlich. Preis 28 Franken im Jahr, 15 Franken im Halbjahr, zuzüglich
Nachnahme- und Postbestellungsgebühr.*

*Einrückungsgebühr: 50 Rappen die Petitzelle oder deren Raum. — Inserate franko an
Stämpfli & Cie. in Bern.*

Zu 5484

Botschaft

des

Bundesrates an die Bundesversammlung über die Ergänzung des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betreffend Mass- nahmen gegen die Tuberkulose.

(Vom 8. Juli 1947.)

Herr Präsident!

Hochgeehrte Herren!

Wir haben die Ehre, Ihnen mit dieser Botschaft den Entwurf zu einem Bundesgesetz über die Ergänzung des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose zu unterbreiten.

I. Einleitung.

Am 16. Dezember 1943 reichte Herr Nationalrat Bircher folgende Motion ein:

«Um die Quellen der Tuberkulose zu verschütten, wird der Bundesrat ersucht, die gesetzlichen und finanziellen Grundlagen der Tuberkulosebekämpfung dahin zu erweitern, dass

1. die gesamte Schweizerbevölkerung durchleuchtet und ein Schirmbildkataster erstellt wird,
2. dass auch der Bekämpfung der Tiertuberkulose vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt wird.»

Die Motion wurde am 22. März 1944 vom Nationalrat erheblich erklärt, während der Ständerat am 22. Juni 1944 beschloss, einen Entscheid erst zu fassen, nachdem ein bundesrätlicher Bericht vorliegen würde.

Am 25. September 1944 wurde von Herrn Nationalrat Siegrist, Aarau, folgendes Postulat eingebracht:

«Art. 8 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose bestimmt:

Der Bundesrat setzt die Massnahmen fest, die im Gewerbe, in industriellen Betrieben, in Verkehrsanstalten und öffentlichen Gebäuden zum Schutze gegen die Tuberkulose zu treffen sind.

Der Bundesrat wird eingeladen, zu prüfen, ob es nicht an der Zeit wäre, die zugehörige Vollziehungsverordnung zu erlassen, um die Möglichkeit zu schaffen, Erkrankungen an Tuberkulose möglichst früh zu erfassen und einer rechtzeitigen Heilung zuzuführen.»

Das Postulat wurde am 21. März 1945 zur Prüfung entgegengenommen.

Ferner reichte Herr Nationalrat Spühler am 28. September 1944 ein Postulat folgenden Wortlauts ein:

«Durch die neuern Verfahren zur Erfassung der Tuberkulosekranken wird die Zahl der bekannten Tuberkulosefälle erheblich zunehmen. Die Durchführung dieser Verfahren hat nur einen Sinn, sofern die ärztliche Behandlung der Kranken oder Gefährdeten und die materielle Sicherung ihrer Familien gewährleistet wird. Der Bundesrat wird deshalb ersucht, folgende Aufgaben zu prüfen und darüber Bericht zu erstatten:

1. Errichtung einer genügenden Zahl von Tuberkuloseheilstätten mit Unterstützung des Bundes.
2. Finanzierung der Tuberkuloseheilung durch Sicherung der ärztlichen Behandlung und des Heilstättenaufenthaltes.
3. Existenzsicherung der Familien der Tuberkulosekranken.
4. Wiedereingliederung der von der Tuberkulose Geheilten in den Arbeitsprozess (z. B. Unterstützung von Halbarbeitsfähigen, Bildung von Tuberkulosesiedlungen).»

Das Postulat wurde ebenfalls am 21. März 1945 zur Prüfung entgegengenommen.

Die Motion und die beiden Postulate stehen in engem Zusammenhang. Sie erstreben eine Verbesserung der Tuberkulosebekämpfung einerseits durch medizinische und andererseits durch sozialpolitische Massnahmen und ergänzen sich auf diese Weise gegenseitig.

Im Hinblick auf die gestellten sozialen Begehren ist in diesem Zusammenhang auch die vom Nationalrat am 22. Juni 1945 und vom Ständerat am 20. Dezember 1945 angenommene Motion Seematter vom 27. September 1943 zu nennen, welche folgenden Wortlaut hat:

«Der Bundesrat wird eingeladen, den eidgenössischen Räten baldmöglichst Bericht und Antrag über die Einführung eines Teilobligatoriums der Krankenversicherung, vor allem für die Minderbemittelten, vorzulegen.»

Mit dem vorliegenden Entwurf zu einem Bundesgesetz über die Ergänzung des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose suchen wir diese Forderungen zu erfüllen, soweit dies unter den gegenwärtigen Verhältnissen möglich ist.

II. Die bisherige Tuberkulosegesetzgebung des Bundes.

Die bisherige Mitwirkung des Bundes bei der Bekämpfung der Tuberkulose beruht auf dem Bundesgesetz vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose*), das in erster Linie ein Subventionsgesetz ist. Es sieht einerseits Vorbeugungsmassnahmen und andererseits Heilungs- und Fürsorgemassnahmen vor. Daneben fördert der Bund die Tuberkuloseversicherung durch Gewährung besonderer Beiträge an die anerkannten Krankenkassen.

1. Soweit der Bund den Kantonen bestimmte Massnahmen vorschreibt, handelt es sich um Vorbeugungsmassnahmen gegen die Weiterverbreitung der Tuberkuloseinfektion, die im Interesse der Allgemeinheit getroffen werden müssen und unter den Begriff der gruppenmedizinischen Aufgaben fallen. Dies geht unter anderem deutlich aus der vorgeschriebenen Meldepflicht (Art. 2) hervor, nach der die Ärzte nur gehalten sind, diejenigen Tuberkulösen den zuständigen Behörden zu melden, die nach dem Stand der Krankheit und nach ihren persönlichen Verhältnissen eine Ansteckungsgefahr bilden. Ferner haben die Kantone nach Art. 3 Vorsorge zu treffen, dass die nötigen Massnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Tuberkulose durch Kranke, die gemäss Art. 2 gemeldet worden sind, durchgeführt werden. Sie haben nach Art. 4 und 5 dafür zu sorgen, dass die Ausscheidungen jeder an Tuberkulose erkrankten oder tuberkuloseverdächtigen Person bakteriologisch untersucht werden können und dass alle von Tuberkulösen, die im Sinne von Art. 2 als gefährlich erkannt worden sind, regelmässig benutzten Räume desinfiziert und sorgfältig gereinigt werden, wenn der Kranke die Wohnung wechselt, wenn er in ein Spital überführt wird oder wenn er stirbt.

Ferner haben die Kantone zur Bekämpfung der Tuberkulose Vorschriften über die Wohnungshygiene aufzustellen und für angemessene Belüftung über Wesen, Gefahren und Verhütung der Tuberkulose zu sorgen (Art. 11 und 12). Als weitere Aufgabe ist ihnen die Sorge für die ärztliche Beobachtung der Kinder und Zöglinge sowie des Lehr- und Pflegepersonals in Schulen und Anstalten überbunden; Personen, die eine Ansteckungsgefahr bilden, sind aus Schulen oder Anstalten zu entfernen (Art. 6).

Nach Art. 14, Abs. 1, gewährt der Bund für die Durchführung der im Vorstehenden aufgezählten Massnahmen den Kantonen Beiträge von 20—25 Prozent ihrer Ausgaben, an die Auslagen für die Unterstützungen des aus den Schulen und Anstalten entfernten Lehr- und Pflegepersonals solche von 50 Prozent.

2. Die Schaffung der für Heilung und Fürsorge nötigen Einrichtungen ist in erster Linie dem Ermessen der Kantone anheimgestellt. So setzt Art. 10 fest, dass die Kantone nach Massgabe des Bedürfnisses und soweit sie es für nötig erachten für die zu diesen Zwecken erforderlichen Einrichtungen sorgen. Die Kantone können einzelne amtliche Aufgaben und Befugnisse, die sich auf

*) A. S. 41, 731.

die Durchführung des Gesetzes beziehen, privaten Fürsorgeorganisationen übertragen. Der Bund fördert auch diese Massnahmen durch Beiträge (Art. 14, Abs. 2). So gewährt er für die Erstellung, Erweiterung und den Erwerb von Anstalten und Heimen sowie deren Einrichtungen Beiträge von 20—25 Prozent der Ausgaben. Die Betriebskosten dieser Anstalten werden mit 10—12 Prozent der reinen Kosten des Pflorgetages subventioniert. Ferner erhalten die Fürsorgestellen und Fürsorgedienste sowie die Vereinigungen zur Bekämpfung der Tuberkulose für ihre Fürsorgetätigkeit Beiträge von 25—33 Prozent ihrer reinen Ausgaben.

3. Art. 15 des Gesetzes bestimmt, dass der Bund den anerkannten Krankenkassen, die für die Behandlung und Pflege Tuberkulöser nach Umfang oder Dauer über die Pflichtleistungen des Krankenversicherungsgesetzes hinausgehende Aufwendungen vorsehen, besondere Beiträge gewähren kann. Das Nähere regelt die Verordnung I vom 19. Januar 1944 über Tuberkuloseversicherung. Als Tuberkulose im Sinne der Verordnung gelten alle Formen der Tuberkulose bei Erwachsenen und Kindern. Bei Kindern ist die Tuberkulosegefährdung und der Verdacht auf Tuberkulose der Erkrankung an dieser gleichgestellt.

In der Krankenpflegeversicherung haben die die Tuberkuloseversicherung betreibenden Kassen ihren Mitgliedern einen täglichen Kurbeitrag an die Kosten des Anstaltsaufenthaltes zu leisten, der für Kinder wenigstens Fr. 2 und für Erwachsene mindestens Fr. 3 betragen muss. In der Taggeldversicherung müssen sie ein Taggeld von wenigstens Fr. 2 ausrichten. Ist ein Mitglied bei der gleichen Kasse sowohl für Arzt und Arznei wie für Krankengeld versichert, so braucht dieses den Betrag von Fr. 1 nicht zu übersteigen. Die Versicherungsleistungen sind vom ersten Tage des Aufenthaltes in einer Heilanstalt an für die Dauer von mindestens 540 Tagen im Laufe von fünf aufeinanderfolgenden Jahren zu gewähren. In der Krankenpflegeversicherung werden dem Mitglied auch Leistungen nach Verlassen der Heilanstalt ausgerichtet. Ordnet der Anstaltsarzt noch ärztliche Kontrolluntersuchungen oder eine Nachbehandlung an, so gehen die entstehenden Krankenpflegeleistungen im Rahmen der statutarischen Leistungsdauer zu Lasten der Tuberkuloseversicherung. Die Kosten hierfür richten sich nach den kantonalen Arzttarifen. Sie werden dem Mitglied nach einem bestimmten Schlüssel auf die Bezugsdauer angerechnet. Eine Auszahlung des versicherten Krankengeldes nach Verlassen der Heilanstalt findet nicht statt. Es gilt ferner der Grundsatz, dass Leistungen für die Heilanstaltsbehandlung nur ausgerichtet werden, wenn sich das Mitglied in einer vom Bund anerkannten Heilanstalt aufhält.

Wegen der Belastung darf die Tuberkuloseversicherung nur von solchen Kassen durchgeführt werden, die mindestens 40 000 Mitglieder zählen. Kleinere Kassen haben sich zu Tuberkuloserückversicherungsverbänden zusammenschliessen, welche ebenfalls mindestens 40 000 Mitglieder umfassen müssen.

Die Bundesbeiträge werden nur den Tuberkuloseversicherungsträgern, nicht den einzelnen rückversicherten Kassen ausgerichtet. Sie betragen in der Krankenpflegeversicherung 50 Prozent des von der Kasse gewährten täglichen Kurbeitrages, höchstens jedoch Fr. 1.50 für Kinder und Fr. 2 für Erwachsene, in der Krankengeldversicherung 50 Prozent des ausbezahlten Taggeldes, höchstens jedoch Fr. 2 im Tag. Sie werden für Kinder vom 91. und für Erwachsene vom 151. Tag des Aufenthaltes in einer Heilanstalt an gewährt, und zwar so lange, als der Versicherungsträger wenigstens die minimalen Kurbeiträge und Tagelder der Tuberkuloseversicherung ausrichtet. Infolge dieser Bestimmung und der vorhin erwähnten Abstufung der Bundesbeiträge haben die meisten Tuberkuloseversicherungsträger und rückversicherten Kassen in ihren Statuten die vorgesehene Leistungsdauer über die gesetzliche Mindestanforderung von 540 Tagen hinaus auf 720 Tage innerhalb von fünf Jahren verlängert und die täglichen Minimalleistungen in der Pflegeversicherung von Fr. 2 auf Fr. 3 für Kinder und von Fr. 3 auf Fr. 4 für Erwachsene erhöht.

Die Verordnung I ist durch eine Verordnung II vom 16. Juni 1947 über Tuberkuloseversicherung teilweise abgeändert und ergänzt worden. Da aber die Verordnung I zur Zeit noch in Kraft ist, haben wir in diesem Abschnitt über die gegenwärtige Tuberkulosegesetzgebung die geltende Regelung dargestellt. Die neuen Bestimmungen der Verordnung II werden wir erst im nachstehenden Abschnitt VI über die Ergänzungen zu der bisherigen Regelung unter Ziff. 2, lit. h, näher erläutern. Die Kassen können zwar bereits vom 1. Juli 1947 an die gegenüber der Verordnung I erhöhten Minimalleistungen der Tuberkuloseversicherung gewähren, sind jedoch erst vom 1. Januar 1948 an dazu verpflichtet. Die Auswirkungen der Verordnung II werden sich somit erst nach und nach geltend machen.

III. Die Tuberkulosehäufigkeit in der Schweiz.

1. Die Sterblichkeit an Tuberkulose.

Über die Tuberkulosesterblichkeit in der Schweiz von 1891 bis 1945 orientiert die nachstehende Tabelle.

An Tuberkulose Gestorbene in der Schweiz
(1891—1945)

Jahr	Lungentuberkulose		Übrige Tuberkulose		Total	
	absolut	auf 10 000 Einwohner	absolut	auf 10 000 Einwohner	absolut	auf 10 000 Einwohner
1891—1895	6056	20,6	2050	7,4	8106	28,0
1896—1900	6131	19,4	2217	7,4	8348	26,8
1901—1905	6397	19,0	2631	8,1	9028	27,1
1906—1910	6144	17,1	2527	7,2	8671	24,3
1911—1915	5515	14,5	2210	6,0	7725	20,5
1916—1920	5481	14,3	2092	5,0	7573	19,3
1921—1925	4539	11,61	1532	3,91	6071	15,5
1926—1930	4080	10,18	1342	3,34	5430	13,5
1931—1935	3369	8,16	1019	2,60	4466	10,8
1936	3052	7,30	839	2,20	3941	9,5
1937	2770	6,60	857	2,10	3627	8,7
1938	2616	6,22	834	1,97	3450	8,2
1939	2569	6,12	802	1,91	3371	8,0
1940	2455	5,83	848	2,01	3303	7,8
1941	2515	5,90	857	2,00	3372	7,9
1942	2652	6,20	882	2,03	3534	8,3
1943	2503	5,8	801	1,8	3304	7,6
1944	2709	6,2	834	1,9	3543	8,1
1945	2842	6,45	778	1,77	3620	8,3

Während in den Jahren 1891—1895 von 10 000 Einwohnern im Jahresdurchschnitt etwa 28 Personen an Tuberkulose starben, waren es im Jahre 1943, das die niedrigste je erreichte Tuberkulosemortalität aufweist, noch 7,6 Personen auf 10 000 Einwohner. Zeigt sich daraus auch ein erfreulicher Fortschritt, so darf man sich doch nicht über die Zahl der Opfer täuschen, welche die Krankheit heute noch in unserem Lande fordert; es sind jährlich immer noch etwa 3500 Menschen, die ihr erliegen.

Vergleicht man die Sterblichkeit an Tuberkulose mit derjenigen an allen übrigen Todesursachen, so kann festgestellt werden, dass ihr Rückgang stärker ist als derjenige der übrigen Sterblichkeit. So weisen zum Beispiel die Kinder unter einem Jahr 1940—1943 eine um über 90 Prozent geringere Tuberkulosesterblichkeit auf als zu Beginn des Jahrhunderts, während ihre Sterblichkeit an den übrigen Todesursachen im gleichen Zeitraum um knapp 70 Prozent abgenommen hat. Selbst in der höchsten Altersklasse, bei den über 70jährigen, beträgt der Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit im gleichen Zeitraum noch 36,5 Prozent, gegenüber einer Verminderung der Sterblichkeit an den übrigen Todesursachen um 20 Prozent. Von den männlichen Säuglingen sterben in der letzten Zeit etwa siebenmal, von den weiblichen etwa neunmal weniger an tuberkulösen Erkrankungen der Lungen als zu Beginn des Jahrhunderts. Auch die Lungentuberkulose der Kleinkinder im Alter von ein bis vier Jahren

fordert heute weit weniger Opfer; hier ist die Verbesserung noch deutlicher als bei den Säuglingen: die Sterblichkeit ist bei den Knaben auf einen Neuntel, bei den Mädchen fast auf einen Zehntel des Wertes von 1901/02 abgesunken. Diese vorzüglichen Resultate werden noch übertroffen von der Verbesserung, welche die Säuglingssterblichkeit bei extrapulmonalen Tuberkuloseformen aufweist, indem heute über zehnmal weniger Kinder im ersten Lebensjahr an Tuberkulose anderer Organe als der Lungen sterben als 1901/02.

Im Verhältnis der Tuberkulosesterblichkeit der einzelnen Altersklassen haben sich auffallende Wandlungen vollzogen. Bei den Männern wiesen von jeher die 60- bis 69jährigen die höchste Tuberkulosesterblichkeit auf, in der neuesten Zeit verschiebt sich das Maximum deutlich in die noch höhere Altersklasse der über 70jährigen. Bei den Frauen zeigt sich die gleiche Erscheinung, ausserdem ergibt sich bei ihnen aber noch eine wichtigere Veränderung: Bis etwa 1930 wurde die Sterblichkeit der alten Frauen an Lungentuberkulose von derjenigen der 20- bis 29jährigen übertroffen, heute liegt das Maximum eindeutig bei den über 70 Jahre alten Frauen.

2. Die Erkrankungshäufigkeit an Tuberkulose.

Bedeutend schwieriger ist es, sich über die Zahl der Erkrankungen an Tuberkulose ein einigermaßen genaues Bild zu machen. Das Tuberkulosegesetz vom 13. Juni 1928 verpflichtet die Ärzte nur dann, einen Tuberkulosefall den zuständigen Behörden anzumelden, wenn «der Kranke nach dem Stand der Krankheit und seinen persönlichen Verhältnissen eine Ansteckungsgefahr bildet». Wir kennen daher die Zahl der Bazillen ausscheidenden, «bazillären» Tuberkulosen in unserem Lande nur ganz unvollständig. Das Bild wird um so ungenauer, als sehr oft auch Kranke, die keine Bazillen ausscheiden, also an «geschlossener Tuberkulose» leiden, von den Ärzten angezeigt werden. Die Zahl der amtlich gemeldeten Fälle von Tuberkulose betrug in den letzten zehn Jahren:

Jahr	Angezeigte Fälle	Jahr	Angezeigte Fälle
1936.	3726	1941.	3477
1937.	3176	1942.	3782
1938.	2857	1943.	4374
1939.	2777	1944.	4304
1940.	3127	1945.	4827

Nach einem konstanten Rückgang, der von 1936 bis 1939 fast 1000 Fälle ausmachte, begann 1940 ein anhaltender Anstieg, und 1945 wurden über 2000 Erkrankungen mehr angezeigt als 1939. Diese anscheinende Zunahme muss aber unter mehreren Vorbehalten betrachtet werden. Einmal wurden während des Krieges zahlreiche Kranke, die unter normalen Verhältnissen zu Hause gepflegt und nicht angezeigt worden wären, infolge Ernährungs-, Heizungs- und Pflegeschwierigkeiten hospitalisiert und dann gemeldet. Dann

setzten seit 1943 auch die Schirmbilduntersuchungen ein, und 1943/44 wurde die ganze Armee durchleuchtet. Zieht man in Betracht, dass allein die Armeedurchleuchtung 395 Offentuberkulose entdeckte, dann ist ohne weiteres klar, dass von den 592 Fällen, die 1943 mehr gemeldet wurden als 1942, ein grosser Teil der besseren Erfassung und nicht einer erhöhten Erkrankungshäufigkeit zuzuschreiben ist.

Die aus der gesetzlichen Meldepflicht hervorgehenden Zahlen haben somit nur einen ganz beschränkten Vergleichswert. Sie mögen als absolute Zahlen einen Begriff von der Bedeutung der Tuberkulose geben, können aber nicht zu exakten Vergleichen benutzt werden.

Auch die folgende Tabelle «Übersicht über die Besetzung der anerkannten antituberkulösen Anstalten» soll lediglich dazu dienen, dieses Bild zu ergänzen; sie lässt aber keinen Schluss auf die effektive Zahl der Tuberkulosekranken zu, weil sie die zu Hause oder in Anstalten, die auf Grund des Tuberkulosegesetzes nicht subventionsberechtigt sind, gepflegten Patienten nicht erfasst, andererseits Patienten, die während des gleichen Jahres in mehreren Anstalten oder wiederholt in derselben Anstalt waren, mehrfach gezählt sind.

Übersicht über die Besetzung der anerkannten antituberkulösen Anstalten.

Jahr	Volkshelstätten für Erwachsene und Kinder			Tbc-Pavillons			Präventorien und Arbeitshelstätten für Erwachsene und Kinder, Erholungsheime		
	*)Z.	B.	P.	Z.	B.	P.	Z.	B.	P.
1935	30	3481	7 789	4	143	308	15	711	3367
1944	33	4268	10 815	3	112	301	15	ca. 950	4389
	+3	+787	+3 026	-1	-31	-7		+ ca. 239	+ 1022

*) Z = Zahl,
B = Betten,
P = verpflegte Patienten.

Jahr	Kinderheilstätten			Präventorien und Erholungsheime für Kinder			Nur Tags geöffnete Anstalten		Spitalabteilungen	
	*) Z.	B.	P.	Z.	B.	P.	Z.	P.	Z.	P.
1935	7	785	1941	38	2188	6649	16	1741	88	6696
1944	9	849	2559	37	1450	7980	12	1181	86	6847
	+2	+114	+618	-1	-788	+1231	-4	-560	-2	+151

*) Z = Zahl,
B = Betten,
P = verpflegte Patienten.

Schliesslich besitzen wir auf Grund einer ausserordentlich gründlichen Arbeit, die 1945 im Kanton Zürich durchgeführt wurde, Angaben über die Tuberkulosehäufigkeit, die sich auf sehr genaue Erhebungen stützen und über die wirklichen Verhältnisse wenigstens eines Kantons ein möglichst vollständiges Bild geben. Dieser Kataster umfasst:

- a. alle an einem (theoretischen) Stichtag des Jahres 1945 wegen Tuberkulose hospitalisierten Kantonseinwohner,
- b. alle während des Jahres 1945 in den Fürsorgestellen kontrollierten Personen mit einer primären, sekundären oder extrathorakalen Tuberkulose, die während der letzten 5 Jahre Zeichen der Aktivität gezeigt, oder mit einer tertiären Tuberkulose, die während der letzten 10 Jahre Aktivitätszeichen aufgewiesen hatte.

Die Aufstellung ist insofern unvollständig, als sie die bei Privatärzten in Behandlung stehenden, den Fürsorgestellen nicht bekannten Tuberkulösen nicht erfasst. Ferner finden sich darin diejenigen Patienten nicht verzeichnet, die während der letzten 5 bis 10 Jahre wohl eine aktive Tuberkulose durchmachten, unterdessen aber geheilt wurden und aus der Kontrolle der Fürsorgestellen ausgetreten sind. Die Untersuchung hat ergeben, dass sich 1945 1474 Einwohner des Kantons Zürich in Anstaltsbehandlung und 5096 in Kontrolle der Fürsorgestellen befanden. Im ganzen wurden auf diese Art 6750 tuberkulöse Kantonseinwohner ermittelt, wovon $\frac{2}{5}$ Männer, $\frac{2}{5}$ Frauen und $\frac{1}{5}$ Kinder bis zu 15 Jahren. Die am stärksten vertretene Altersklasse ist diejenige der 20- bis 30jährigen, die 22,8 Prozent der Kranken ausmacht. Die derart festgestellten Tuberkulösen machen 9,43 Promille der Gesamtbevölkerung aus. Es wird geschätzt, dass diese Zahl ungefähr die Hälfte aller tuberkulösen Kantonseinwohner umfasst und dass im ganzen Kanton mit etwa 12 000 Personen gerechnet werden muss, die zurzeit wegen Tuberkulose hospitalisiert sind oder wegen aktiver Tuberkulose in ärztlicher Kontrolle stehen.

Alle bisher genannten Angaben erstrecken sich lediglich auf diejenigen Tuberkulösen, deren Krankheit auf Grund ihrer Symptome erkannt wurde und die infolgedessen in ärztliche Behandlung gelangten. Die Reihenuntersuchungen, die in den letzten Jahren in der Schweiz durchgeführt wurden, erlauben uns, den Überblick zu ergänzen. Der Stand der Röntgendiagnostik gestattet heute, ganze Bevölkerungsgruppen zu untersuchen, um auch diejenigen Tuberkulösen aufzufinden, die bei symptomarmem oder symptomlosem Verlauf dem Kranken selber unbekannt sind, also «den Kranken unter den Gesunden» zu suchen. Erst die Ergebnisse solcher Massenuntersuchungen, von denen später noch zu sprechen sein wird, ermöglichen, sich ein wirkliches Bild von der effektiven Tuberkulosehäufigkeit zu machen. Unter 3102 von Schinz untersuchten Angehörigen der Metallindustrie wurden 4 (0,12 Prozent) vorher unbekannte Offentuberkulöse und 17 (0,55 Prozent) Patienten mit unbekannter aktiv geschlossener Tuberkulose gefunden. Schinz und Markoff fanden bei 1502 untersuchten Angehörigen der Verwaltung und Mittelschule eines Kantons

0,2 Prozent offene und 0,8 Prozent geschlossene aktive Tuberkulosen. Ott stellte auf 11 000 Untersuchte verschiedener Industrien 0,27 Prozent nicht vorbekannte offene, 0,37 Prozent aktiv geschlossene und 0,55 Prozent latente aktive Tuberkulosen fest. Die grösste in der Schweiz je durchgeführte Reihenuntersuchung, die Armeedurchleuchtung 1943/44, ergab bei 516 879 Durchleuchteten 395, das sind 0,76 Promille offene Tuberkulosen, 572 = 1,11 Promille aktiv geschlossene und 1641 = 3,17 Promille inaktive Tuberkulosen. Es muss dabei in Rechnung gesetzt werden, dass es sich bei den genannten Untersuchten um Arbeitsfähige, anscheinend gesunde Personen handelte, bei der Armee sogar um Leute, die nach mehreren Voruntersuchungen (Rekrutenuntersuchung, Eintrittsmusterungen, Beobachtung im Dienst) als tauglich für die Anforderungen des Militärdienstes galten. Die Untersuchten stellten somit schon eine gewisse Auslese dar. Nicht mehr Arbeitsfähige, alte Leute, Invalide, Anstaltsinsassen und ähnliche Bevölkerungsgruppen, unter denen erfahrungsgemäss die Tuberkulose besonders häufig auftritt, waren bei diesen Untersuchungen zum vornherein ausgeschaltet. Daher kommt Steiger, der über die Untersuchungen bei einer ganz gemischten Bevölkerung berichtet, die ausser Fabrikbelegschaften und Schulen auch ein ganzes Quartier umfassten, auf höhere Prozentzahlen und rechnet bei der über 15 Jahre alten Gesamtbevölkerung mit einem Tuberkulose-Durchseuchungsgrad von 0,46 Prozent offenen und 0,62 Prozent aktiv geschlossenen Tuberkulosen.

Nach den unsichern Angaben der Morbiditätsstatistik ist die Frage, ob die Tuberkulose während des zweiten Weltkrieges in der Schweiz zugenommen hat, schwer zu beantworten. Vermehrte Hospitalisation und vor allem eine viel bessere Erfassung können eine scheinbare Zunahme vortäuschen. Rechnet man nur sämtliche seit 1943 durchgeführten Schirmbildaufnahmen bei Zivilbevölkerung und Armee und die Armeedurchleuchtungen zusammen, so ergibt sich bis Oktober 1946 allein daraus eine Zahl von über 900 000 Röntgenuntersuchungen der Lungen, zu denen noch weitere Tausende, von Privatärzten, Fürsorgestellen und Schulärzten vorgenommene Untersuchungen zuzurechnen sind. Die Mortalitätsstatistik zeigt lediglich in den letzten zwei Kriegsjahren eine leichte Zunahme der Tuberkulosesterblichkeit, andererseits weist das Kriegsjahr 1943 den tiefsten je erreichten Stand auf. Als Ganzes zeigt die Periode der Kriegsjahre einen noch nie erreichten Tiefpunkt der Tuberkulosemortalität. Mortalität und Morbidität brauchen aber keineswegs parallel zu gehen. Einem Anstieg der Erkrankungshäufigkeit kann nach einiger Zeit eine Zunahme der Sterblichkeit folgen, andererseits ist es auch möglich, dass die verbesserte Therapie und vor allem die Erfassung der Kranken in einem Stadium, wo die Tuberkulose noch gute Heilungsaussichten bietet, zu erreichen vermögen, dass trotz vermehrter Erkrankungen keine oder nur eine unbedeutende Mortalitäts-erhöhung auftritt.

Schliesslich soll nicht vergessen werden, dass die durch den Krieg bedingte erhöhte Tuberkulosegefährdung heute noch keineswegs überwunden ist. Wenn auch mehrere, die Tuberkulose begünstigende Einflüsse, wie die knappe Er-

nahrung, die körperliche und nervöse Überbelastung und die durch die Mobilisation veränderten Lebens- und Umgebungsbedingungen viel von ihrer Bedeutung verloren haben mögen, so besteht dafür die Gefahr vermehrter Einschleppung aus dem Auslande, die während des Krieges ausgeschaltet war. Sie ist nach allen Berichten, die über eine besorgniserregende Zunahme der Tuberkulose in den vom Krieg heimgesuchten Ländern vorliegen, nicht zu unterschätzen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Problem der Tuberkulosebekämpfung in der Tat auch heute noch von grosser Bedeutung für die Volksgesundheit ist. Die Erfolge haben zwar die Berechtigung der bisherigen Massnahmen bewiesen, sie schaffen aber auch die Verpflichtung, die vorhandenen Möglichkeiten noch besser auszunützen. Technische Fortschritte der letzten Jahre haben nun Wege zur Früherkennung der Krankheit und zur Vermeidung von Neuinfektionen erschlossen, welche die Aussicht eröffnen, die Resultate der Tuberkulosebekämpfung noch weitgehend zu verbessern. Bevor wir auf diese Möglichkeiten näher eingehen, geben wir im folgenden Abschnitt zur Beleuchtung der volkswirtschaftlichen Bedeutung der Tuberkulose einen Überblick über die finanziellen Auswirkungen der bisherigen Massnahmen.

IV. Die bisherigen finanziellen Aufwendungen.

1. Meldewesen, bakteriologische Untersuchungen, Desinfektionen, Wohnungskontrolle, Schuluntersuchungen, ärztliche Überwachung von Pflegekindern.

Aufwendungen	1944 Fr.	Jahresdurchschnitt 1940/44 Fr.
Ausgaben der Kantone und Gemeinden	1 265 018	1 047 969
Daran ausgerichtete Bundesbeiträge . .	111 487	83 843

2. Entschädigung an tuberkuloses Lehrpersonal.

Aufwendungen	1944 Fr.	Jahresdurchschnitt 1940/44 Fr.
Ausgaben	85 628	68 104
Daran ausgerichtete Bundesbeiträge . .	23 935	19 484

3. Bau, Erwerb, Einrichtung von Anstalten.

Aufwendungen	1944 Fr.	Jahresdurchschnitt 1940/44 Fr.
Ausgaben	ca. 4 000 000	1 755 000
Daran ausgerichtete Bundesbeiträge . .	517 412	251 694

4. Betriebskosten der Anstalten.

Aufwendungen	1944 Fr.	Jahresdurchschnitt 1940/44 Fr.
Ausgaben	18 972 708	15 203 062
Daran ausgerichtete Bundesbeiträge . .	1 185 098	1 005 870

5. Tuberkuloseorganisationen.

Aufwendungen	1944 Fr.	Jahresdurchschnitt 1940/44 Fr.
Ausgaben	3 831 240	3 439 261
Daran ausgerichtete Bundesbeiträge . .	966 898	900 546

6. Weitere Bundesbeiträge.

Aufwendungen	1944 Fr.	Jahresdurchschnitt 1940/44 Fr.
Schweizerische Vereinigung gegen die Tuberkulose, Bundesbeitrag	20 000	16 400
Schweizerisches Forschungsinstitut Da- vos, Bundesbeitrag	20 000	14 000

7. Leistungen der Tuberkuloseversicherung.

Am 31. Dezember 1945 bestanden 6 Tuberkuloserückversicherungsverbände, denen 426 Krankenkassen angeschlossen waren, und 9 als Tuberkuloseversicherungsträger anerkannte Krankenkassen. Sie umfassten zusammen 1 870 951 Versicherte von insgesamt 2 524 599 Mitgliedern, die in 1150 Krankenkassen versichert waren. Daraus ergibt sich, dass zwar nur etwa ein Drittel der anerkannten Krankenkassen die Tuberkuloseversicherung eingeführt haben, dass aber rund drei Viertel der Kassenmitglieder gegen Tuberkulose versichert sind. Im Verhältnis zur Bevölkerung waren am 31. Dezember 1945 42,5 Prozent gegen Erkrankung an Tuberkulose versichert. Seither hat sowohl die Zahl der Kassen mit Tuberkuloseversicherung als auch der Tuberkuloseversicherten beträchtlich zugenommen.

Im Jahre 1945 sowie im Durchschnitt der Jahre 1940—1944 machten die Leistungen der Tuberkuloseversicherungsträger folgende Beträge aus:

Aufwendungen	1945 Fr.	Jahresdurchschnitt 1940/44 Fr.
Ausgaben der Krankenkassen für Tu- berkuloseversicherung	6 268 201	3 702 591
Daran ausgerichtete Bundesbeiträge . .	1 492 496	816 910

Nicht inbegriffen sind in diesen Leistungen die Ausgaben der der Tuberkuloseversicherung nicht angeschlossenen Krankenkassen, die bei tuberkulöser Erkrankung eines ihrer Mitglieder lediglich die gewöhnlichen, statutarischen Kassenleistungen gewähren, d. h. die Kosten für Arzt und Arznei sowie ein allfälliges Krankengeld. Diese Leistungen lassen sich nicht ermitteln, da sie von den Kassen in der Regel nicht besonders ausgeschieden werden.

8. Die nachstehende Übersicht zeigt die Gesamtausgaben der Kantone, Gemeinden, Fürsorgeorganisationen und Krankenkassen für die Tuberkulose und die daran geleisteten Bundesbeiträge von 1935—1944 (in 1000 Franken):

Jahr	Ausgaben der Kantone, Gemeinden und Organisationen	Krankenkassen	Bundesbeiträge
1935	17 382	1356	2371
1936	17 168	1713	2386
1937	17 285	1786	2337
1938	17 794	1692	2331
1939	17 642	2113	2385
1940	16 160	2637	2494
1941	18 997	2974	2621
1942	21 453	3510	2941
1943	22 805	4216	3375
1944	27 154	5173	4037

Innerhalb von zehn Jahren ergab sich eine Vermehrung der Ausgaben der Kantone, Gemeinden und Fürsorgeorganisationen um 9 772 000 und der Krankenkassen um 3 816 000 Franken; die daran ausgerichteten Bundesbeiträge stiegen um 1 666 000 Franken. In Wirklichkeit sind die für die Tuberkulose aufgewendeten Mittel noch weit höher, weil in den angeführten Zahlen die nicht subventionsberechtigten Ausgaben der öffentlichen Wohlfahrt, z. B. der Armenpflege an die bedürftigen Tuberkulösen und ihre Familien, nicht inbegriffen sind.

V. Die neuen Möglichkeiten zur Früherfassung der Lungentuberkulose.

1. Ursprünglich beschränkten sich die Anstrengungen zur Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose in erster Linie auf allgemeinhygienische Massnahmen. Durch verbesserte Umgebungshygiene und durch Hebung des körperlichen Allgemeinzustandes sollte die Anfälligkeit gegen die Tuberkulose herabgesetzt werden. Mit der Entwicklung der Röntgentechnik ergab sich die Möglichkeit, tuberkulöse Frühstadien in einem Moment zu entdecken, wo sie mit andern Untersuchungsmethoden nicht fassbar waren. Andererseits erlaubte das Röntgenverfahren, erfolgreiche Umgebungsuntersuchungen durchzuführen, das heisst, überall da, wo ein Offentuberkulöser festgestellt wurde, seine Umgebung nach infizierten Personen abzusuchen, oder umgekehrt bei Entdeckung eines Tuberkulosekranken nach der Quelle zu forschen, die für seine

Infektion verantwortlich gemacht werden musste. Die Ergebnisse führten dazu, wieder viel mehr Wert auf die Erkenntnis zu legen, dass die Tuberkulose eine Infektionskrankheit ist und als solche bekämpft werden muss. Ein weiterer, durch die Röntgenmethode ermöglichter Schritt bestand darin, nicht mehr nur da, wo eine entdeckte Tuberkulose Verdacht auf weitere Fälle in der Umgebung hervorrufen musste, nach versteckten Tuberkulosen zu suchen, sondern systematisch ganze Personengruppen zu durchleuchten, auch wenn kein besonderer Verdachtsgrund vorlag. Meist handelte es sich bei diesen Serien- oder Reihendurchleuchtungen um die Untersuchung besonders gefährdeter Altersstufen. Den Anfang bildeten Rekruten- und Studentendurchleuchtungen, denen später Schul- und Fabrikuntersuchungen folgten. Schliesslich erstreckte sich in einzelnen Fällen die Untersuchung auf ganze Dörfer; die grösste Reihendurchleuchtung bildete die Armeeuntersuchung 1943/44.

Die Reihenuntersuchungen bestätigten immer wieder die Beobachtung, dass in allen Kreisen der Bevölkerung tuberkulöse Streuer vorhanden sind, d. h. Personen mit einer offenen, bazillenausscheidenden Lungentuberkulose, die in völliger Unkenntnis ihrer Krankheit und ihrer Gefährlichkeit für die Umgebung leben. Das sprechendste Resultat ergab die Armee mit gegen 400 Offentuberkulösen. Den Beweis für die Gefahr, die diese Kranken darstellen, leistete nicht nur die Armee, wo eine ganze Anzahl von Infektionsketten, die von Streuern ausgingen, nachgewiesen werden konnte, sondern auch in der Zivilbevölkerung liessen sich zahlreiche, diese Tatsache beweisende Untersuchungen durchführen. Diese Feststellungen zwangen zum Schluss, dass die besten Resultate in der Tuberkuloseverhütung dann zu erreichen sind, wenn nicht mehr bloss bestimmte Gruppen der Bevölkerung einer Untersuchung unterworfen werden, sondern die ganze Bevölkerung als durch unbekannte Streuer gefährdet angesehen und nach solchen abgesucht wird. Damit war der Schritt von der Serienuntersuchung bestimmter Gruppen zur Untersuchung der Gesamtbevölkerung vorgezeichnet.

2. Die technischen Voraussetzungen für die Untersuchung grosser Bevölkerungsgruppen sind heute erfüllt. Durch die Entwicklung der Schirmbildphotographie wurde in den letzten Jahren eine Untersuchungsmethode ausgebaut, die erlaubt, im Vergleich zur Durchleuchtung nicht nur viel grössere Zahlen von Personen in kurzer Zeit zu untersuchen, sondern die Untersuchungen auch finanziell tragbar macht. Die wichtigsten Unterschiede zwischen Durchleuchtung und Schirmbildphotographie sind folgende: Bei der Durchleuchtung treffen die Röntgenstrahlen nach Passieren der zu untersuchenden Organe auf einen Schirm und bringen ihn zum Aufleuchten (Leuchtschirm). Der Durchleuchter kann sich vom festgestellten Befund Notizen oder eine Skizze anfertigen. Abgesehen von der dadurch entstehenden Mehrarbeit, die besonders bei Reihenuntersuchungen sehr ins Gewicht fällt, bilden diese Aufzeichnungen aber kein genaues Dokument und sind für den Vergleich mit spätern Befunden nur von beschränktem Wert. Nachteilig bei der Durchleuch-

tion ist ferner, dass sie im verdunkelten Raum vorgenommen werden muss, wobei das Auge nur über einen Bruchteil seiner Sehschärfe verfügt. Trotz sorgfältiger Schutzmassnahmen besteht besonders bei langdauernden Reihenuntersuchungen immer eine gewisse Gefahr der Strahlenschädigung für den Durchleuchter. Die Untersuchungen sind recht anstrengend, und das Untersuchungsergebnis kann durch Ermüdung des Durchleuchters beeinträchtigt werden. Aus diesen Gründen bestand bei der Armee die Vorschrift, dass ein Durchleuchter im halben Tag nicht mehr als 60 Durchleuchtungen durchführen durfte. Vorteilhaft ist bei der Durchleuchtung, dass sie erlaubt, die Untersuchung in mehreren Richtungen vorzunehmen und die Organe in der Bewegung zu beobachten.

Technische und vor allem finanzielle Gründe machten es bis zur Einführung der Schirmbildphotographie unmöglich, bei der Untersuchung grosser Personenzahlen von jedem Untersuchten ein Röntgenbild herzustellen, weil man bis dahin ausschliesslich auf die sogenannte Grossaufnahme angewiesen war. Diese wird auch weiterhin für die Abklärung krankhafter oder verdächtiger Durchleuchtungs- oder Schirmbildbefunde reserviert bleiben.

Das Schirmbildverfahren ist im Prinzip eine Durchleuchtung, bei der aber das auf dem Leuchtschirm erscheinende Bild nicht von einem Durchleuchter beobachtet, sondern fotografiert wird. Gleichzeitig mit dem Leuchtbild wird der Kopf einer Personalkarte fotografiert, auf der die Personalien des Untersuchten verzeichnet sind, so dass Verwechslungen der einzelnen Aufnahmen verhütet werden. Die Leistungsfähigkeit des Verfahrens ist sehr gross; es können in der Stunde 150 bis 180, beim Militär dank straffer Organisation sogar über 200 Aufnahmen gemacht werden. Die Anwesenheit eines Arztes ist während der Aufnahmen nicht nötig. Fahrbare Schirmbildanlagen, von denen auch in der Schweiz bereits Gebrauch gemacht wird, erlauben, Fabrikbetriebsstätten im Fabrikareal mit ganz geringem Verlust an Arbeitszeit zu untersuchen und der Land- und Bergbevölkerung auch entlegener Gegenden nachzugehen.

Die entwickelten Filme werden ausgewertet, d. h. die einzelnen Bilder in der Vergrösserung beurteilt. Hier ergeben sich nun deutliche Vorteile gegenüber der Durchleuchtung: Die Auswertung kann zu einem beliebigen Zeitpunkt vorgenommen werden, die Gegenwart des Untersuchten ist nicht nötig. Es können sich mehrere Ärzte gleichzeitig an der Beurteilung beteiligen, das Bild kann im Gegensatz zur beschränkten Durchleuchtungszeit beliebig lange und wiederholt betrachtet werden. Das Auge des Beobachters ist nicht auf Dämmersehen eingestellt, die starke Beeinträchtigung der Sehschärfe fällt weg. So ist es möglich, dass das Schirmbild mehr zeigt, als ein Durchleuchter sieht. Die Aufnahme bildet ein Dokument, das jederzeit wieder zur Verfügung steht, was nicht nur medizinisch, sondern auch versicherungsrechtlich von Bedeutung ist. Ausschlaggebend für den Wert des Schirmbildverfahrens ist, dass die Filme von geübten und in dieser Tätigkeit besonders ausgebildeten Ärzten ausgewertet werden.

Immer wieder zu betonen ist, dass die Auswertung meist nicht zu einer definitiven Diagnose führt, sondern dass ihre Aufgabe nur darin besteht, die Personen festzustellen, die krank oder verdächtig und daher einer genauen Abklärungsuntersuchung zuzuführen sind. Es handelt sich bei der Schirmbildphotographie also um ein ausgesprochenes Suchverfahren mit dem Zweck, aus einer Grosszahl von Gesunden die Kranken oder Verdächtigen herauszusieben. Je nach der Lage des Falles wird die Abklärung vom Hausarzt, vom Spezialisten, von einer Fürsorgestelle oder in einem Spital vorgenommen. Wichtig ist, dass dabei der Hausarzt wenn immer möglich beteiligt ist, weil er die persönliche Vorgeschichte des Patienten und seiner Familie kennt. Daher setzt eine erfolgreiche Durchführung der Schirmbilduntersuchungen die enge Zusammenarbeit verschiedenster Stellen voraus: Als Massensuchverfahren erfordert sie in erster Linie eine gründliche Organisation, die von den verschiedensten Stellen, Behörden, Arbeitgebern, Fürsorgestellen usw. getroffen werden muss. Für die Auswertung ist die Arbeit von spezialisierten Ärzten unerlässlich. Die Abklärungsuntersuchungen sind dagegen nicht mehr als Massenuntersuchungen, sondern ganz individuell durch den vom Patienten gewählten Arzt vorzunehmen. Die freie Arztwahl muss daher für sie als Grundsatz gelten. Ferner ist darauf zu achten, dass das ärztliche Geheimnis so weit wie möglich gewahrt wird. Die festgestellten Befunde sind von den Auswertestellen nur dem Untersuchten oder dem von ihm bezeichneten Arzt mitzuteilen.

3. Seit November 1943, wo der erste Schirmbildapparat in der Schweiz in Betrieb genommen wurde, bis Oktober 1946 wurden ca. 350 000 Aufnahmen bei der Zivilbevölkerung und ca. 60 000 bei Militärpersonen gemacht. Hauptsächlich wurden das Personal grosser Betriebe und Schulen untersucht. Bereits besitzen mehrere Kantone Schirmbildeinrichtungen. Je nach den örtlichen Bedingungen, der Organisation des Sanitätswesens und der Tuberkulosebekämpfung ist in den einzelnen Kantonen auch die Organisation der Untersuchungen verschieden.

In Genf ist die Schirmbildzentrale der medizinischen Universitätspoliklinik angegliedert und wird von deren Ärzten betreut. Die Auswertung besorgen Ärztetequipen, die sich aus praktizierenden Spezialisten zusammensetzen. Die Abklärung der krankhaften Befunde geschieht ebenfalls in der Poliklinik. Ist die Diagnose sichergestellt, so wird der Patient dem Arzt seiner Wahl oder der Tuberkulosefürsorgestelle überwiesen. Diese Zusammenarbeit hat sich bei einer Zahl von ca. 30 000 Untersuchungen bis jetzt sehr gut bewährt. Genf bietet das Beispiel einer weitgehend zentralisierten Organisation, die nur in einem Stadtkanton mit verhältnismässig geringer, auf ein kleines Gebiet verteilter Landbevölkerung durchführbar ist.

Ein völlig verschiedenes Vorgehen musste im Kanton Wallis eingeschlagen werden, wo die örtlichen Verhältnisse keine Zentralisation erlauben. Der Kanton besitzt eine transportable Schirmbildanlage, deren Bedienungspersonal vom Kanton angestellt ist und die Aufnahmen in den Dörfern durch-

führt. Apparat und Bedienungspersonal sind in ständiger Zirkulation begriffen. Die Filme werden von den Ärzten des kantonalen Sanatoriums ausgewertet, die Abklärungsuntersuchungen von den praktizierenden Ärzten des Kantons durchgeführt. Die Zahl der Aufnahmen beträgt bis jetzt ca. 24 000.

Der Kanton Zürich mit seiner grossen, teils städtischen, teils ländlichen Bevölkerung führt die Untersuchungen mit zwei verschiedenen Organisationen durch. Für das Stadtgebiet besteht eine dem Stadtarzt unterstellte Schirmbildzentrale. Für das Land steht eine fahrbare Schirmbildanlage mit Auskleidewagen zur Verfügung. Die Zahl der bis Ende 1946 durchgeführten Aufnahmen beträgt ca. 54 000; für das Jahr 1947 sind rund 85 000 Aufnahmen geplant. Schliesslich sei noch die Schirmbildorganisation des Kantons Luzern erwähnt, die ihre Tätigkeit nicht nur auf ihr eigenes Kantonsgebiet beschränkt, sondern auch Nachbarkantonen, für die eine besondere Apparatur nicht in Frage kommt, zur Verfügung steht und über 20 000 Aufnahmen besitzt.

Diese Beispiele mögen genügen, um die verschiedenen Möglichkeiten zu zeigen, die Organisation den örtlichen Verhältnissen anzupassen. Weitere Schirmbildstellen bestehen im Kanton Aargau (55 000 Untersuchungen), Basel-Stadt (80 000), Freiburg (54 000), Neuchâtel (82 000), St. Gallen (9000), Solothurn (80 000) und Waadt (14 000). (Oktober 1946.)

Die Bevölkerung stellt sich bei guter Aufklärung zu den Untersuchungen meist sehr aufgeschlossen ein; es ist zweifellos unter anderem das Verdienst der Armeedurchleuchtung, in weiten Kreisen aufklärend gewirkt zu haben, so dass häufig Behörden und Private aus eigenem Antrieb die Untersuchungen verlangen.

Die Motion Bircher verlangt die Röntgenuntersuchung der gesamten Schweizerbevölkerung. Diese, nach den vorstehenden Ausführungen begründete und technisch heute durchführbare Forderung zu erfüllen, bedeutet für die Tuberkulosebekämpfung nicht nur einen ausserordentlichen Schritt in medizinischer Hinsicht, sondern es werden damit auch grundsätzliche Fragen der sozialen Seite aufgeworfen.

VI. Die Tuberkulosebekämpfung nach dem Entwurf zu einem Ergänzungsgesetz.

Die im vorliegenden Entwurf vorgesehenen Ergänzungen zu der bisherigen Regelung gliedern sich in medizinische und sozialpolitische Massnahmen.

1. Die medizinischen Massnahmen.

An der Spitze der Vorlage stehen die Bestimmungen über die Anordnung und die Durchführung der periodischen Untersuchungen auf Tuberkulose (Art. 1—3 des Entwurfes). Die bisherigen Untersuchungen der Zivilbevölkerung wurden mit Ausnahme der Schulen auf freiwilliger Basis durchgeführt. Seit der Einführung des Schirmbildverfahrens sind auf diese Weise erfreulich viele Personen untersucht worden. Man kann aber nicht damit rechnen, dass auch

in Zukunft immer das gleiche Interesse für die Untersuchungen vorhanden ist wie heute. Abgesehen davon, dass bei Freiwilligkeit immer eine gewisse Lückenhaftigkeit bestehen wird, haben die Kontrollen des Gesundheitszustandes nur dann einen Zweck, wenn sie periodisch wiederholt werden. Sie dürfen daher auf die Dauer nicht allein von dem momentan in der Bevölkerung jeweils bestehenden, wechselnden Interesse abhängig sein.

Dass der Bundesrat in erster Linie ermächtigt sein soll, den Umfang der zu untersuchenden Bevölkerungskreise zu bestimmen, entspricht einer für die erfolgreiche Bekämpfung übertragbarer Krankheiten wichtigen Forderung. Der Erfolg hängt zu einem grossen Teil davon ab, dass bestimmte Massnahmen gleichmässig auf dem Gesamtgebiete des Landes durchgeführt werden. Obwohl das Gesundheitswesen im allgemeinen durch die Kantone selber zu regeln ist, gibt daher die Bundesverfassung das Recht der Gesetzgebung bei übertragbaren Krankheiten dem Bund. In erster Linie wird es sich darum handeln, dass auf Grund bundesrätlicher Verordnung vor allem die Untersuchung derjenigen Bevölkerungskreise an Hand genommen wird, die der Gefahr einer Infektion und Erkrankung am stärksten ausgesetzt sind. Zu diesen zählen vor allem die Jugendlichen, d. h. die Altersstufe zwischen Schulaustritt und Abschluss des Wachstumsalters. Während der Schulzeit ist eine Überwachung auf Tuberkulose durch die in Art. 6 des Tuberkulosegesetzes vorgeschriebene schulärztliche Kontrolle gesichert. Die Erfahrung zeigt, dass heutzutage das Nachschulalter der kritischen Erstinfektion, die früher hauptsächlich im Kindesalter erfolgte, viel mehr ausgesetzt ist als früher. Eine regelmässige Beobachtung ist daher in dieser Altersstufe heute ebenso sehr am Platze wie im Schulalter. Nach Art. 8 des Tuberkulosegesetzes setzt der Bundesrat die Massnahmen fest, die im Gewerbe, in industriellen Betrieben, in Verkehrsanstalten und öffentlichen Gebäuden zum Schutze gegen die Tuberkulose zu treffen sind. Das Postulat Siegrist regt den Erlass einer Vollziehungsverordnung zu Art. 8 an, um in diesen Betrieben Erkrankungen an Tuberkulose möglichst früh zu erfassen und einer rechtzeitigen Heilung zuzuführen. Das Personal der genannten Unternehmen ist in der Tat sehr oft einer erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt. Ständiges enges Zusammenleben am Arbeitsplatz oder dauernder Verkehr mit einem grossen Publikum bedingen eine erhöhte Gefahr der Infektion durch unbekannte Bazillenstreuer, andererseits bedeuten offentuberkulöse Personen in diesen Betrieben eine Gefährdung für besonders grosse Zahlen von Personen. Indem der Gesetzesentwurf die Möglichkeit gibt, die Untersuchung dieser besonders gefährdeten Bevölkerungskreise auf dem Gesamtgebiete des Landes anzuordnen, entspricht er der durch das Postulat Siegrist verfolgten Absicht.

Die Untersuchung grosser Teile der Bevölkerung oder der Gesamtbevölkerung wird selbstverständlich nur schrittweise eingeführt werden können. Dies ist nicht nur aus organisatorischen und technischen, sondern auch aus psychologischen Gründen notwendig. Die verschiedenen geographischen Bedingungen, die Unterschiede im Bevölkerungsaufbau und im verfügbaren

ärztlichen Personal machen eine Anpassung an die örtlichen Verhältnisse notwendig, der im Gesetzesentwurf dadurch Rechnung getragen ist, dass der Bundesrat die Möglichkeit hat, seine Anordnungen auf bestimmte Bevölkerungsgruppen zu beschränken. Daneben haben aber die Kantone die Befugnis, sofern sie dazu in der Lage sind, in ihren Anordnungen weiter zu gehen als der Bundesrat.

Die Häufigkeit der Untersuchungen wird auf dem Verordnungswege festzusetzen sein und soll je nach der Gefährdung der einzelnen Berufsgruppen verschieden sein. Im allgemeinen wird der Abstand zwischen den einzelnen Untersuchungen auf Grund medizinischer Beobachtungen und Überlegungen zu wählen sein. Diesem werden aber nicht allein den Ausschlag geben, weil Hindernisse praktischer, vor allem finanzieller Natur allzu häufigen Untersuchungen entgegenstehen. Dabei wird aber in Rechnung gesetzt werden müssen, dass bei zu grossen Abständen die investierten Mittel schlecht angelegt sind. Heute wird damit gerechnet, dass ein zwei- bis dreijähriger Turnus angemessen und im Bereiche der praktischen Möglichkeit sein dürfte.

Der Entwurf nennt keine bestimmte Untersuchungsmethode. Beim heutigen Stande der Technik kommt für grosse Bevölkerungsgruppen nur die Schirmbildphotographie in Frage. Es liegt aber im Bereich der Möglichkeit, dass diese im Laufe der Zeit durch eine andere, noch vollkommene Methode ersetzt wird. In diesem Falle würde eine Anpassung an neue technische Fortschritte keine Gesetzesänderung bedingen. Die Kantone sorgen zwar für die Durchführung der Untersuchungen. Dadurch, dass dem Bundesrat aber die Ermächtigung gegeben wird, durch Verordnung die einheitliche Durchführung zu sichern, hat er die Möglichkeit, eine bestimmte Methode, wie die in der Motion Bircher genannte Schirmbildphotographie, vorzuschreiben. Er wird ferner auf Grund dieser Bestimmung die nötigen Anordnungen für den in der Motion ebenfalls verlangten Kataster treffen können.

Im Zusammenhang mit den Bestimmungen über die Untersuchungen erweist es sich als notwendig, einzelne Artikel des bisherigen Tuberkulosegesetzes zu ergänzen. Es soll damit erreicht werden, dass sich die ganze Untersuchungsaktion nicht einfach in der Errichtung eines Katasters erschöpft, sondern dass dort, wo Infektionsquellen aufgedeckt werden, auch die Möglichkeit besteht, die zum Schutze des Kranken und der Umgebung notwendigen Massnahmen zu treffen. Es handelt sich um die Ergänzung der Vorschrift über die Pflicht zur Meldung ansteckungsgefährlicher Tuberkulöser (Art. 2 des Tuberkulosegesetzes) und über die Anordnung bestimmter Schutzmassnahmen gegen die Weiterverbreitung der Krankheit (Art. 3 des Tuberkulosegesetzes). Diese Bestimmungen finden sich in Art. 7 des Ergänzungsgesetzes und werden später bei der Besprechung der einzelnen Gesetzesartikel näher erläutert.

Mit den genannten Bestimmungen wird der erste Teil der Motion Bircher berücksichtigt. Im zweiten Teil ersucht der Motionär den Bundesrat, die gesetzlichen und finanziellen Grundlagen der Tuberkulosebekämpfung dahin zu

erweitern, dass auch der zweiten für den Menschen gefährlichen Infektionsquelle, dem tuberkulösen Tier, vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt wird. Über die Bedeutung des Erregers der Rindertuberkulose, des sogenannten Typus bovinus, für die Tuberkulose des Menschen in der Schweiz liegen bis jetzt aber nur sehr wenige Untersuchungen vor. Es fehlen uns vor allem Untersuchungen über die Häufigkeit der bovinen Infektion des Menschen im Verhältnis zu sämtlichen tuberkulösen Infektionen und über die epidemiologischen Zusammenhänge, d. h. über die verschiedenen Übertragungsarten vom Tier auf den Menschen und umgekehrt und über die Weiterverbreitung der bovinen Infektion von Mensch zu Mensch. Die Abklärung dieser Fragen bildet eine Grundbedingung für die Planung der Tuberkulosebekämpfung beim Menschen in dieser Richtung. Seit längerer Zeit sind daher in einem umschriebenen Gebiete des Landes entsprechende Untersuchungen im Gange. Weil die notwendigen wissenschaftlichen Unterlagen vorläufig noch fehlen, ist es zurzeit nicht möglich, in dieser Hinsicht gesetzliche Bestimmungen aufzustellen. Wir behalten uns vor, sobald wie möglich auf die Frage der Bekämpfung der bovinen Infektion des Menschen zurückzukommen und Ihnen die entsprechenden Vorschläge zu unterbreiten.

2. Die sozialpolitischen Massnahmen.

a. Nach der bisherigen Regelung beruht die wirtschaftliche Hilfe für die Tuberkulösen einerseits auf der Versicherung, anderseits auf der öffentlichen oder privaten Fürsorge. Abgesehen davon, dass durch die Versicherung nur ein Teil der Bevölkerung erfasst wird, da kein schweizerisches Obligatorium besteht, vermochten die bisherigen Leistungen nicht mehr einen genügenden wirtschaftlichen Schutz für den Versicherten und seine Familie zu gewähren. Die Erkrankten, soweit sie bedürftig sind, sind deshalb zum Teil auf die private Fürsorge oder auf Unterstützung der öffentlichen Hand angewiesen. Die unter der Dachorganisation der «Schweizerischen Vereinigung gegen die Tuberkulose» zusammengefassten Ligen betreuten im Jahre 1944 in 430 Fürsorgestellen 94 500 Personen. Die Ausgaben für diese Tätigkeit betrugen 7 605 900 Franken, an die von Krankenkassen, Angehörigen der Kranken, Behörden usw. Rückerstattungen im Betrage von 3 798 943 Franken geleistet wurden. An die restlichen Ausgaben leistete der Bund einen Beitrag von 966 898 Franken, so dass sich die von den Fürsorgeorganisationen selber aufgebrachten Mittel an die Ausgaben des Jahres 1944 auf 2 800 000 Franken beliefen. Die Beschaffung der Mittel für Kurfinanzierungen und für die Unterstützung der Familien der Kranken bildet heute eine Hauptaufgabe der Fürsorgestellen. Obwohl sich diese nach Kräften bemühen, zu verhindern, dass der Tuberkulöse infolge seiner Krankheit armengenössig wird, lässt sich dies sehr häufig, besonders bei langdauernden Fällen, nicht vermeiden. Es muss im Gegenteil festgestellt werden, dass die Kategorie der Selbstzahler je länger um so kleiner wird und ein immer grösserer Prozentsatz der Kranken auf die Gruppe der von der öffentlichen Hand Unterstützten entfällt. Die Finanzierungsaufgaben belasten

die Fürsorgestellen ausserordentlich stark und halten sie zu sehr von andern Aufgaben der Tuberkulosebekämpfung ab, die in erster Linie ihre Tätigkeit bilden sollten (Umgebungsuntersuchungen, Betreuung der Familien und der Kurentlassenen). Die bisher durchgeführten Reihenuntersuchungen bürdeten den Fürsorgestellen erhebliche Mehrarbeit auf und belasteten sie auch finanziell. Trotz Subventionen von Bund, Kantonen und Gemeinden und privaten Aufwendungen haben manche Fürsorgestellen mit finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen, so dass die durch die vermehrte Erfassung der Tuberkulösen entstehenden Mehrausgaben für viele auf der bisherigen Finanzierungsgrundlage kaum tragbar sein werden.

Als besonders drückend werden die mit der Armenunterstützung verbundenen Rechtsfolgen empfunden. Die Patientenvereinigung «Das Band» stellt sich deshalb in ihrer Eingabe zur Revision des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes auf den Standpunkt, dass spätestens im Zusammenhang mit dieser jeder Tuberkulöse einen Rechtsanspruch auf Übernahme der Behandlungskosten und auf den wirtschaftlichen Schutz der Familie durch die Versicherung haben sollte.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass Massnahmen zur Früherfassung der Tuberkulose, wie sie der Entwurf vorsieht, nur Erfolg haben können, wenn damit wenigstens für die wenig bemittelten Bevölkerungskreise die Sicherstellung der Behandlung der Kranken und der wirtschaftliche Schutz ihrer Familien verbunden wird.

b. Dieses Ziel lässt sich grundsätzlich auf zwei Arten erreichen, entweder durch die Einführung einer staatlichen Fürsorge, d. h. ohne Beitragsleistung der dadurch erfassten Personen, oder durch die Einführung der Krankenversicherungspflicht, verbunden mit der Pflicht zur besondern Versicherung gegen Tuberkulose, also durch Schaffung einer auf dem Prämien-system beruhenden Einrichtung.

Wir sind der Auffassung, dass die Lösung der Frage grundsätzlich auf dem Wege der Versicherung und nicht auf demjenigen der Fürsorge gesucht werden muss. Es schiene uns nicht richtig zu sein, im Falle der Tuberkuloseerkrankung, im Gegensatz zum übrigen Schutz vor den wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, an Stelle der (staatlich geförderten) Selbsthilfe die einseitige Hilfe durch die öffentliche Hand treten zu lassen. Es muss und soll auch für den Fall der Erkrankung an Tuberkulose in erster Linie Sache der Beteiligten sein, im Rahmen ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit die nötige Vorsorge zu treffen und die Hilfe des Staates nur insoweit in Anspruch zu nehmen, als die Schaffung einer ausreichenden Sicherung ihre eigenen Kräfte übersteigt. Dazu kommt, dass als Korrelat zu der Prämienleistung den Versicherten und ihren Familien beim System der Versicherung ohne weiteres ein unbedingter Rechtsanspruch auf die Versicherungsleistungen zusteht, während eine staatliche Fürsorge sich nur auf den Kreis der Bedürftigen erstrecken und damit keinen unbedingten Rechtsanspruch auf Leistungen in sich schliessen könnte, da der

Einbezug weiterer Kreise und die Ausrichtung von Leistungen ohne Rücksicht auf den Bedarf aus finanziellen Gründen nicht möglich wäre. Gerade für den Fall der Erkrankung an Tuberkulose sollte aber nicht nur den Bedürftigen, d. h. den im Krankheitsfall ohne weiteres auf eine Hilfe angewiesenen Personen, sondern auch den wenigbemittelten Kreisen ein wirtschaftlicher Schutz gewährt werden, also auch jenen Personen, die zwar im Krankheitsfall noch über einen gewissen finanziellen Rückhalt (z. B. in Form von Einnahmen oder Ersparnissen) verfügen, für die aber trotzdem auf die Dauer die wirtschaftlichen Folgen einer Erkrankung und insbesondere der Erkrankung an Tuberkulose nicht tragbar sind. Endlich muss darauf hingewiesen werden, dass sowohl aus staatsrechtlichen wie auch aus praktischen Gründen Fürsorgemassnahmen, die ihrem Wesen nach eine individuelle Hilfe bezwecken, nicht Sache des Bundes sein können, sondern dass derartige Aufgaben in erster Linie in den Tätigkeitsbereich der Gemeinden und allenfalls der Kantone fallen. Der Bund muss sich, wenn immer möglich, darauf beschränken, Sozialpolitik in der Form der Versicherung als einer nach allgemeinen Grundsätzen durchzuführenden und deshalb leichter einheitlich zu regelnden Einrichtung zu treiben. Nicht zuletzt fällt schliesslich ins Gewicht, dass wir bereits über eine gut ausgebaute Kranken- und Tuberkuloseversicherung verfügen, welche die neuen Aufgaben übernehmen kann.

Wir sehen darum im Entwurf vor, dass, soweit die periodische Reihenuntersuchung eingeführt wird, gleichzeitig auch die obligatorische Kranken- und Tuberkuloseversicherung für die dadurch erfassten wenigbemittelten Kreise vorgeschrieben wird. Damit wird auch ein wesentlicher Teil der von beiden Räten angenommenen Motion Seematter erfüllt.

c. Gemäss Art. 34^{bis} der Bundesverfassung steht dem Bund die Kompetenz zu, die Krankenversicherung einzurichten und sie allgemein oder für einzelne Bevölkerungskreise obligatorisch zu erklären. Nach der geltenden Regelung in Art. 2 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung hat aber der Bund von dieser Kompetenz selbst keinen Gebrauch gemacht, sondern sie auf die Kantone rückübertragen, die sie ihrerseits den Gemeinden überlassen können. Diese Regelung hat zu einer ziemlich unterschiedlichen Entwicklung der Krankenversicherung, insbesondere auch der obligatorischen Versicherung, in den einzelnen Landesgegenden geführt. Das gleiche gilt für die Entwicklung der Tuberkuloseversicherung im Sinne von Art. 15 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose, da diese Leistungen nicht Pflichtleistungen der Krankenkassen sind. Ein Überblick über den gegenwärtigen Stand der Kranken- und der Tuberkuloseversicherung ergibt jedoch, dass sich die hinsichtlich des Versichertenkreises und der Versicherungsleistungen noch bestehenden Mängel verhältnismässig leicht beheben lassen, so dass die gegenwärtige Versicherung ohne grosse Schwierigkeiten im nötigen Umfang ausgebaut und erweitert werden kann.

Die Kantone Basel-Stadt, St. Gallen, Thurgau haben die Krankenversicherung von Kantons wegen für Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklärt, deren Einkommen eine gewisse Grenze nicht übersteigt, St. Gallen zudem auch für Aufenthalter. Die letztern sind auch in Appenzell A.-Rh. der obligatorischen Krankenversicherung unterstellt. Daneben haben diese Kantone (mit Ausnahme des Stadtkantons Basel) ihren Gemeinden das Recht überlassen, für ihr Gebiet den Versicherungszwang über die kantonalen Obligatoriumsgrenzen hinaus auszudehnen. Die Kantone Freiburg, Solothurn, Waadt und Genf haben eine von Kantons wegen obligatorische Kinder- oder Schülerversicherung. Der Kanton Solothurn hat zudem das Recht, die Krankenversicherung allgemein oder für bestimmte Bevölkerungsgruppen obligatorisch zu erklären, an seine Gemeinden delegiert. Die Delegation der Befugnis zur Einführung des Krankenversicherungsobligatoriums an die Gemeinden besteht auch in den Kantonen Zürich, Luzern, Uri, Schwyz, Schaffhausen, Graubünden, Tessin, Bern und Wallis. Von diesen Kantonen besitzt der Kanton Graubünden in 197 von 221 Gemeinden ein allgemeines und in Chur, Arosa und Davos ein beschränktes Krankenversicherungsobligatorium. Im Kanton Tessin haben 214 von 257 Gemeinden ein allgemeines Obligatorium eingeführt, während Lugano ein beschränktes Obligatorium besitzt. Im Kanton Zürich haben 6 Gemeinden (darunter die Städte Zürich und Winterthur), in Luzern 4 (darunter die Stadt Luzern), in Uri und Schwyz je eine Gemeinde, in Solothurn 10 Gemeinden (darunter die Städte Olten und Solothurn) und in Schaffhausen 3 Gemeinden vom Recht zur Einführung der Versicherungspflicht (abgegrenzt nach dem Einkommen) Gebrauch gemacht. Im Kanton Bern, der seine Gemeinden ebenfalls zur Einführung des Obligatoriums für Kinder und Erwachsene ermächtigt hat, haben bis jetzt nur 7 Gemeinden durch Einführung von Kinder- oder Schülerobligatorien diese Kompetenzen zur Anwendung gebracht. Im Kanton Wallis sind die Gemeinden nur zur Einführung des Schülerobligatoriums ermächtigt, das bis heute durch 88 von 170 Gemeinden eingeführt ist. Die Kantone Appenzell I.-Rh. und Zug besitzen zwar Erlasse über ein kantonales Krankenversicherungsobligatorium, doch ist dieses bis heute noch nicht eingeführt worden.

Die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung bestehen am häufigsten in der Pflegeversicherung. Gelegentlich ist es möglich, sie durch eine Taggeldversicherung zu ersetzen. In den Kantonen St. Gallen und Appenzell A.-Rh. sowie in einigen weiteren Gemeinden muss neben der Pflegeversicherung auch noch eine solche für ein gewisses Taggeld bestehen.

Die Tuberkuloseversicherung ist von Gesetzes wegen als Pflichtleistung der Krankenkassen für die Versicherungspflichtigen vorgeschrieben im Kanton St. Gallen, in den meisten Kreisen und Gemeinden des Kantons Graubünden, welche die obligatorische Krankenversicherung eingeführt haben, sowie in der Stadt Zürich, in Winterthur, in Küsnacht und Horgen. An den übrigen Orten (z. B. in Basel) haben die obligatorisch Versicherten zum grossen

Teil ebenfalls Anspruch auf die verlängerte Leistungsdauer bei Tuberkulosebehandlung in einer anerkannten Heilanstalt, sofern sie ihre Versicherungspflicht in einer Kasse erfüllen, welche diese Mehrleistung in ihren Statuten vorsieht.

d. Im übrigen beruht die Krankenversicherung und die Tuberkuloseversicherung auf Freiwilligkeit. Immerhin ist auch in Gegenden ohne Obligatorium die Krankenversicherung ziemlich weit verbreitet. Die freiwillig Versicherten gehören der Tuberkuloseversicherung jedoch nur dann an, wenn sie einer Krankenkasse angeschlossen sind, welche die Tuberkuloseversicherung eingeführt hat.

e. Genussberechtigte Versicherte nach Wohnkantonen
am 31. Dezember 1945.

Wohnsitz der Versicherten im Kanton	Genussberechtigte Versicherte				
	Männer	Frauen	Kinder	Total	
				Absolut	Auf 100 Einwohner ¹⁾
Zürich	222 399	233 100	99 764	555 263	79,3
Bern	139 754	114 542	33 015	287 311	38,1
Luzern	38 694	41 807	20 582	101 083	47,1
Uri	6 612	4 888	2 469	13 969	48,3
Schwyz	11 687	11 862	5 179	28 728	41,6
Obwalden	2 666	3 147	1 047	6 860	32,7
Nidwalden	3 633	3 012	1 904	8 549	46,5
Glarus	10 043	11 011	5 751	26 805	75,7
Zug	8 081	9 848	4 766	22 695	59,1
Fribourg	15 160	10 658	22 875	48 693	31,0
Solothurn	50 864	45 499	34 076	130 439	81,5
Basel-Stadt	67 498	73 885	26 989	168 372	96,2
Basel-Land	24 408	27 110	12 603	64 121	66,4
Schaffhausen	19 097	16 972	9 779	45 848	83,8
Appenzell A.-Rh.	11 872	12 228	3 191	26 791	60,6
Appenzell I.-Rh.	1 284	1 501	414	3 199	24,2
St. Gallen	78 324	83 262	28 463	190 049	65,4
Graubünden	43 551	45 260	30 863	119 674	91,0
Aargau	61 933	58 612	27 618	148 163	53,1
Thurgau	40 958	40 008	14 798	95 764	67,8
Ticino	43 660	47 810	20 807	112 277	68,4
Vaud	34 859	26 863	41 158	102 880	29,1
Valais	41 963	34 186	29 812	105 961	68,3
Neuchâtel	20 894	15 988	3 067	39 949	32,7
Genève	28 286	22 294	17 609	68 189	36,8
Ausland	1 475	1 385	707	3 567	.
Total	1 028 555	996 738	499 306	2 524 599	57,3 ²⁾

¹⁾ Geschätzte mittlere Wohnbevölkerung.

²⁾ Versicherte mit Wohnsitz in der Schweiz auf 100 Einwohner (geschätzte mittlere Wohnbevölkerung).

Über die Versicherungsdichte, einschliesslich der obligatorischen Krankenversicherung, in den einzelnen Kantonen am 31. Dezember 1945 orientiert die vorstehende Tabelle. Versicherte, die bei zwei Kassen versichert sind, wurden allerdings doppelt gezählt; ihre Zahl, die sich nicht genau ermitteln lässt, übersteigt jedoch auf keinen Fall 10 Prozent des Bestandes an Versicherten. Ferner konnten die Tuberkuloseversicherten nicht nach Kantonen ausgeschieden werden, weil hierüber entsprechende Angaben von den Kassen nicht verlangt wurden.

Die vorstehenden Ausführungen zeigen, dass die Versicherungsdichte in den einzelnen Kantonen zwar ungleich ist, dass die Krankenversicherung aber bereits jetzt schon soweit über das ganze Land verbreitet ist, dass sie ohne weiteres zur Grundlage für den wirtschaftlichen Schutz von Tuberkulosekranken gemacht werden kann. Auch geht aus der Tabelle hervor, dass für weite Bevölkerungskreise keine Änderung eintritt, da für sie die Versicherungspflicht an die Stelle der freiwilligen Versicherung treten wird.

f. Aus der Tuberkulosebekämpfung nahestehenden Kreisen ist die Frage aufgeworfen worden, ob nicht die Tuberkuloseversicherung unabhängig von der Krankenversicherung durch ein allgemeines Volksobligatorium geregelt werden sollte. Der Gedanke, dass in die Tuberkuloseversicherung wenn möglich die ganze Bevölkerung einbezogen werden sollte, wurde uns auch von einem Kanton nahegelegt. Dabei spielt die an sich richtige Überlegung eine Rolle, dass die wirtschaftlichen Folgen der Tuberkulose im Gegensatz zu jenen vieler anderer Krankheiten so schwerwiegend sind, dass die Versicherung gegen dieses Risiko für weitere Kreise notwendig ist als eine Versicherung gegen das allgemeine Krankheitsrisiko. Wir haben diese Frage einer selbständigen, für das ganze Volk obligatorischen Tuberkuloseversicherung einlässlich geprüft, sind jedoch zum Schluss gekommen, dass wenigstens von Bundes wegen auf eine solche Regelung verzichtet werden sollte. Gerade bei Tuberkulösen spielt eine genügende Vorsorge nicht nur für die Erkrankung an Tuberkulose, sondern auch für interkurrente, d. h. nicht durch die Tuberkulose verursachte Krankheiten eine grosse Rolle, kann doch ihr Gesundheitszustand durch solche Krankheiten verschlimmert oder sogar ein Rückfall hervorgerufen werden. Für die wenig bemittelten Bevölkerungskreise ist es deshalb eine unbedingte Notwendigkeit, dass der Schutz der Versicherung sich nicht nur auf die Folgen der eigentlichen Tuberkuloseerkrankung erstreckt, sondern auch interkurrente Krankheiten umfasst. Würde man die Tuberkuloseversicherung für sich allein gestalten, so müsste diese deshalb für alle einmal an Tuberkulose Erkrankten auch Leistungen bei interkurrenten Krankheiten umfassen. Das würde aber zu nichts anderem als zu einer beschränkten, neuen Krankenversicherung für gewisse Personen und damit zu einer unerwünschten Doppelspurigkeit mit der Krankenversicherung führen. Denkbar wäre allerdings, neben der selbständigen Tuberkuloseversicherung eine davon getrennte allgemeine Krankenversicherung einhergehen zu lassen; allein dies

würde ohne Zweifel für den Versicherten zu unerfreulichen Auseinandersetzungen über die Leistungspflicht der einzelnen Versicherungsträger führen. Verbindet man jedoch die Tuberkuloseversicherung, wie dies bis anhin geschah, mit der allgemeinen Krankenversicherung in der Weise, dass bei Tuberkulose besondere Leistungen vorgesehen werden, bei interkurrenten Krankheiten aber die ordentliche Krankenversicherung in die Lücke tritt, so wird der nötige Schutz und die zweckmässige Einheit in der Durchführung der Versicherung ohne Schwierigkeiten erreicht. Es darf auch nicht ausser acht gelassen werden, dass die Tuberkulosemorbidity in der Krankenversicherung immerhin nur 5 Promille beträgt. Wir befürchten, dass es gerade in weniger bemittelten Kreisen nicht verstanden würde, wenn an eine Versicherungseinrichtung für ein an sich geringes Risiko besondere Prämien entrichtet werden müssten, die, wenn sie auch nicht sehr gross sind, für den bescheidenen Haushalt doch ins Gewicht fallen. Bei der Verbindung der Tuberkuloseversicherung mit der Krankenversicherung werden dagegen die für die beiden Versicherungen nötigen Prämien miteinander verbunden und damit ohne Zweifel die Beiträge zur Deckung des geringeren Tuberkuloserisikos bereitwilliger übernommen.

Immerhin glaubten wir, den Wünschen auf Schaffung einer selbständigen Tuberkuloseversicherung dadurch Rechnung tragen zu sollen, dass wir die Einführung eines derartigen Obligatoriums den Kantonen überlassen. Diese sollen entscheiden, ob sie es nach ihren regionalen Verhältnissen als nötig erachten, über die obligatorische Kranken- und Tuberkuloseversicherung für Wenigbemittelte hinaus noch ein selbständiges Tuberkuloseversicherungsobligatorium für weitere Kreise einzuführen. Der Bundesrat wird nach Annahme dieses Gesetzes in Ausführung von Art. 15 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose die Voraussetzungen zu umschreiben haben, unter welchen die Bundesbeiträge der Tuberkuloseversicherung auch für diese Versicherten gewährt werden können.

g. Obwohl das Schwergewicht auf der Versicherung liegt, werden noch weitere soziale Massnahmen ergriffen werden müssen. Es sind dies gewisse zusätzliche Fürsorgeleistungen für Bedürftige. Einmal muss dafür gesorgt werden, dass auch die nicht versicherungsfähigen Personen sowie Versicherte, welche die Bezugsberechtigung in der Versicherung erschöpft haben, einen wirtschaftlichen Schutz erhalten. Ferner muss für die den angeordneten Untersuchungen und damit der Versicherungspflicht nicht unterstellten Personen, die nicht oder nur ungenügend versichert sind, gesorgt werden. Es würde nicht verstanden werden, wenn diese Personen, die nicht auf Grund von Reihenuntersuchungen, sondern auf irgendeine andere Art als krank und insbesondere tuberkulosekrank ermittelt würden, keinen Schutz geniessen würden, obwohl sie sich zwar von sich aus, aber doch auch im allgemeinen Interesse untersuchen liessen. Für diese Personen muss deshalb ebenfalls eine ergänzende Fürsorge vorgesehen werden.

Aus grundsätzlichen, rechtlichen und praktischen Erwägungen muss sich der Bund — wie gesagt — darauf beschränken, in erster Linie die Versicherung zu fördern, während die Fürsorge ihrem Wesen nach Sache der Kantone oder Gemeinden bleiben muss. Die Durchführung der Fürsorge obliegt deshalb den Kantonen. Immerhin ist vorgesehen, dass sich der Bund an den Fürsorgeleistungen der Kantone mit einem Beitrag beteiligt (Art. 5 und 6 des Entwurfes).

Die Kantone haben indessen die Möglichkeit, gestützt auf Art. 2 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung, für die Ausdehnung der obligatorischen Krankenversicherung über den Rahmen des vorliegenden Entwurfes hinaus zu sorgen und damit die Fürsorgeleistungen zu vermindern. Die Fürsorge soll und wird daher nur vorübergehenden Charakter haben.

h. Es wird Aufgabe der die Versicherungspflicht anordnenden eidgenössischen und kantonalen Behörden sein, die Versicherungsleistungen im Obligatorium — ausgehend von den Mindestleistungen in der Kranken- und Tuberkuloseversicherung — nach den regionalen Bedürfnissen festzusetzen. Dies gilt vor allem für das Krankengeld (vgl. die Hinweise zu Art. 4 im Abschnitt VIII dieser Botschaft). Die Pflegeleistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz können dagegen im allgemeinen als genügend betrachtet werden.

Die bisherigen Leistungen der Tuberkuloseversicherung waren bis heute — wie bereits bemerkt — noch ziemlich bescheiden. Nun ist aber am 16. Juli 1947 die Verordnung II erlassen worden, welche die bisher geltende Verordnung I vom 19. Januar 1944 im Sinne einer Erhöhung der Minimalleistungen abändert und ergänzt. Durch diesen Ausbau der Tuberkuloseversicherung werden deren Mindestleistungen mit Wirkung vom 1. Januar 1948 an wie folgt verbessert:

Erhöhung der täglichen Kurbeiträge für Kinder von 2 auf 3 Franken und für Erwachsene von 3 auf 4 Franken. Ausrichtung eines Beitrages an grössere operative Eingriffe bis zu 100 Franken je Eingriff, Auszahlung des Krankengeldes auch nach Beendigung der Sanatoriumskur für die Dauer von höchstens drei Monaten, wodurch die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess erleichtert werden soll, Erhöhung der Bundesbeiträge für Kurbeiträge von Fr. 1.50 auf Fr. 3 für Kinder und von Fr. 2 auf Fr. 4 für Erwachsene sowie für die ausgerichteten Krankengelder von Fr. 2 auf Fr. 6 im Tag; früheres Einsetzen der Bundesbeiträge und zwar für Kinder vom 61. statt 91. und für Erwachsene vom 121. statt 151. Anstaltstag an. Es können somit tägliche Kurbeiträge bis zu Fr. 6 für Kinder und Fr. 8 für Erwachsene sowie Taggelder bis zu Fr. 12 für Erwachsene durch die Versicherungsträger ausgerichtet werden, unter Anspruch auf eine Bundessubvention von 50 Prozent nach Ablauf der oben erwähnten Fristen. Ferner wird die Leistungsdauer von 540 auf 720 Tage und in besonderen Fällen sogar auf 1080 Tage innerhalb eines Zeitraums von fünf aufeinanderfolgenden Jahren ausgedehnt.

i. Mit der Einführung der Versicherungspflicht und der ergänzenden Fürsorge kann das Postulat Spühler in seinem 2. und 3. Punkt als erfüllt betrachtet werden.

Was die im Postulat Spühler verlangte Errichtung einer genügenden Zahl von Tuberkuloseheilanstalten betrifft, so sieht der Entwurf keine Änderung der bisherigen Regelung vor. Von 1944 bis Ende 1946 wurden für Ankauf, Neubau, Umbau und Erweiterung von Heilstätten Bundesbeiträge im Gesamtbetrag von Fr. 1 925 221 an Ausgaben in einer Höhe von Fr. 9 845 232 zugesichert. Die Bettenzahl in den vom Bunde als subventionsberechtigt anerkannten Anstalten zur Behandlung der Tuberkulose ist dadurch um 1212 angestiegen. In Behandlung stehen zur Zeit Subventionsgesuche, die eine weitere Vermehrung der Zahl der Krankenbetten um 571 vorsehen. Es zeigen sich daraus die grossen Anstrengungen, die von seiten der Kantone gemacht werden, um dem Bettenmangel zu steuern. Ausserdem sind einzelne Kantone dazu übergegangen, durch eine bessere Organisation der Bettenbelegung, die sog. «Bettenplanung», die Hospitalisierungsmöglichkeiten zu verbessern. Auf eine bei den Kantonen gemachte Umfrage ging seinerzeit hervor, dass es auch Kantone gibt, die jetzt schon der durch die Untersuchung der Bevölkerung zu erwartenden Vermehrung der Hospitalisierungsfälle gewachsen zu sein glauben. Aus allem ergibt sich, dass der bisher verfolgte Weg, die Mitwirkung des Bundes bei der Bettenbeschaffung auf die Ausrichtung von Bundesbeiträgen zu beschränken, nicht verlassen werden sollte.

k. Zum wichtigen Teil der Tuberkulose-Nachfürsorge, die das Postulat Spühler ebenfalls erwähnt und mit der sich früher nur die Fürsorgestellen der Tuberkuloseigenen befassten, ist zu sagen, dass diese zur Zeit in fortschreitendem Aufbau begriffen ist. Während die Ligen ihre Hauptaufgabe in der medizinischen Nachfürsorge sehen, setzen sich andere Vereinigungen, wie «Das Band», die soziale Nachfürsorge zum Hauptziel. «Das Band» sucht dies auf zwei Wegen zu erreichen, einmal durch Errichtung bestimmter Arbeitsgelegenheiten wie Werkstätten, dann aber auch durch Beratung, Hilfeleistung und Stellenvermittlung für den einzelnen. Dabei wird je nach der Arbeitsfähigkeit des Patienten versucht, diesen entweder in seinem früheren Beruf zu beschäftigen oder durch Umschulung seiner reduzierten Arbeitsfähigkeit eine Betätigungsmöglichkeit zu geben oder ihm die Möglichkeit zur Heimarbeit zu verschaffen. Wesentlich ist dabei, dass die Nachfürsorge schon im Sanatorium beginnt und dort versucht wird, die Kurzeit für spätere Bedürfnisse nutzbar zu machen und den Willen zur Behauptung aus eigener Kraft lebendig zu erhalten. Gleiche Ziele wie «Das Band» verfolgen in der welschen Schweiz das «Lien» und im Tessin die «Solidarietà». Es besteht kein Zweifel darüber, dass durch eine sinnvolle Zusammenarbeit zwischen den Organen der «Schweizerischen Vereinigung gegen die Tuberkulose» und den Vereinigungen wie «Das Band» für die Nachfürsorge in medizinischer und sozialer Hinsicht Wertvolles geleistet werden kann. Im Hinblick auf das Wesen der Nachfürsorge, die sich mit dem einzelnen Fall zu beschäftigen hat und sich deshalb besonders für

die Tätigkeit privater Organisationen eignet, empfiehlt sich die Mitwirkung des Bundes in der Form der finanziellen Unterstützung solcher Institutionen. Bereits wurde daher «Das Band» als subventionsberechtigter Organisation anerkannt.

Die Tuberkulosesiedelungen, von denen im Postulat Spühler ebenfalls die Rede ist, sollen zur Aufnahme von chronisch ansteckenden, einem Heilverfahren nicht mehr zugänglichen Kranken bestimmt sein und diesen die Möglichkeit verschaffen, ihrem Leben trotz ihres Leidens durch Ausübung einer angepassten Tätigkeit einen Inhalt zu geben. Die Tuberkulosetherapie bemüht sich mit ständig wachsendem Erfolg, die Zahl solcher Kranken immer mehr zu senken. Ihr Ziel ist, die Tuberkulosen soweit wie möglich wieder einem normalen Leben zurückzugeben. Die Früherkennung der Tuberkulose durch umfassende Untersuchungen, wie sie der Gesetzesentwurf vorsieht, wird zweifellos das ihrige dazu beitragen, dieses Ziel in Zukunft bei einer noch grösseren Anzahl von Kranken zu erreichen. Die Siedelung ist daher das letzte Zufluchtsmittel; sie soll überdies dazu dienen, die Sanatoriumsbetten für diejenigen Kranken zu reservieren, die gute Heilungs- oder Besserungsaussichten bieten. Nach Art. 10 des heutigen Tuberkulosegesetzes ist die Errichtung von Heimstätten Sache der Kantone; der Bund subventioniert ihre Einrichtung und den Betrieb. Es erscheint heute weniger als je angezeigt, von diesem Vorgehen abzuweichen.

VII. Die finanziellen Auswirkungen des Ergänzungsgesetzes.

1. Die medizinischen Massnahmen.

a. Die bisherige Subventionierung der Schirmbilduntersuchungen erfolgte in der Weise, dass die von den Kantonen errichteten Organisationen als «Fürsorgedienste zur Ermittlung der Tuberkulösen» im Sinne von Art. 10 des Tuberkulosegesetzes anerkannt wurden. An derartige Einrichtungen leistet der Bund nach Art. 14 des Tuberkulosegesetzes Beiträge in der Höhe von 25 bis 33 Prozent ihrer reinen Ausgaben. In Art. 6 des Entwurfes ist vorgesehen, die Kosten der Reihenuntersuchungen nicht mehr durch eine prozentuale Beitragsleistung an die reinen Ausgaben zu subventionieren, sondern den Kantonen für jede Untersuchung einen festen Beitrag, dessen Höhe vom Bundesrat auf dem Verordnungswege festzusetzen ist, auszurichten. Dabei kann der Beitrag für diejenigen Gegenden, in denen die Untersuchungen grössere Kosten verursachen, zum Beispiel für die Gebirgskantone, höher angesetzt werden als für die übrigen Gebiete.

Diese Art der Subventionierung weist verschiedene Vorteile auf. Vom Standpunkte des Bundes erscheint es als Vorteil, dass seine voraussichtliche maximale Belastung bei Annahme eines bestimmten Beitrages an die einzelne Untersuchung annähernd genau berechnet werden kann, indem die ganze Bevölkerung, die für die Untersuchungen in Frage kommt, der Be-

rechnung zugrunde gelegt wird. Wie weit die effektiven Subventionsauslagen unter dem errechneten Maximum liegen werden, kann dagegen nur grob geschätzt werden.

Vom Standpunkt der Kantone aus ergibt sich aus der festen Beitragsleistung des Bundes pro untersuchte Person der Vorteil, dass sie, von diesem feststehenden Element ausgehend, die zur Deckung der restlichen Kosten nötigen Gebühren genauer berechnen können und auch für die Entscheidung der Frage, ob sie überhaupt Gebühren erheben wollen, eine gewisse Grundlage besitzen.

Im Interesse der Tuberkulosebekämpfung muss danach getrachtet werden, dass möglichst viele Personen bei möglichst guter Ausnützung der notwendigen personellen Organisation und der Apparaturen untersucht werden. Dies wird zweifellos eher der Fall sein, wenn ein Beitrag für jede Untersuchung gewährt wird, als wenn einfach die ungedeckten Auslagen subventioniert werden.

Heute kommt für die Bevölkerungsuntersuchungen nur das Schirmbildverfahren in Betracht. Sollte eine bessere technische Methode im Laufe der Zeit sich der Schirmbildphotographie als überlegen erweisen, so könnten die notwendigen finanziellen Bestimmungen auf dem Verordnungswege der neuen Lage angepasst werden. Ebenso wäre bei der vorgeschlagenen Subventionsart eine Anpassung dieser Bestimmungen eher möglich, wenn die Erfahrungen mit dem Schirmbild eine solche als notwendig erscheinen liessen. Werden dagegen feste Subventionsansätze im Gesetz festgelegt, so wäre eine Anpassung viel weniger leicht möglich.

Aus allen diesen Gründen erscheint es zweckmässig, wenn der im Gesetzesentwurf vorgesehenen Subventionsart der Vorzug gegeben und bei der Beitragsleistung an die Reihenuntersuchungen von der in der Tuberkulosebekämpfung sonst allgemein geübten Art der prozentualen Subventionierung der ungedeckten Ausgaben abgegangen wird.

Die voraussichtliche Belastung des Bundes durch die Reihenuntersuchungen könnte in diesem Falle unter der Annahme errechnet werden, dass maximal 3 Millionen Personen in einem Zeitraum von 3 Jahren untersucht werden. Bei einem Bundesbeitrag von 50 Rappen bis 1 Franken an jede Schirmbilduntersuchung würde sich die jährliche Ausgabe des Bundes dabei auf 500 000 Franken bis 1 Million Franken stellen.

b. Das Ergänzungsgesetz wird neben den direkten, durch die Bestimmungen über die periodische Untersuchung der Bevölkerung bedingten Neuausgaben in nächster Zeit auf indirektem Wege auch weitere, bisherige Ausgaben der Tuberkulosebekämpfung erhöhen.

aa. Durch die bessere Erkennung der Kranken und auch durch die in der neuen Fassung von Art. 2 des Tuberkulosegesetzes (Art. 7 des Entwurfes) genauer umschriebene Meldepflicht werden den Kantonen vermehrte Auslagen für die Entschädigung der ärztlichen Meldungen entstehen.

An die bisherigen Ausgaben der Kantone für die ärztlichen Anzeigen richtete der Bund in den letzten Jahren im Mittel 6800 Franken an Subventionen aus. Auf Grund der neuen Bestimmungen dürfte dieser Betrag nur unwesentlich, schätzungsweise um 10. bis 20 Prozent, ansteigen.

bb. Bei den Kosten für bakteriologische Untersuchungen (Art. 4 des Tuberkulosegesetzes) muss ebenfalls mit einem Anstieg gerechnet werden, da diese in manchen Fällen einen Teil der im Anschluss an die erste Untersuchung durchzuführenden Abklärungsuntersuchungen bilden werden. Bei nicht reduzierten Subventionsansätzen hätte der Bundesbeitrag an die Auslagen der Kantone für bakteriologische Untersuchungen im Jahre 1944 21 246 Franken betragen. Dieser Betrag dürfte sich, hoch geschätzt, in Zukunft um etwa die Hälfte erhöhen.

cc. Auch die nach Art. 5 des Tuberkulosegesetzes beitragsberechtigten Kosten für die Desinfektion werden einen, allerdings geringen Anstieg erfahren. Die Reihenuntersuchungen sollten aber je länger je mehr die Tuberkulose im geschlossenen Stadium aufdecken, in welchem der Kranke noch nicht infektiös und die Raumesinfektion daher nicht nötig ist. Bei unabhängigen Subventionsansätzen hätte der Bundesbeitrag an die Kantone und Gemeinden für Desinfektionen 1944 11 785 Franken betragen. Mit einer schätzungsweisen Erhöhung dieses Betrages um 10 bis 20 Prozent dürfte den zu erwartenden Mehrleistungen reichlich Rechnung getragen sein.

dd. Bei den unter Art. 10, lit. *a*, des Tuberkulosegesetzes genannten subventionsberechtigten Einrichtungen zur Verhütung der Tuberkulose und zur Kräftigung der tuberkulosegefährdeten Personen sowie bei den unter lit. *c* genannten Anstalten und Einrichtungen zur Aufnahme und Behandlung Tuberkulöser und ihrer Wiedergewöhnung an die Arbeit werden sich als Folge der bessern Erfassung vermehrte Belegungen und damit erhöhte Betriebskosten ergeben. Wenn auf Grund bisheriger Untersuchungsergebnisse damit gerechnet werden kann, dass unter den im Schirmbildverfahren untersuchten Personen 4 bis 5 Promille kurbedürftig sind, so bedeutet das aber nicht, dass bei einer Million Untersucher pro Jahr 4000 bis 5000 Personen mehr als früher hospitalisiert werden müssen. Die Reihenuntersuchungen werden in einem grossen Teil der Fälle nur den Zeitpunkt verschieben, an welchem die Aufdeckung erfolgt und die Behandlung einsetzt (Früherfassung). Es muss ferner beachtet werden, dass die Ausdehnung der Untersuchungen bis zu den erreichbaren Maximalzahlen schrittweise erfolgen wird, so dass eine sprunghafte Vermehrung der Hospitalisationen kaum zu erwarten ist. Schliesslich kommt dazu, dass bereits ein erheblicher Teil der Bevölkerung Reihenuntersuchungen durchlaufen hat; für die Jahre 1943 bis 1946 ergeben allein die Armeedurchleuchtungen und die Schirmbildaufnahmen eine Zahl von über 900 000 Untersuchungen. Die Zunahme der subventionsberechtigten Pflegetage infolge der Reihenuntersuchungen muss mit Hilfe von Elementen berechnet werden, die sich einerseits wohl auf die statistischen Ergebnisse der

bisherigen Tuberkulosebekämpfung, anderseits aber weitgehend nur auf Schätzungen stützen können. Die Zahl der subventionierten Pflage tage betrug 1944 2 852 348, die daran ausgerichteten Bundesbeiträge erreichten die Summe von 1 170 000 Franken. Unter der Annahme, dass sich die Zahl der Pflage tage infolge der Reihenuntersuchungen um einen Drittel erhöhen wird, ergibt sich eine Vermehrung der Bundesbeiträge um ca. 390 000 Franken.

ee. Die erhöhte Belastung durch Bau, Erwerb oder Erweiterung von Anstalten hängt in erster Linie von den Entschlüssen der Kantone, Gemeinden, Krankenkassen oder Fürsorgeorganisationen ab. Sie kann daher nicht im voraus berechnet werden.

ff. Bei den unter Art. 10, lit. b, genannten Fürsorgeeinrichtungen sind Auswirkungen des Ergänzungsgesetzes ebenfalls zu erwarten. Durch die Unterstellung fürsorgebedürftiger Bevölkerungskreise unter die obligatorische Versicherung werden sich die Ausgaben der Organisationen einerseits senken, anderseits ist mit einer Erhöhung dort zu rechnen, wo die Kantone die in Art. 5 vorgesehene Fürsorge den kantonalen Ligen übertragen werden. Eine genauere Berechnung lässt sich hier ebenfalls nicht durchführen.

2. Die sozialpolitischen Massnahmen.

a. Das vorliegende Gesetz wird sich zunächst auf die Bundesbeiträge für die ordentliche Krankenversicherung auswirken. Die Einführung einer Versicherungspflicht wird zweifellos eine Erhöhung der Zahl der Versicherten zur Folge haben. Zieht man aber in Betracht, dass am 31. Dezember 1945 2 524 599 Personen der Krankenversicherung und davon 1 870 951 Personen der Tuberkuloseversicherung angehörten, so dürfte die Erhöhung der Zahl der Versicherten nicht sehr gross sein. Dazu kommt, dass durch die insbesondere im Laufe des Jahres 1946 abgeschlossenen Gesamtarbeitsverträge, welche fast ausnahmslos die Versicherung der Arbeitnehmer gegen Krankheit vorsehen, sowie durch den zunehmenden freiwilligen Eintritt von Personen in die Versicherung sich auch aus diesem Grunde die Zahl der Versicherten ohnehin weiter erhöht hat.

Ferner ist — wie bemerkt — die Versicherungspflicht in einer Reihe von Kantonen und Gemeinden bereits eingeführt. Auch aus diesen Gründen wird die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf Grund des vorliegenden Gesetzes, das sich ja nur auf die wenig bemittelten Personen bezieht, keine bedeutenden Auswirkungen mehr haben. Es ist auch in Betracht zu ziehen, dass die Reihenuntersuchungen und damit die Einführung der Versicherungspflicht nur schrittweise vor sich gehen werden.

Durch die Vergrösserung der Zahl der Versicherten und die bessere Erfassung der Tuberkulösen wird in der Tuberkuloseversicherung eine Erhöhung der Zahl der Tuberkulosefälle, die bundesbeitragsberechtigt sind, eintreten. Die Kosten für den Bund werden demnach auch in dieser Hinsicht

ansteigen. Die Kosten für den Ausbau der Tuberkuloseversicherung fallen dagegen für die finanziellen Auswirkungen des Ergänzungsgesetzes nicht in Betracht, da die hierfür auszurichtenden Bundesbeiträge sich auf Art. 15 des Tuberkulosegesetzes stützen.

Die Mehrbelastung für den Bund infolge der erwähnten Erhöhung der Zahl der Versicherten in der ordentlichen Krankenversicherung und der Erhöhung der Zahl der Versicherungsfälle in der Tuberkuloseversicherung dürfte bei abgeschlossener Entwicklung den Betrag von einer halben Million Franken jährlich nicht übersteigen. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass mit der Einführung einer Versicherungspflicht gemäss Ergänzungsgesetz ein Teil der in Aussicht genommenen Revision der Krankenversicherung vorweggenommen wird, die von Bundes wegen eine Versicherungspflicht für wenig Bemittelte bringen soll. Die auf Grund dieser Vorlage durch Ausdehnung des Versichertenkreises entstehenden Mehrkosten werden deshalb bei der Revision der Krankenversicherung nicht mehr in Rechnung gesetzt werden müssen.

b. Über die Zahl der bedürftigen Personen, welche für die Unterstützung nach Art. 5 in Betracht fallen, fehlen bestimmte Angaben. Sie wird eng mit der jeweiligen wirtschaftlichen Lage zusammenhängen und daher starken Schwankungen unterworfen sein. Von diesen Personen wird jedoch ein grosser Teil bereits heute schon von der Versicherung erfasst. Im Falle der Einführung der Versicherungspflicht gemäss Art. 4 des Ergänzungsgesetzes wird ein weiterer Prozentsatz der Restzahl an bedürftigen Personen unter die Versicherung fallen. Die Gesamtkosten des Bundes für die Fürsorgeleistungen dürften den Betrag von 200 000 Franken nicht übersteigen, werden ziemlich sicher eher darunter bleiben.

3. Zusammenfassung.

Die höheren Aufwendungen durch die verstärkte Tuberkulosebekämpfung müssen immer unter dem Gesichtspunkt beurteilt werden, dass der gegenwärtige vermehrte Einsatz von Mitteln — auf weite Sicht gesehen — sich in einer Verminderung der Tuberkulose und damit der finanziellen Belastungen auswirken wird. Es handelt sich um Auslagen, die bei richtiger Verwendung imstande sein werden, heute noch sehr grosse Schäden an der Volksgesundheit und Volkswirtschaft bedeutend zu vermindern:

Anhand der Ausführungen in den Ziffern 1 und 2 werden sich für den Bund voraussichtlich folgende durchschnittliche Belastungen pro Jahr ergeben:

a. Kosten der Reihenuntersuchungen (Art. 1, Art. 6, Abs. 1 und 2)	Fr.	750 000
b. indirekte Mehrbelastungen	»	400 000
c. Kranken- und Tuberkuloseversicherung	»	500 000
d. Fürsorge (Art. 5, Art. 6, Abs. 3)	»	200 000

Kosten für den Bund total Fr. 1 850 000

VIII. Bemerkungen zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen.

Art. 1.

Im Abs. 1 wird bestimmt, dass der Bundesrat die periodische, obligatorische Untersuchung der Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsgruppen anordnen kann. Soweit der Bundesrat von seiner Befugnis keinen Gebrauch macht, steht sie den Kantonen zu (Abs. 3).

Art. 2.

Die Kantone sorgen zwar für die Durchführung der Untersuchungen (Art. 1, Abs. 2). Der Bundesrat sichert jedoch durch Verordnung deren einheitliche Durchführung. Damit hat er die Möglichkeit, eine bestimmte Untersuchungsmethode, wie die in der Motion Bircher genannte Schirmbildphotographie, vorzuschreiben. Ferner wird er die nötigen Anordnungen für die Errichtung eines Katasters auf Grund dieser Bestimmung erlassen können. Bei aller Rücksicht auf die Verschiedenheit örtlicher Verhältnisse kann trotzdem auf einheitliche technische Grundsätze in der Durchführung nicht verzichtet werden. Zu diesem Zwecke wurden bereits im März 1946 durch das eidgenössische Departement des Innern den Kantonen «Richtlinien über die Durchführung des Schirmbildverfahrens zur Tuberkulosebekämpfung» zugestellt. Damit sollte bei den Untersuchungen, die heute schon im Gange sind, eine einheitliche Methode geschaffen werden, von der beim Erlass von gesetzlichen Verordnungen über die Durchführung ausgegangen werden kann. Die Richtlinien, die sich praktisch bewährt haben, erstrecken sich auf die Organisation der Untersuchungen, die Beschriftung und Klassierung der Personalkarten, die Registratur, die Organisation und Durchführung der Auswertung, die Bezeichnung der Befunde nach einheitlichem Schlüssel, die Durchführung der Abklärungsuntersuchungen, den Schutz des ärztlichen Geheimnisses, die Zusammenarbeit mit der Tuberkulosefürsorge und die gesetzliche Meldepflicht.

Art. 3.

Die Kantone sind ermächtigt, zur Deckung der Kosten der einfachen Reihenuntersuchung Gebühren zu erheben. Unter einfacher Reihenuntersuchung wird dabei der Teil der Untersuchung verstanden, der als Massenverfahren durchgeführt werden muss, bei der Anwendung der Schirmbildphotographie also die Erstellung der photographischen Aufnahmen und deren Auswertung. Die eingehende Abklärung der krankhaften und verdächtigen Befunde fällt dagegen mehr unter den Begriff der einfachen Reihenuntersuchung.

Bei den bisher durchgeführten Schirmbilduntersuchungen wurde in einem Teil der Kantone eine Gebühr erhoben, die zwischen 50 Rappen und Fr. 1.50 bei Kindern und Fr. 1 bis Fr. 3.50 bei Erwachsenen lag. Andere Kantone führten die Untersuchungen gebührenfrei durch. Bei Betriebsunter-

suchungen übernehmen bisher die Arbeitgeber meistens freiwillig den Beitrag für ihre Angestellten, bei Schuluntersuchungen wurde er grösstenteils von den Gemeinden getragen. Nach dem Gesetzesentwurf soll ebenfalls der Kanton entscheiden, ob er Gebühren erheben will. Es kann nicht damit gerechnet werden, dass auch in Zukunft die Betriebsinhaber die Untersuchungskosten immer freiwillig auf sich nehmen werden. In Zeiten der Krise wird ihre Neigung, Leistungen für die Gesundheitsfürsorge zu übernehmen, geringer sein als in Konjunkturperioden. Ferner wurden bis jetzt vor allem grosse, finanziell leistungsfähige Betriebe mit weitgehendem Verständnis für den Gesundheitsschutz untersucht, bei denen von vornherein mit einer positiven Einstellung der Betriebsleitungen und der Arbeitnehmer für die Durchführung der Untersuchungen gerechnet werden konnte. Bei kleinen, finanzschwachen Betrieben, besonders des Kleingewerbes, könnte es aber unter Umständen schwer halten, eine freiwillige Übernahme der Kosten zu erreichen.

Minderjährigen und Bedürftigen sollen die Gebühren erlassen werden. Für die Schüler sind die Untersuchungen schon heute vielerorts unentgeltlich. Diese Erleichterung rechtfertigt sich für die ganze Altersklasse der Minderjährigen, die besonders tuberkulosegefährdet sind und bei denen alles daran gesetzt werden muss, die Untersuchungen zu erleichtern. Es soll in der Kompetenz der Kantone liegen, die Kategorie der «Bedürftigen», für welche die Untersuchungen ebenfalls kostenlos sein sollen, festzulegen.

Die Höchstgrenzen der Gebühren werden durch den Bundesrat auf dem Verordnungswege festgesetzt werden. Sie werden sich jeweilen nach dem Untersuchungsverfahren und nach den Umtrieben, welche dieses je nach den örtlichen Verhältnissen verursacht, richten.

Art. 4.

Die Bestimmungen dieses Artikels verpflichten den Bundesrat oder die Kantone, gleichzeitig mit der Anordnung der periodischen Untersuchungen die Versicherungspflicht für die dadurch erfasste Bevölkerung — soweit sie wenig bemittelt ist — einzuführen. Dabei ist die Regelung so getroffen, dass die Kantone auch dann, wenn der Bundesrat die Versicherungspflicht einführt, zur Umschreibung des Kreises der obligatorisch Versicherten herangezogen werden können. Dadurch wird erreicht, dass die Umschreibung der Versicherungspflicht in allen Fällen mit Rücksicht auf die regionalen Verhältnisse erfolgt. Der Bundesrat kann ferner die Kantone mit der Durchführung der von ihm angeordneten Obligationen beauftragen, wodurch auch in diesen Fällen die Berücksichtigung der regionalen Verhältnisse möglich ist.

Die Versicherungsleistungen sind vom Bundesrat oder den Kantonen auf Grund von Absatz 2 festzusetzen. Dabei ist als Mindestleistung die Krankenpflegeversicherung vorgeschrieben, da die Tuberkuloseversicherung auf der Krankenversicherung beruht. Dazu kommen noch die minimalen Pflegeleistungen der Tuberkuloseversicherung sowie ein täg-

liches Krankengeld für Erwachsene. Um die Mitgliederbeiträge möglichst niedrig halten zu können, wird dabei die Ausrichtung eines Krankengeldes im Tuberkulosefall nicht an die Voraussetzung des Bestehens einer Krankengeldversicherung geknüpft. Die Kantone können diese aber auf Grund des Art. 2 des Krankenversicherungsgesetzes dennoch vorsehen. Die Festsetzung eines Obligatoriums für die ordentliche Krankengeldversicherung soll also den Kantonen überlassen bleiben, weil deren Einführung nicht in allen Kantonen, namentlich nicht in den ländlichen, ein Bedürfnis zu sein scheint.

Mit Absicht werden im Absatz 2 nur die minimalen Leistungen der Krankenpflege- und Tuberkuloseversicherung vorgeschrieben, insbesondere wird die Höhe des Taggeldes nicht festgesetzt. Durch Ausführungsbestimmungen zu der obligatorischen Kranken- und Tuberkuloseversicherung sowie in den Gesamtarbeitsverträgen kann hinsichtlich des Taggeldes das Nötige vorgekehrt werden. Die einheitliche Festsetzung der Versicherungsleistungen für das ganze Land ist wegen der verschiedenartigen wirtschaftlichen Verhältnisse in den einzelnen Landesgegenden und unter den verschiedenen Berufsgruppen nicht möglich. Deshalb muss die Regelung so getroffen werden, dass bei der Anordnung der Versicherungspflicht die Leistungen von Fall zu Fall und nach den Bedürfnissen der betreffenden Bevölkerungskreise festgesetzt werden können.

In Absatz 3 des Artikels werden die Kantone ermächtigt, für die Bevölkerungskreise, die der Versicherungspflicht gemäss Absatz 1 nicht unterstehen, d. h. also für die besser situierten Kreise oder für solche, welche der Reihenuntersuchung nicht unterstellt sind, die Tuberkuloseversicherung unabhängig von der Krankenversicherung obligatorisch zu erklären. Die Befugnis zur Delegation dieser Kompetenz durch die Kantone an die Gemeinden scheint hier nicht angebracht im Hinblick auf den übertragbaren Charakter der Tuberkulose, welcher einen möglichst allgemeinen Versicherungsschutz erfordert. Gemäss Art. 2 des Krankenversicherungsgesetzes haben die Kantone die Kompetenz, die allgemeine Krankenversicherung für ihre Bevölkerung oder Teile derselben obligatorisch zu erklären. Da aus dieser Bestimmung das Recht der Kantone kaum abgeleitet werden kann, die Versicherung nur für einzelne Krankheiten, wie z. B. die Tuberkulose, an Stelle einer Versicherung für alle Krankheiten obligatorisch zu erklären, halten wir eine besondere Kompetenzbestimmung über die Möglichkeit eines kantonalen Tuberkuloseversicherungsobligatoriums für notwendig.

Der Art. 4 des Gesetzes modifiziert die gemäss dem Kranken- und Unfallversicherungsgesetz bestehende Rechtslage nach zwei Richtungen. Zunächst nimmt der Bund die ihm nach Art. 84^{bis} der Bundesverfassung zustehende Kompetenz der Einführung der Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung oder einzelne Bevölkerungskreise in Anspruch, allerdings unter der Voraussetzung, dass periodische Untersuchungen angeordnet werden. Sodann erhalten die Kantone die Ermächtigung, die Tuberkuloseversicherung selbständig obligatorisch zu erklären.

Art. 5.

Die Fürsorgeleistungen werden auf die bedürftigen Schweizerbürger beschränkt. Als solche sind die Personen zu betrachten, die nur mit staatlicher Hilfe, also nicht selber oder von dritter Seite, insbesondere durch die Versicherung, Verwandte usw., die nötigen Mittel für die Behandlung und den Unterhalt ihrer Familien aufbringen können. Die Berücksichtigung der Ausländer ist, wie sich aus Art. 6, Abs. 4, ergibt, den Kantonen freigestellt.

Als nicht versicherungsfähig im Sinne von lit. *a* des Abs. 1 gelten insbesondere die Personen, die im Augenblick der Einführung des Obligatoriums bereits krank sind und nicht schon freiwillig einer Krankenkasse angehört haben. Der Einbezug dieser Personen in die Versicherung würde eine zu grosse Belastung der Versicherung und damit der beitragspflichtigen Mitglieder mit sich bringen. Immerhin steht es dem Bundesrat und den Kantonen frei, die Aufnahme in die obligatorische Versicherung ohne Rücksicht auf den Gesundheitszustand anzuordnen, sofern dies im gegebenen Fall tragbar erscheint. Dagegen halten wir eine diesbezügliche gesetzliche Vorschrift für zu weitgehend.

Der Eintritt in die obligatorische Versicherung wird in der Regel auch von einer oberen Altersgrenze abhängig gemacht. Da auch hier eine gewisse Freiheit gelassen werden soll, kann es vorkommen, dass Personen mit einem gewissen Alter nicht mehr in die obligatorische Versicherung aufgenommen werden können, so dass für sie im Tuberkulosefall anderweitig gesorgt werden muss.

Auch in der obligatorischen Versicherung wird gelegentlich der Anspruch auf Versicherungsleistungen vom Ablauf einer bestimmten Zeit seit der Erwerbung der Kassenmitgliedschaft abhängig gemacht (Karenzzeit). Ferner beginnt die Versicherungspflicht in der Regel nach einer gewissen Wohnsitzdauer. Deshalb muss namentlich für die Fälle des Wohnsitzwechsels und damit für den Übertritt von einem kantonalen Obligatorium in das andere die erforderliche Hilfe vorgesehen werden.

Schliesslich ist der Fall denkbar, dass eine Person, die gemäss ihrer wirtschaftlichen Lage dem Obligatorium für Wenigbemittelte nicht angehörte, in wirtschaftliche Not gerät und erkrankt, bevor sie in die obligatorische Versicherung aufgenommen wurde.

Die Versicherungsleistungen gemäss Art. 4 und die Fürsorgeleistungen gemäss Art. 5 werden den behandlungsbedürftigen Tuberkulösen ausgerichtet. Es ergibt sich dies einerseits aus dem Wesen der Versicherungsleistungen und andererseits aus dem Wortlaut von Art. 5, Abs. 1. Nun gibt es aber Tuberkulöse, die nicht behandlungsbedürftig sind, die aber wegen der Möglichkeit einer Ansteckung vom Arbeitsplatz entfernt werden müssen. In Analogie zu Art. 6, Abs. 3, des Tuberkulosegesetzes, der nur für die Lehrer und das Pflegepersonal in Schulen und Anstalten gilt, wurde in Art. 5, Abs. 2, des Entwurfes die Möglichkeit einer angemessenen Unterstützung durch den Wohnsitzkanton vorgesehen.

Die Bestimmung in Abs. 3, wonach die Fürsorgeleistungen der Kantone nicht als Armenunterstützung betrachtet werden dürfen, entspricht dem Begehren aus Kreisen der Tuberkulosekranken. Sie ist gerechtfertigt, da es sich in diesen Fällen in der Regel um Personen handelt, die ohne eigenes Verschulden in Not geraten sind und bei denen deshalb der Eintritt von armenrechtlichen Folgen stossend wirkt.

Der Abs. 4 sieht vor, dass der Wohnsitzkanton des Kranken gegenüber dem Heimatkanton für ausgerichtete Unterstützungen Anspruch auf Rückvergütung hat, deren Höhe sich nach der Wohndauer des Kranken richtet. Es wurde auch schon vorgeschlagen, diese Frage auf dem Konkordatswege durch die Kantone selber regeln zu lassen. Abgesehen davon, dass das Zustandekommen eines Konkordates lange Zeit in Anspruch nehmen würde, wäre ein solches eine brauchbare Lösung nur dann, wenn ihm wirklich alle Kantone beitreten würden.

Art. 6.

Die Begründung zu Abs. 1 wurde bereits gegeben. Da die Untersuchungen bis heute auf Grund des Art. 14 des Tuberkulosegesetzes subventioniert wurden, muss eine Doppelsubventionierung verhindert werden (Abs. 2).

Der Abs. 3 enthält die Bestimmungen über die Bundesbeiträge an die ergänzenden Fürsorgeleistungen der Kantone. Voraussetzung zur Ausrichtung der Beiträge ist die Festsetzung einer Versicherungspflicht im betreffenden Kanton im Sinne des Art. 4 des Gesetzes oder gemäss Art. 2 des Krankenversicherungsgesetzes sowie die Genehmigung der kantonalen Vorschriften über die Fürsorgeleistungen des Kantons durch den Bundesrat. Durch die Genehmigung soll dem Bundesrat die Möglichkeit gegeben werden, die Beteiligung des Bundes an den Fürsorgeleistungen in einem angemessenen Rahmen zu halten und Versicherung und Fürsorge zu koordinieren.

Zu Abs. 4 ist zu bemerken, dass die staatsvertraglichen Regelungen vorbehalten bleiben.

Art. 7.

Durch diesen Artikel werden zwei Artikel des Tuberkulosegesetzes abgeändert.

Art. 2, Abs. 1, des Tuberkulosegesetzes soll eine neue Fassung erhalten, nach welcher die Ärzte verpflichtet sind, alle ansteckungsgefährlichen Tuberkulosen, die zu ihrer Kenntnis gelangen, zu melden. Die bisherige Bestimmung, wonach die Tuberkulose nur dann gemeldet werden musste, wenn der Kranke «nach dem Stand der Krankheit und nach seinen persönlichen Verhältnissen» eine Ansteckungsgefahr bildete, war von jeher unbefriedigend. Da die Beurteilung der persönlichen Verhältnisse ganz dem subjektiven Empfinden des Arztes überlassen war, bestand keine einheitliche Meldepraxis. Viele Ärzte gingen daher von sich aus dazu über, jeden Fall von bazillärer Tuberkulose

anzuzeigen. Ausserdem wurden sehr häufig auch geschlossene Tuberkulosen gemeldet in der richtigen Erkenntnis, dass eine geschlossene Form unter Umständen von einem Tag auf den andern in die bazilläre übergehen und damit für die Umgebung gefährlich werden kann. Die neue Fassung von Art. 2, Abs. 1, vermeidet daher auch den Ausdruck «offen» oder «bazillär» und spricht nur von «ansteckungsgefährlichen» Tuberkulösen. Die «persönlichen Verhältnisse», die übrigens wechseln können, fallen als Kriterium für die Meldepflicht weg, und die Tuberkulose wird den übrigen übertragbaren Krankheiten gleichgestellt, die nach der heutigen Gesetzgebung ebenfalls unabhängig von den persönlichen Verhältnissen des Kranken gemeldet werden müssen.

Der bisherige Abs. 2 von Art. 2 unterstellt die Personen, welche Meldungen auf Grund von Abs. 1 entgegennehmen oder mit den erforderlichen Massnahmen betraut werden, der Schweigepflicht. Obwohl Art. 321 des Strafgesetzbuches neben den Ärzten auch deren Hilfspersonen die Pflicht zur Wahrung des Berufsgeheimnisses auferlegt und auch die bei den Reihenuntersuchungen tätigen technischen und administrativen Hilfen als ärztliche Hilfspersonen anzusehen sind, ist es doch angezeigt, die bisherige Bestimmung von Abs. 2 ausdrücklich auch auf alle Personen auszudehnen, die bei Reihenuntersuchungen tätig sind und infolgedessen unter Umständen in die Lage kommen können, Einblick in die ärztlichen Feststellungen zu erhalten.

Wenn die Reihenuntersuchungen ihren Zweck wirklich erfüllen, d. h. mit Erfolg dazu beitragen sollen, nach dem Wortlaut der Motion Bircher «die Quellen der Tuberkulose zu verschütten», dann müssen den zuständigen Behörden auch die gesetzlichen Handhaben gegeben werden, bestimmte Massnahmen durchzuführen, wo sich diese im Interesse der Allgemeinheit aufdrängen. Der bisherige Art. 3 verpflichtet die Kantone, die nötigen Massnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Tuberkulose zu treffen, ohne sich über die Anordnungen, zu denen sie in Ausführung dieser Bestimmungen berechtigt sind, näher zu äussern. Abs. 2 der neuen Fassung des Art. 3 gibt den zuständigen kantonalen Behörden die Ermächtigung, Personen, die in Ausübung ihres Berufes für ihre Umgebung ansteckungsgefährlich sind, vom Arbeitsplatz zu entfernen. In den weitaus meisten Fällen wird die notwendige Behandlung den Kranken zum vornherein veranlassen, seine Arbeit aufzugeben. Dass die Möglichkeit, zum Schutze der gesunden Umgebung einzugreifen, aber auch dann bestehen muss, wenn der Kranke die Notwendigkeit einer Behandlung nicht einsieht oder, was bei Fällen mit sehr chronischem Verlauf möglich ist, einer Behandlung nicht bedarf, liegt auf der Hand. Gerade die Reihendurchleuchtungen, besonders auch in der Armee, haben gezeigt, dass unbekannte Offentuberkulöse, die sich völlig gesund und arbeitsfähig fühlen und daher mit der Umwelt in normalem, engem Kontakt ohne besondere Vorsichtsmassnahmen leben, ganze Gruppen von Personen ihrer Umgebung infizieren können. Schon das bisherige Tuberkulosegesetz sieht für bestimmte Berufskategorien, nämlich das Lehr- und Pflegepersonal von Schulen

und Anstalten, die Entfernung vom Arbeitsplatz vor, sobald eine Erkrankung an ansteckungsgefährlicher Tuberkulose feststeht.

Wiederholt erhob sich die Frage, ob asoziale Tuberkulöse, d. h. jene Offentuberkulösen, die durch ihr Benehmen und ihre Lebensweise, in einzelnen Fällen sogar absichtlich, eine besonders gefährliche Übertragungsquelle bilden, zum Eintritt in eine geeignete Heilanstalt verpflichtet werden können. Die Frage wurde verschieden beantwortet. Auf der einen Seite ging die Ansicht dahin, dass der bisherige Art. 3 die Zwangsversorgung zwar nicht in sich schliesse, das Tuberkulosegesetz die Frage der Tuberkulosebekämpfung aber nicht abschliessend regle und die Kantone daher, gestützt auf ihre allgemeine gesundheitspolizeiliche Gesetzgebungshoheit berechtigt seien, Vorschriften über die Versorgung asozialer Tuberkulöser zu erlassen. Die andere Auffassung machte geltend, dass Art. 3 des Tuberkulosegesetzes als Rahmenbestimmung auch die Zwangsversorgung umfasse und die Kantone deshalb in Vollziehung dieser Bundesvorschrift die Einweisung gewisser Tuberkulöser vorschreiben dürften.

Diese Auffassung machte in der Folge auch der Bundesrat zu seiner eigenen, indem er kantonalen Vorschriften mit entsprechenden Bestimmungen die Genehmigung erteilte. Die Kantone machen davon aber nur selten Gebrauch. Die Erfahrung zeigt, dass derartige Bestimmungen oft durch ihr blosses Vorhandensein eine nützliche Wirkung ausüben. Abs. 3 der neuen Fassung von Art. 3 nimmt also nur eine Bestimmung ins Gesetz auf, zu deren Erlass die Kantone schon jetzt in Ausführung des bisherigen Art. 3 berechtigt waren.

Die durch Art. 3 betroffenen Personen werden hinsichtlich der wirtschaftlichen Folgen ihrer Erkrankung bzw. ihrer Entfernung vom Arbeitsplatz oder ihrer Einweisung entweder durch Art. 4 (Versicherungspflicht) oder dann durch Art. 5 (Fürsorgeleistungen) des Ergänzungsgesetzes geschützt.

Art. 8.

Hinsichtlich des Beschwerderechtes empfiehlt es sich, die gleiche Regelung wie im Tuberkulosegesetz zu treffen.

Art. 9.

Dieser Artikel enthält die Strafbestimmungen. Der Art. 17 des Tuberkulosegesetzes kann nicht ohne weiteres auf dieses Gesetz angewendet werden, da dessen Abs. 1 zu eng ist. Er enthält nämlich nur eine Strafandrohung für die Widerhandlung gegen allgemeine Normen. Im Art. 9 des Ergänzungsgesetzes wird deshalb eine Sanktion auch gegen Einzelverfügungen aufgenommen und damit gleichzeitig die Strafandrohung auch auf Widerhandlungen gegen die Vorschriften über den Versicherungszwang ausgedehnt.

Wir beehren uns, Ihnen zu

beantragen:

es sei auf die Beratung des nachfolgenden Gesetzesentwurfes einzutreten und dieser zum Beschluss zu erheben.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Präsident, hochgeehrte Herren, die Versicherung unserer vollkommenen Hochachtung.

Bern, den 8. Juli 1947.

Im Namen des schweiz. Bundesrates,

Der Bundespräsident:

Etter.

Der Vizekanzler:

Ch. Oser.

(Entwurf.)

Bundesgesetz
über
die Ergänzung des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928
betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose.

Die Bundesversammlung
der schweizerischen Eidgenossenschaft,
gestützt auf die Art. 34^{bis} und 69 der Bundesverfassung,
nach Einsicht in eine Botschaft des Bundesrates vom 8. Juli 1947,
beschliesst,

Art. 1.

¹ Zur rechtzeitigen Erkennung und Betreuung tuberkulosekranker Personen kann der Bundesrat die periodische obligatorische Untersuchung der Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsgruppen anordnen.

² Die Kantone sorgen für die Durchführung der Untersuchungen.

³ Soweit der Bundesrat von seiner Befugnis gemäss Abs. 1 keinen Gebrauch macht, steht sie den Kantonen zu.

Art. 2.

Der Bundesrat sichert durch Verordnung die einheitliche Durchführung der Untersuchung.

Art. 3.

¹ Die Kantone sind ermächtigt, zur Deckung der Kosten der einfachen Reihenuntersuchungen Gebühren zu erheben. Der Bundesrat setzt die zulässigen Höchstgebühren fest.

² Bei unselbständig Erwerbenden können die Gebühren ganz oder teilweise dem Arbeitgeber überbunden werden. Minderjährigen und Bedürftigen ist die Gebühr zu erlassen.

Art. 4.

¹ Gleichzeitig mit der Anordnung der periodischen Untersuchungen gemäss Art. 1 ist die dadurch erfasste Bevölkerung, soweit sie wenig bemittelt

ist, zu verpflichten, sich gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und insbesondere der Erkrankung an Tuberkulose zu versichern.

² Die Versicherung hat mindestens zu umfassen:

- a. ärztliche Behandlung und Arznei (Krankenpflege) im Sinne des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung;
- b. die Pflegeleistungen sowie ein tägliches Krankengeld für Erwachsene gemäss der gestützt auf Art. 15 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose erlassenen Ausführungsverordnung des Bundesrates über die Tuberkuloseversicherung.

³ Die Kantone sind ermächtigt, für die Bevölkerungskreise, die der Versicherungspflicht gemäss Abs. 1 nicht unterstehen, die Tuberkuloseversicherung unabhängig von der Krankenversicherung obligatorisch zu erklären.

⁴ Der Bundesrat kann die Kantone mit der Durchführung der von ihm gemäss Abs. 1 angeordneten Versicherung und insbesondere mit der Festsetzung des Kreises der wenig Bemittelten beauftragen.

⁵ Die Vorschriften der Kantone über die Versicherungspflicht bedürfen der Genehmigung des Bundesrates.

Art. 5.

¹ Die Kantone sorgen auf dem Wege der Fürsorge für die Behandlung bedürftiger tuberkulosekranker Schweizerbürger und den wirtschaftlichen Schutz ihrer Familien, wenn sie

- a. der Versicherungspflicht gemäss Art. 4 unterstehen, nach den allgemeinen Versicherungsgrundsätzen aber nicht versicherungsfähig oder noch nicht bezugsberechtigt sind, eines über die bestehende Versicherung hinausgehenden wirtschaftlichen Schutzes bedürfen oder die Bezugsberechtigung für Versicherungsleistungen erschöpft haben;
- b. der Versicherungspflicht nicht unterstehen und nicht oder nur ungenügend versichert sind.

² Geraten nicht behandlungsbedürftige tuberkulöse Schweizerbürger, die gemäss Art. 3, Abs. 2, des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose vom Arbeitsplatz entfernt werden, und ihre Familien ohne Verschulden in Not, so können ihnen die Kantone eine angemessene Unterstützung gewähren.

³ Die Fürsorgeleistungen der Kantone dürfen nicht als Armenunterstützung betrachtet werden.

⁴ Der Wohnsitzkanton hat gegenüber dem Heimatkanton für die Fürsorgeleistungen an die in anderen Kantonen heimatberechtigten Einwohner bei einer Wohndauer des Unterstützten bis zu zwei Jahren Anspruch auf den vollen, vom dritten bis fünften Jahr auf den halben Betrag der Fürsorgeleistungen. Bei mehr als fünfjähriger Wohndauer liegt die Leistungspflicht ganz dem Wohnsitzkanton ob.

Art. 6.

¹ An die einfachen Reihenuntersuchungen im Sinne von Art. 1 leistet der Bund den Kantonen für jede Untersuchung einen Beitrag, dessen Höhe vom Bundesrat festgesetzt wird und der unter Berücksichtigung der Kosten der Untersuchungen in den einzelnen Landesgegenden abgestuft werden kann. Der Beitrag wird auch für freiwillige Untersuchungen gewährt.

² An die Untersuchungskosten werden dagegen keine Bundesbeiträge gemäss Art. 14 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose ausgerichtet.

³ An die Leistungen der Kantone gemäss Art. 5 dieses Gesetzes kann der Bund je nach der finanziellen Lage des Kantons einen Beitrag von höchstens einem Viertel gewähren, sofern der Kanton die Versicherungspflicht im Sinne von Art. 4 angeordnet hat und die kantonalen Vorschriften über die Fürsorgeleistungen durch den Bundesrat genehmigt wurden.

⁴ Soweit die Kantone die Ausländer in die Fürsorge gemäss Art. 5 einbeziehen, leistet der Bund die in Abs. 3 vorgesehenen Beiträge auch in diesen Fällen.

Art. 7.

Art. 2 und 3 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose werden aufgehoben und durch folgende Bestimmungen ersetzt:

Art. 2: ¹ Die Ärzte sind verpflichtet, alle ansteckungsgefährlichen Tuberkulösen, die zu ihrer Kenntnis gelangen, zu melden.

² Wer bei Reihenuntersuchungen tätig ist, wer Meldungen nach Abs. 1 entgegennimmt oder mit der Ausführung der erforderlichen Massnahmen betraut ist, unterliegt der Schweigepflicht.

Art. 3: ¹ Die Kantone treffen geeignete Massnahmen gegen die Verbreitung der Tuberkulose durch ansteckungsgefährliche Kranke.

² Wer in der Ausübung eines Berufes für seine Umgebung ansteckungsgefährlich ist, kann durch die zuständige kantonale Behörde vom Arbeitsplatz entfernt werden.

³ Kranke, die sich den behördlichen Anordnungen gemäss Abs. 1 und 2 widersetzen, können durch die zuständige kantonale Behörde in eine geeignete Heilanstalt eingewiesen werden.

Art. 8.

Die Bestimmungen des Art. 16 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose finden auf dieses Gesetz Anwendung.

Art. 9.

¹ Wer vorsätzlich oder fahrlässig den Vorschriften dieses Gesetzes oder den eidgenössischen oder kantonalen Ausführungsvorschriften und den gestützt darauf erlassenen Verfügungen zuwiderhandelt, wird mit Busse bis zu tausend Franken bestraft.

² Wer durch unwahre Angaben oder durch Unterdrückung von Tatsachen für sich oder für einen anderen die Ausrichtung einer Unterstützung oder die Anordnung einer unentgeltlichen Fürsorgemassnahme erwirkt oder zu erwirken versucht, wird, sofern nicht eine schärfere Strafbestimmung Anwendung findet, mit Busse bis zu zweitausend Franken bestraft.

³ Die Strafverfolgung und Beurteilung liegt den Kantonen ob.

⁴ Die Bussen fallen den Kantonen zu.

Art. 10.

¹ Der Bundesrat ist mit dem Vollzug dieses Gesetzes beauftragt. Er setzt den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes fest.

² Eidgenössische und kantonale Bestimmungen, die mit diesem Gesetz im Widerspruch stehen, sind auf den gleichen Zeitpunkt aufgehoben.

Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung über die Ergänzung des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose. (Vom 8. Juli 1947.)

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1947
Année	
Anno	
Band	2
Volume	
Volume	
Heft	27
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	5484
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	10.07.1947
Date	
Data	
Seite	465-509
Page	
Pagina	
Ref. No	10 035 926

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.