

## Botschaft

des

Bundesrates an die Bundesversammlung betreffend den Erlass eines Bundesbeschlusses über die Gewährung einer ausserordentlichen Subvention an die anerkannten Krankenkassen.

(Vom 18. Juni 1923.)

1. Der Bund bezahlt nach Massgabe des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911, Art. 35, 36 und 37, den Krankenkassen, die sich den Bedingungen dieses Gesetzes unterziehen, auf das Mitglied und das ganze Jahr gerechnet, eine Subvention von

Fr. 3. 50 für versicherte Kinder bis und mit dem Jahre, in dem sie das vierzehnte Altersjahr zurücklegen, sowie für männliche, über dem genannten Alter stehende Versicherte, denen die Kasse ärztliche Behandlung und Arznei oder ein Krankengeld von mindestens einem Franken gewährt;

Fr. 4 für weibliche Versicherte, die über dem vierzehnten Altersjahre stehen, unter den gleichen Bedingungen, wie sie für die Männer gelten;

Fr. 5 für Versicherte, denen die Kasse sowohl ärztliche Behandlung und Arznei, als ein tägliches Krankengeld von mindestens einem Franken gewährt.

Diese Bundesbeiträge werden um je 50 Rappen erhöht für die Versicherten, denen die Kasse in Krankheitsfällen die Versicherungsleistungen nicht nur für 180 Tage im Laufe von 360 aufeinanderfolgenden Tagen, sondern für 360 Tage im Laufe von 540 aufeinanderfolgenden Tagen gewährt.

Sodann bezahlt der Bund in dünn bevölkerten Gebirgsgegenden mit geringer Wegsamkeit an die Kassen einen Gebirgszuschlag bis auf 7 Franken, auf das ganze Jahr gerechnet, für jedes

versicherte Mitglied. Daneben gewährt er in solchen Gegenden den Kantonen für sich und zuhanden ihrer Gemeinden Beiträge an Einrichtungen, die die Verbilligung der Krankenpflege oder der Geburtshilfe bezwecken, bis zur Höhe des Gesamtbetrages der vom Kanton, Gemeinden und Privaten geleisteten Summen, höchstens aber im Ausmass von Fr. 3 jährlich, auf den Kopf der beteiligten Bevölkerung gerechnet. Endlich leistet der Bund Kantonen und Gemeinden, welche die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären und die Beiträge dürftiger Kassenmitglieder ganz oder teilweise auf sich nehmen, Beiträge bis auf einen Drittel dieser Auslagen.

2. Die vorläufige Ausgestaltung der Krankenversicherung in dieser Form einer Subventionierung derjenigen Kassen, die sich bestimmten gesetzlichen Anforderungen in bezug auf ein Leistungsminimum, Gegenseitigkeit, Sicherheit, unterziehen, hat dank einer zweckmässigen Handhabung des Gesetzes durch die Aufsichtsbehörden im allgemeinen die Erfolge erzielt, die man von ihr erhoffte, nämlich die Krankenkassen zu stärken und zu konsolidieren, in das Krankenkassenwesen eine gewisse rechtliche Ordnung zu bringen und den Gedanken der Krankenversicherung in weite Kreise zu tragen.

Zählte man auf 31. Dezember 1914, dem ersten Jahre der Wirksamkeit des Gesetzes, 453 Krankenkassen mit 361,621 Mitgliedern, so waren es Ende des Jahres 1921 963 Kassen, von denen für 959 statistisches Material vorliegt, mit 984,572 Mitgliedern. Entsprechend ist der Betrag der Bundesleistungen gemäss Art. 35 des Gesetzes von Fr. 1,414,094. 50 im Jahre 1914 auf Fr. 4,381,596 gestiegen. Dazu kommt noch ein Betrag von Fr. 285,249 an Gebirgszuschlägen. Von den Versicherungsarten ist es die sozial und wirtschaftlich ungleich wertvollere Krankenpflegeversicherung, die den stärksten Zuwachs an Versicherten aufzuweisen hat. Um wie viel rationeller der Versicherungsbetrieb geworden ist, belegt die Tatsache, dass der bei Anlass der Hilfskassenstatistik vom Jahre 1903 ermittelte Prozentsatz der kleinen Kassen mit bloss 1 bis 50 Mitgliedern von 22,5 % auf 6,6 % im Jahre 1916 heruntergegangen ist. Auch seither ist die durchschnittliche Mitgliederzahl der in jedem Jahre neu anerkannten Kassen stetig gestiegen. Während die Durchschnittszahl noch im Jahre 1920 sich auf 577 Mitglieder belief, beträgt sie 924 Mitglieder für das Jahr 1921. Nicht ganz entsprechend haben sich die Vermögensverhältnisse der Kassen entwickelt. Das Vermögen

der 453 auf Ende 1914 anerkannten Kassen mit 361,621 Mitgliedern betrug Fr. 9,632,569. 37, somit nicht ganz Fr. 27 auf das Mitglied. Das Vermögen der 959 auf Ende 1921 anerkannten Krankenkassen mit 984,572 Mitgliedern betrug Fr. 28,324,724. 32, oder ca. Fr. 29 auf das Mitglied gerechnet. Mag so die Entwicklung rein zahlenmässig als normal und gesund erscheinen, so ist dies doch nicht der Fall, wenn man den seit 1914 erheblich gesunkenen Geldwert berücksichtigt.

3. Nachdem im Laufe der Jahre Wünsche betreffend Revision des geltenden Gesetzes vom 13. Juni 1911 im Teile Krankenversicherung wie im Teile Unfallversicherung auch in den eidgenössischen Räten ihren Ausdruck gefunden hatten, beauftragte der Bundesrat am 10. Februar 1919 das Volkswirtschaftsdepartement, es seien das Bundesamt für Sozialversicherung und die Schweiz. Unfallversicherungsanstalt einzuladen, im gegebenen Zeitpunkt einen Vorschlag für die Revision des genannten Gesetzes vorzulegen. Die Notwendigkeit der Einleitung von Revisionsarbeiten bezüglich der Krankenversicherung ergab sich vor allem auch in Ansehung der Vorarbeiten für die Einführung der Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung auf eidgenössischem Boden. Die vom Bundesamte eingeleiteten Arbeiten fanden im Sommer 1922 mit der Aufstellung eines Vorentwurfes durch eine aus allen beteiligten Kreisen zusammengesetzte Expertenkommission einen vorläufigen Abschluss. Er basiert auf einem beschränkten Obligatorium der Krankenversicherung, weil die anfängliche Stimmung für ein Volksobligatorium sich speziell auch in den Krankenkassenkreisen gewendet und auch der Bundesrat den veränderten Verhältnissen gegenüber den ursprünglichen Gedanken eines Volksobligatoriums fallen gelassen hatte.

4. Die Verhandlungen der Expertenkommission deckten aber auch hinsichtlich der Durchführung einer teilweise obligatorischen Krankenversicherung von Bundes wegen tiefgreifende Meinungsverschiedenheiten auf, die auch in den eidgenössischen Räten ihren Ausdruck finden dürften, wenn ihnen die Vorlage unterbreitet werden wird, und die deren rasche Verabschiedung als unsicher erscheinen lassen. Gleichzeitig begann die Wirtschaftskrise ihre Wirkungen auch auf das Krankenkassenwesen auszuüben. Nicht nur dass ein Stillstand in der Entwicklung des Kassenwesens eintrat; die bedrängte Lage vieler Mitglieder mit zahlreichen Rückständen in der Prämienzahlung bei eher noch wachsender Beanspruchung der Kassen störte in zahlreichen Kassen das Gleichgewicht der Einnahmen und Ausgaben und drohte in den sich

häufenden Betriebsrückschlägen die solide finanzielle Grundlage der Krankenversicherung zu erschüttern. Diese Gefahren in Verbindung mit der Überlegung, dass die seit dem Jahre 1911 unverändert gebliebenen Bundesbeiträge bei dem stark gesunkenen Geldwert in keiner Weise mehr dem gewollten Masse der Unterstützung entsprechen, liess in immer weitern Kreisen den Wunsch dringend werden, es möchte doch als sofortige Massnahme auf dem Boden des jetzigen Gesetzes das Beitragssystem mit den Zeitverhältnissen in Übereinstimmung gebracht werden, um eine Zerrüttung des Krankenkassenwesens und damit die Gefährdung wertvoller langjähriger Arbeit auf diesem sozialen Gebiete zu verhindern.

5. Diesen Wünschen Ausdruck gebend, reichten die drei zentralen Krankenkassenverbände: Konkordat Schweizerischer Krankenkassenverbände, Fédération des Sociétés suisses de secours mutuels und die Federazione Ticinese delle Casse malati, die zusammen etwa 900,000 Mitglieder vertreten, am 11. März 1922 beim Bundesrat ein förmliches Gesuch ein, lautend auf Revision der Art. 35 und 36 des geltenden Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes im Sinne einer erheblichen Erhöhung der gegenwärtigen Bundessubvention, zugleich verbunden mit dem Übergang vom System der Beitragsberechnung auf Grundlage der Zahl der Mitglieder zum System einer prozentualen Beteiligung des Bundes an den Kassenauslagen. Die Begehren werden im wesentlichen damit begründet, dass die Kosten der Krankenpflege gegenwärtig mindestens um 70—80 % gestiegen seien, dass anderseits in der Krankengeldversicherung infolge der starken Geldentwertung das vom Gesetz noch als Minimalpflichtleistung angenommene Krankengeld von Fr. 1 täglich sozusagen keinen wirtschaftlichen Wert mehr habe, dass die geltenden Kopfbeiträge seinerzeit bei Erlass des Gesetzes nicht willkürlich, sondern in einem gewollten Verhältnis zu den voraussichtlichen Kosten der Versicherung bzw. zum Minimalkrankengeld gewählt worden seien und dass deshalb die gleichgebliebenen Beiträge dem angenommenen natürlichen Verhältnis in keiner Weise mehr entsprechen.

Bezüglich des Wunsches auf Übergang zum System der prozentualen Beteiligung wird darauf hingewiesen, dass die Kopfbeiträge dem ganz verschiedenen Wert der von den Kassen gewährten Versicherungsleistungen nur ganz ungenügend gerecht werden; ganz ungerechtfertigt sei im besonderen die Bestimmung, dass bei mehrfacher Mitgliedschaft ohne jede Rücksicht auf die Leistungen der verschiedenen Kassen einfach die Kasse den Bundesbeitrag erhalte, der das Mitglied länger angehört.

Die Bestrebungen der Kassen fanden Unterstützung in den eidgenössischen Räten. Schon vor der Eingabe der Kassenverbände, zu Anfang des Jahres 1922, wurde der Bundesrat durch ein Postulat des Herrn Nationalrat Weber eingeladen, vorgängig der Revision des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes die Frage der Erhöhung des Bundesbeitrages für die weiblichen Kassenmitglieder zu prüfen. In der Folge brachte Herr Nationalrat Joseph Scherrer eine Motion ein, des Wortlautes:

„Der Bundesrat wird eingeladen, der Bundesversammlung beförderlichst eine Vorlage für die Revision der Art. 35 und 36 des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911 im Sinne der Eingabe des Konkordates Schweizerischer Krankenkassenverbände vom 11. März 1922 zu unterbreiten.“

und am 22. Dezember 1922 endlich reichte Herr Nationalrat Hunziker folgendes Postulat ein:

„Der Bundesrat wird eingeladen, die Frage zu prüfen, ob nicht vorübergehend den anerkannten Krankenkassen ein ausserordentlicher Beitrag von zirka 2 $\frac{1}{2}$  Millionen Franken auszurichten sei, dessen Verteilung durch das eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement vorgenommen würde, um die eingetretene Geldentwertung in der Subventionierung der Krankenversicherung auszugleichen und um insbesondere auch das grössere Versicherungsrisiko der Krankenpflege- und Frauenversicherung besser berücksichtigen zu können.“

Das Departement verhielt sich zunächst dem Begehren der Kassenverbände gegenüber ablehnend. Das Bundesamt für Sozialversicherung brachte diese Stellungnahme im Auftrage des Departementes den Verbänden zur Kenntnis. Es wurde auf den Stand der Arbeiten für die Totalrevision des Gesetzes und dann im besondern auch darauf aufmerksam gemacht, dass das heutige Beitragssystem, bei dem die Kassen für jedes Mitglied ohne Rücksicht auf dessen wirtschaftliche Stellung den gleichen Betrag erhalten, dem sozialen Charakter der Gesetzgebung nicht entspreche. Eine Änderung der Beitragsbestimmungen allein würde die Revision des noch in andern Teilen revisionsbedürftigen Gesetzes hinausschieben und zugleich würde durch einfache Erhöhung der Beiträge der unsoziale Charakter des Systems noch sanktioniert. In einer Zuschrift vom 20. Juli 1922 hielten die Kassen in allen Teilen an ihren Begehren fest. In der Folge wurde dann vom Bundesamt für Sozialversicherung versucht, im Konferenzwege die Stellungnahme der Kassen zu einer allfälligen

Beitragerhöhung mit besonderer Berücksichtigung der wirtschaftlich schwächeren Kassenmitglieder abzuklären. Während die westschweizerischen Kassen einer solchen Ordnung nicht unter allen Umständen abgeneigt schienen, lehnte sie das Konkordat ab.

6. Was zunächst die Frage nach der materiellen Berechtigung einer der Einführung des eidgenössischen Krankenversicherungsobligatoriums vorgängigen Erhöhung der Bundesbeiträge in der freiwilligen Krankenversicherung oder eines blossen ausserordentlichen Zuschusses betrifft, so ist ohne weiteres zuzugaben, dass sich das Verhältnis dieser Beiträge zum Gesamtaufwand der Krankenkassen erheblich zu deren Ungunsten verändert hat. Noch die bundesrätliche Botschaft vom 10. Dezember 1906 ging von einem jährlichen Aufwand für Arzt und Arznei von Fr. 6. 12 aus, auf das Mitglied gerechnet (s. Bundesbl. 1906, Bd. VI, S. 301). Die Kosten für die Gewährung eines Krankengeldes von Fr. 1 täglich wurden pro Jahr und Mitglied auf Fr. 7 berechnet (mit Einschluss des Wochenbettes auf Fr. 7. 65). Der vom Gesetze bei Gewährung der einen oder andern Leistung durch die Kassen für die Dauer von 180 auf 360 aufeinanderfolgenden Tagen einheitlich auf Fr. 3. 50 für Männer und Fr. 4 für Frauen normierte Bundesbeitrag macht somit bei der erstern Leistung 57 % bzw. 65 %, bei der zweitgenannten Leistung 50 % bzw. 57 % des durchschnittlichen Aufwandes aus. Demgegenüber betragen die durchschnittlichen Kosten der Krankenpflege bei den Kassen, welche die Minimalleistung in dieser Form gewähren, im Jahre 1916 Fr. 10. 20, und zwar für die Männer Fr. 8. 40, für die Frauen Fr. 12. 37 (s. Bericht des Volkswirtschaftsdepartementes über seine Geschäftsführung im Jahre 1917, Bundesbl. 1918, Bd. II, S. 483/84). Im Jahre 1921 vollends betragen diese Kosten im Durchschnitt aller Kassen Fr. 20. 12, und zwar für Männer Fr. 18. 09, für Frauen Fr. 22. 46 (vgl. Geschäftsbericht des Departementes für das Jahr 1922, Bundesamt für Sozialversicherung, S. 13). In Ansehung der Krankengeldversicherung stimmen die Erfahrungen noch im Jahre 1921 mit der Annahme der Botschaft überein. Es traf im Jahre 1921 im Durchschnitt auf die Männer 7,<sup>01</sup> Krankentage, auf die Frauen 8,<sup>59</sup> Krankentage oder für beide zusammengerechnet durchschnittlich 7,<sup>56</sup> Krankentage, somit auf Fr. 1 tägliches Krankengeld einen Aufwand von Fr. 7. 56 auf das Mitglied und das Jahr gerechnet.

Diese Zahlen dürften beweisen, dass sich die Morbidität zwar nicht verschlechtert hat, dass aber die Kosten für die Krankenpflege ganz bedeutend gestiegen sind und dass deshalb für die

Krankenpflegekassen die Proportion zwischen Bundesbeitrag und durchschnittlichen Auslagen nicht mehr 57 und 65 %, sondern höchstens noch etwa 20 % und 18 % oder rund  $\frac{1}{3}$  bis  $\frac{1}{4}$  der frühern Prozentsätze beträgt.

Der Bund zahlt ferner den anerkannten Kassen einen Beitrag von Fr. 20 für jedes Wochenbett, sowie einen weitem Beitrag von Fr. 20 für jede Wöchnerin, die über die für die Wochenbettunterstützung in Betracht kommenden sechs Wochen hinaus ihr Kind noch während weiteren vier Wochen, also im ganzen während 10 Wochen stillt. Die Kosten des Wochenbettes wurden erstmalig im Geschäftsberichte des Volkswirtschaftsdepartementes für das Jahr 1918 durchschnittlich auf Fr. 27.45 berechnet. Es ergibt sich somit eine eigene Leistung der Kasse von Fr. 7.45 für das Wochenbett (vgl. Bundesbl. 1919, Bd. II, S. 728). Für das Jahr 1921 beträgt die durchschnittliche Belastung durch das Wochenbett Fr. 30.78. Da der ordentliche Beitrag des Bundes an die Frauenversicherung nur 50 Rappen mehr beträgt als derjenige an die Versicherung der Männer, anderseits der Morbiditätsunterschied ein ganz bedeutender ist und die Kassen trotzdem die Frauen den Männern gleichzustellen haben, so zeigt sich auch das Ungenügen des Wochenbettbeitrages von Fr. 20 bei den heutigen Wochenbettkosten deutlich. Es wird denn auch in Jahresberichten von Krankenkassen wiederholt auf diese Belastung als eine geradezu ruinöse hingewiesen.

7. Wir haben oben ausgeführt, dass die Entwicklung des Vermögensstandes mit der Entwicklung des Kassenwesens im ganzen, wenn man die Verminderung des Geldwertes berücksichtigt, nicht Schritt gehalten hat. Ein Vergleich der Kassenausgaben mit dem Kassenvermögen in den letzten Jahren zeigt ein Bild, das nicht unbedenklich ist und Aufmerksamkeit fordert. Das Bundesamt für Sozialversicherung ist bei der Anerkennung der Kassen hinsichtlich ihrer Sicherheit davon ausgegangen, dass eine Vermögensreserve von mindestens einer Jahresausgabe anzustreben sei. Das Gesetz und die Vollziehungsverordnungen haben mit Rücksicht auf die hergebrachte Übung der Krankenkassen und das damit verbundene Widerstreben gegen technische Berechnungen auf die Aufstellung näherer Vorschriften über die Sicherheit und auf die Einforderung technischer Bilanzen verzichtet und sich mit der allgemeinen Norm begnügt, dass die Kassen Sicherheit dafür bieten müssen, die übernommenen Verpflichtungen erfüllen zu können (vgl. Botschaft vom 10. Dezember 1906, Bundesbl. 1906, Bd. VI, S. 262).

Die vom Bundesamt aufgestellte Verpflichtung zur Reservierung einer Jahresausgabe entspricht der für die deutschen Krankenkassen geltenden Vorschrift des § 364 der Reichsversicherungsordnung. Danach haben die deutschen Krankenkassen eine Rücklage mindestens im Betrage der Jahresausgabe je nach dem Durchschnitte der letzten drei Jahre zu sammeln und sie auf dieser Höhe zu halten. Es ist klar, dass bei neu gegründeten Kassen nicht von Anfang an die völlige Erfüllung der Forderung durch das Bundesamt geltend gemacht werden konnte. Die Anerkennung der Kasse als bundesbeitragsberechtigte wurde und wird in solchen Fällen jeweilen unter Aufstellung bestimmter Anforderungen bezüglich der Äufnung der verlangten Rücklage bedingt ausgesprochen. Während aber nach dem Geschäftsberichte des Departementes für das Jahr 1915 (Bundesbl. 1916, Bd. II, S. 229) im Jahre 1914 einer Gesamtausgabe aller Kassen von Fr. 7,503,291. 01 ein Gesamtvermögen von Fr. 9,632,569. 37 gegenüber stand, trifft es im Jahre 1921 bei einer Gesamtausgabe von Fr. 32,298,815 bloss noch ein Vermögen von Fr. 28,324,724. 32. Der Überschuss des Vermögens über die Jahresausgabe vom Jahre 1914 im Ausmasse von etwa 27 % hat sich somit in einen Ausfall von etwa 12 % gegenüber der Gesamtausgabe des Jahres 1921 verwandelt.

Eine vom Bundesamte anfangs des Jahres 1923 angefertigte Zusammenstellung weist 198 Kassen auf, bei denen die Reserve unter einer Jahresausgabe steht, und zwar ist bei einer ganzen Reihe dieser Kassen der Ausfall ein nicht unbedeutlicher. Bei 78 von diesen Kassen hat das Jahr 1921 einen weiteren, bei einzelnen von ihnen recht fühlbaren Vermögensrückgang gebracht. Als Ursache dieses Rückganges ist in der Mehrzahl der Fälle die starke Erhöhung der Krankenpflegekosten und die Wochenbettleistung, bei andern Kassen ein Einnahmefeststellung. In letzterer Beziehung macht sich besonders der Einfluss der Wirtschaftskrise geltend. Zuwendungen des Betriebsinhabers bleiben aus, zahlreiche Versicherte können infolge der Arbeitslosigkeit die Prämien entweder für ihre Familienglieder oder dann auch für sich nicht mehr aufbringen. Die Kassen halten vielfach diese Mitglieder längere Zeit durch, da ein Ausschluss in vielen Fällen, besonders bei ältern Leuten, ausserordentlich hart wirken müsste. Die ungünstige ökonomische Lage der Mitglieder erschwert oft die Anpassung der Prämien an die vermehrte Belastung. Eine Reduktion der Leistungen ist nur in beschränktem Masse möglich. Die Krankenpflege ist ein Ganzes, und die daherige Belastung kann, abgesehen von dem problematischen Mittel der

Herabsetzung der Ärztetarife, nur in der Form der Überbindung eines Viertels an die Mitglieder mit Verlängerung der Leistungsdauer im Sinne von Art. 13, Absatz 4, des Gesetzes verbilligt werden, womit aber auch wieder dem Interesse der ärmern Volksschichten nicht gedient ist. In der Krankengeldversicherung zwingt die fortbestehende Geldentwertung die Kassen meist, an der entsprechenden Erhöhung des Krankengeldes festzuhalten, obgleich auch hier der Bezug der dadurch notwendigerweise höhern Prämien auf Schwierigkeiten stösst. Und doch muss die Vorschrift, dass eine durchschnittliche Jahresausgabe in Reserve stehen müsse, als Minimalanforderung hinsichtlich der Sicherheit der Kasse bezeichnet werden. Es ist daher mit allen Mitteln danach zu trachten, bei den Kassen, die der Vorschrift nicht genügen, das erforderliche Gleichgewicht wieder herzustellen. Wenn auch nur bei wenigen der Kassen, die nicht befriedigende Verhältnisse aufweisen, sofortiges Eingreifen notwendig war und in die Wege geleitet worden ist, so darf sich doch der Zustand der andern nicht weiter verschlechtern. Solches oder auch nur der Zusammenbruch der einen oder andern Kasse müsste dem Versicherungsgedanken schaden. Andererseits darf bei der Sanierungsarbeit nicht vergessen werden, dass die Kassen auf die Anerkennung verzichten können und damit aus der Bundesaufsicht ausscheiden. Die Sanierungsmethode kann daher nur eine vorsichtige, schrittweise sein, weil durch den Verzicht einer grösseren Zahl von Kassen auf die Anerkennung die Frucht jahrelanger Arbeit für die Vollziehung des Bundesgesetzes, durch welche Arbeit Ordnung und Sicherheit in das Kassenwesen gebracht wurden, in Frage gestellt und damit auch wieder der Entwicklung der Sozialversicherung ein empfindlicher Schlag versetzt würde. Es liegt nun auf der Hand, dass die gesamte Arbeit wesentlich erleichtert wird, wenn der Bund die Kassen nicht nur beratend und anleitend, sondern auch mittelst einer, wenn auch nur vorübergehenden Erhöhung seiner Beiträge finanziell in ihrer Anpassung an veränderte Verhältnisse unterstützt. Andernfalls ist zu befürchten, dass zahlreiche Kassen entweder von der Krankenpflegeversicherung zu der sozial erheblich weniger wertvollen Krankengeldversicherung übergehen oder sogar Erhöhungen der Mitgliederbeiträge ablehnen und lieber den Verzicht auf die Anerkennung oder den Entzug dieser auf sich nehmen werden, beides wenn immer möglich zu verhütende Ergebnisse. Dazu tritt noch eines. Die Krankenpflegekassen haben gemäss Art. 12 des Gesetzes Arzt und Arznci zu gewähren. Den begrifflichen Umfang dieser Leistungen festzustellen, liegt den Aufsichtsbehörden ob. Sie haben

dabei auf den allgemein anerkannten Stand der Heilwissenschaft Rücksicht zu nehmen. Gerade in der neuesten Zeit haben in der Medizin zahlreiche physikalische oder auch neue chemische Heilmethoden allgemein Eingang gefunden, die, wie die Röntgenbehandlung oder z. B. das Salvarsan, für gewisse Krankheiten von grosser volkshygienischer Bedeutung, wenn nicht die einzige, so doch oft die allein Erfolg verheissende Behandlungsweise darstellen, dabei aber vom Arzte meist selber appliziert werden müssen. Gerade diese letztere Notwendigkeit bedingt eine erhebliche Vertourerung, weswegen die beiden genannten Heilmethoden bisher nicht zu Pflichtleistungen der Kasse erklärt worden sind. Es ist klar, dass es auf die Dauer bei dieser Beschränkung sein Bewenden nicht haben kann, sondern dass die Übernahme solcher allgemein anerkannter Heilmethoden eben auch den anerkannten Krankenkassen zur Pflicht gemacht werden muss. Zugleich liegt es auf der Hand, dass eine bezügliche Verpflichtung den Kassen eher zugemutet werden darf, wenn der Bund auch an den finanziellen Folgen der Ausdehnung der Krankenpflegeleistung teilnimmt. Die Bezeugung des Verständnisses für ihre schwierige Lage, wie sie in einer ausserordentlichen Hilfeleistung durch den Bund liegt, wird auch bei den Kassen den vielfach gesunkenen Optimismus in bezug auf die fernere Entwicklung und damit den Willen zur Selbsthilfe heben und endlich auch die notwendige Bundesaufsicht über die gesamte Kassetätigkeit, speziell in Ansehung der Erfüllung der statutarischen Verpflichtungen der Kassen gegenüber ihren Mitgliedern im Krankheitsfalle, welche Aufsicht durch den gegenwärtigen Stand erschwert ist und nur mit Widerstreben ertragen wird, wieder erleichtern. So sprechen nicht nur technische, sondern auch versicherungspolitische Erwägungen entschieden dafür, den Krankenkassen wenigstens in der Form eines vorübergehenden Zuschusses aus Bundesmitteln über die gegenwärtigen schwierigen Verhältnisse hinwegzuhelfen.

8. Drängt sich so eine Hilfeleistung für die Kassen auf, soll sich ihre Situation nicht verschlechtern und die jetzige Form des Vollzuges von Art. 34<sup>bis</sup> Bundesverfassung nicht Schaden nehmen, so könnte von ihr nur abgesehen werden, wenn wirklich binnen Kurzem der Gedanke eines eidgenössischen Krankenversicherungsobligatoriums verwirklicht werden könnte, das dann auf anderem Wege die nötige neue Festigung und weitere Entwicklung zu bringen berufen wäre. Das muss aber als ausgeschlossen betrachtet werden. Zwar hat, wie bereits erwähnt, die Expertenkommission ihre Arbeiten im Sommer 1922 zu einem vorläufigen Abschlusse gebracht. Die weiteren Arbeiten

für die Fertigstellung des Entwurfes haben aber gezeigt, dass noch eine Reihe von Punkten der genauen Abklärung in rechtlicher und in finanzieller Beziehung bedarf. In andern Fragen, speziell was die Ordnung des ärztlichen Rechtes betrifft, ist der Entwurf scharf angefochten. Besonders die Frage, welche Systeme zur wirksamen Bekämpfung der allgemein zugegebenen Überarz- nung ins Gesetz aufgenommen werden sollen, bedarf noch sorg- fältiger Prüfung. Im weitem wird auch noch zu überlegen sein, ob am Beschlusse des Bundesrates festgehalten werden soll, dass die Krankenversicherung und die Unfallversicherung gleichzeitig zu revidieren seien, oder ob nicht, was möglicherweise vorzu- ziehen wäre, die Revision zunächst auf die erstere zu beschränken ist. In diesem Falle muss aber wahrscheinlich auch der Teil Un- fallversicherung des geltenden Gesetzes teilweise revidiert werden, da er in bezug auf die Ordnung der Ärztefrage und die Mit- wirkung der Krankenkassen an der Unfallversicherung auf den Teil Krankenversicherung Bezug nimmt. Und endlich wird die Förderung der Totalrevision des geltenden Kranken- und Unfall- versicherungsgesetzes auf den weitem Verlauf der parlamenta- rischen Arbeiten für die Übertragung des Gesetzgebungsrechtes in der Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung an den Bund Bedacht nehmen müssen, die sich dem Abschlusse nähern. Alles Gesichtspunkte, die gegen eine Übereilung sprechen, da- mit aber zugleich für heute eine vorläufige Massnahme recht- fertigen.

9. Die Krankenkassen wünschen eine bessere finanzielle Be- teiligung seitens des Bundes im Wege einer Umgestaltung des jetzigen Beitragssystems. Soll aber, wie es gewünscht wird, die zu ergreifende Massnahme möglichst rasch wirken und soll sie bei den heutigen nach allen Richtungen hin unabgeklärten Ver- hältnissen der Entwicklung in keiner Weise vorgreifen, so muss heute auch von einer grundlegenden Änderung des Subventions- systems Umgang genommen werden. Auch abgesehen davon erscheint es nicht gerechtfertigt, durch eine Revision der ge- setzlichen Beitragsbestimmungen das Verhältnis der seinerzeit gewählten Beiträge zum Wert der Kassenleistungen als gewisser- massen konstantes und die Anpassung der Beiträge an den Geld- wert als Prinzip anzuerkennen. Wo nicht ausserordentliche Verhältnisse wie heute mitspielen, wird dem Sinken des Geld- wertes in der Regel ein zahlenmässig höheres Einkommen der Kassen- mitglieder gegenüberstehen, welches der Kasse eine Anpassung aus eigener Kraft erlaubt. Dann kommen aber für die Bemessung der Staatssubventionen neben sozialpolitischen auch finanzpolitische

Forderungen in Betracht, die unter Umständen die Aufrechterhaltung eines bestimmten Subventionsstandards nicht erlauben werden.

Eine Revision der geltenden gesetzlichen Subventionsbestimmungen in der einfachsten Form einer Erhöhung der Kopfbeiträge würde endlich eine Sanktionierung der bisherigen sozial ungerichteten und unzweckmässigen gleichmässigen Berücksichtigung aller Kassenmitglieder ohne Rücksicht auf ihre wirtschaftlichen Verhältnisse bedeuten.

Eine Revision durch Umgestaltung des jetzigen Beitragsystems z. B. in der Weise, dass die Bundesmittel auf die Förderung der Krankenversicherung der wirtschaftlich schwächern Volkskreise zu konzentrieren wären, lässt sich aber ohne gleichzeitige Umgestaltung der ganzen geltenden Ordnung nicht wohl durchführen und wird, ohne Obligatorium der Versicherung wenigstens für diese Kreise, der erhofften Wirkung stets mehr oder weniger entbehren.

Eine völlige Umwandlung der geltenden Ordnung der Krankenversicherung würde aber auch die Ersetzung der Subventionierung auf dem Wege der Kopfbeiträge durch eine prozentuale Beteiligung des Bundes am Aufwande der Kassen mit sich bringen, wie es die Krankenkassenverbände in ihrer Eingabe an den Bundesrat verlangen. Nach Art. 1, Abs. 2 des Gesetzes richten sich die Kassen, soweit das Gesetz keine entgegenstehenden Vorschriften enthält, nach ihrem Gutfinden ein. Im besondern sind sie, abgesehen von den Eingriffen, die zur Wahrung der Sicherheit der Kasse und der Gegenseitigkeit der Versicherung nötig sind, in der Gestaltung ihres Haushaltes frei. Bei einer prozentualen Beteiligung des Bundes an den Kassenauslagen und der damit verbundenen direkten Rückwirkung der Geschäftsführung der Kasse auf die Belastung des Bundes müsste der Bund, wollte er nicht seine berechtigten Interessen einfach den Kassen anheimgeben, sich in sehr intensiver Weise in die Geschäftsführung der Kassen einmischen, was leicht zu einem unhaltbaren, der vom Gesetzgeber gewollten grundsätzlichen Freiheit der Kassen entgegengesetzten Verhältnis führen könnte.

10. Jeder Gesetzesrevision gegenüber bewahrt die einmalige Gewährung einer ausserordentlichen Beitragsleistung des Bundes den Charakter einer Sanierungsaktion. Sie wird den Kassen, deren Sicherheit durch Rückschläge gelitten hat, helfen, sie wiederherzustellen. Andern Kassen, wo die Spannung zwischen Mitgliederbeiträgen und Kassenleistungen sich zu sehr verschärft hat, wird sie das Durchhalten erleichtern, bis die Verhältnisse eine Erleichterung der Lasten bringen oder die Erhöhung der Beiträge

gestatten. Eine einmalige Hilfeleistung wird auch am ehesten den heutigen mit Bezug auf die weitere Entwicklungsrichtung der Sozialversicherung unabgeklärten Verhältnissen gerecht. Soll die Verteilung besonders dem Zwecke dienen, das Gleichgewicht der Einnahmen und Ausgaben bei den Kassen aufrechtzuerhalten, bis die nach Ablauf der heutigen Übergangszeit zu erwartende bessere Konsolidierung der Verhältnisse ihnen eine Reorganisation aus eigener Kraft erlaubt, so empfiehlt es sich, die erste Subventionshälfte für das Jahr 1924, die zweite Hälfte für das Jahr 1925 auszurichten.

11. Die Aufstellung der Verteilungsgrundsätze wird am besten dem Bundesrate überlassen, da es sich um eine vorübergehende Massnahme handelt und die Verteilung in tunlichster Würdigung besonderer Verhältnisse erfolgen soll. Dazu gehört die vorzugsweise Berücksichtigung der starken Mehrbelastung durch die Krankenpflege und die Wochenbettleistungen. Entsprechend dem Sanierungscharakter der Leistung des Bundes wird die Ausrichtung des Beitrages an die einzelne Kasse je nach den Umständen von bestimmten Bedingungen abhängig gemacht werden müssen, deren Umschreibung ebenfalls am besten der Vollziehung überlassen bleibt.

12. Der Bundesbeschluss qualifiziert sich als eine Erweiterung der gesetzlichen Bestimmungen über die Unterstützung der Krankenkassen. Der Vorbehalt des Referendums ist damit gegeben.

Gestützt auf die vorstehenden Darlegungen beantragen wir Genehmigung des beiliegenden Entwurfs eines Bundesbeschlusses.

Bern, den 18. Juni 1923.

Im Namen des schweiz. Bundesrates,

Der Bundespräsident:

**Scheurer.**

Der Bundeskanzler:

**Steiger.**

---

(Entwurf.)

## Bundesbeschluss

betreffend

### die Gewährung einer ausserordentlichen Subvention an die anerkannten Krankenkassen.

Die Bundesversammlung  
der schweizerischen Eidgenossenschaft,  
gestützt auf Art. 34<sup>bis</sup> der Bundesverfassung,  
nach Einsicht einer Botschaft des Bundesrates vom 18. Juni  
1923,

beschliesst:

Art. 1. Den gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911 anerkannten Krankenkassen wird aus dem eidgenössischen Versicherungsfonds eine einmalige ausserordentliche Beitragsleistung des Bundes im Gesamtbetrage von zwei Millionen Franken gewährt. Sie gelangt zu gleichen Teilen in den Jahren 1924 und 1925 zur Ausrichtung.

Art. 2. Der Bundesrat setzt die Grundsätze für die Verteilung der Beitragsleistung an die einzelnen Krankenkassen fest, unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse der Krankenpflegekassen. Er ist befugt, die Ausrichtung der Beitragsleistung an eine Kasse an Bedingungen<sup>1</sup> zu knüpfen, im besondern sie von finanziellen Massnahmen der Kasse abhängig zu machen oder bezüglich ihrer Verwendung bestimmte Vorschriften aufzustellen.

Art. 3. Der Bundesrat wird beauftragt, auf Grundlage der Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 17. Juni 1874 betreffend Volksabstimmung über Bundesgesetze und Bundesbeschlüsse die Bekanntmachung dieses Bundesbeschlusses zu veranstalten und den Zeitpunkt seines Inkrafttretens festzusetzen.



**Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung betreffend den Erlass eines Bundesbeschlusses über die Gewährung einer ausserordentlichen Subvention an die anerkannten Krankenkassen. (Vom 18. Juni 1923.)**

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1923
Année	
Anno	
Band	2
Volume	
Volume	
Heft	25
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	1759
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	20.06.1923
Date	
Data	
Seite	522-535
Page	
Pagina	
Ref. No	10 028 756

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.