Schweizerisches Bundesblatt.

48. Jahrgang. I. Nr. 7. 12. Februar 1896.

Jahresabonnement (portofrei in der ganzen Schweiz): *5 Franken.*
Einrückungsgebühr per Zeile oder deren Raum 15 Rp. — Inserate franko an die Expedition.
Druck und Expedition der Buchdruckerei Stämpfli & Cie. in Bern.

Botschaft

des

Bundesrates an die Bundesversammlung zu den Entwürfen von zwei Bundesgesetzen betreffend die Kranken- und Unfallversicherung.

(Vom 21. Januar 1896.)

Tit.

Mit Botschaft vom 28. November 1889 (Bundesblatt 1889 Band IV, Seite 825—841) legte der Bundesrat den eidgenössischen Räten den Antrag auf Revision der Bundesverfassung und Aufnahme des folgenden neuen Artikels 34bis vor:

„Der Bund ist befugt, im Wege der Gesetzgebung die obligatorische Unfallversicherung einzurichten.

„Er ist im weiteren befugt, über die Krankenversicherung gesetzliche Bestimmungen zu treffen und für sämtliche Lohnarbeiter den Beitritt zu einem Krankenkassenverband verbindlich zu erklären."

Der Botschaft waren u. a. beigefügt ein Gutachten von Herrn Prof. Dr. Kinkelin in Basel und eine Denkschrift von Herrn Nationalrat L. Forrer in Winterthur. Jenes Gutachten behandelte allgemein die Frage der Unfall- und Krankenversicherung, diese Denkschrift speciell und ausführlich die Unfallversicherung. (Bundesblatt, am angegebenen Orte, Seite 843—960.)

Nach einläßlicher Beratung im Schoße der verordneten Kommissionen des National- und des Ständerates (siehe das Protokoll über diese Verhandlungen im Anhang zum Bundesblatt 1890, Band II)

und der eidgenössischen Räte selbst wurde von diesen unterm 4./13. Juni 1890 die Revision der Bundesverfassung mittelst Aufnahme des folgenden neuen Artikels 34bis beschlossen:

„Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung einrichten, unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen.

„Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären.“

(Bundesblatt 1890, Band III, Seite 644 und 645.)

In der Volksabstimmung vom 26. Oktober 1890 wurde dieser neue Verfassungsartikel mit 283,228 gegen 92,200 Stimmen und von 18 ganzen und 5 Halbkantonen gegen den Kanton Wallis und den Halbkanton Appenzell I.-Rh. angenommen. (Bundesblatt 1890, Band IV, Seite 1131—1133.)

Schon während der Verfassungsberatungen hatte unser Industriedepartement Herrn Ständerat Göttisheim in Basel mit der Ausarbeitung einer Denkschrift über die Krankenversicherung betraut. Diese Denkschrift erschien anfangs 1891 (Beilage zum Bundesblatt 1891, Band I, Nr. 4, vom 28. Januar) und giebt u. a. eine ausführliche Darstellung der Bestrebungen und der Thätigkeit der Kantone auf dem Gebiet der obligatorischen Krankenversicherung, sowie, im Anschluß an Kinkelins „Die gegenseitigen Hülfsgesellschaften der Schweiz, 1880“, Auskunft über die freiwilligen Krankenkassen und Krankenvereine in der Schweiz.

Nachdem der neue Verfassungsartikel 34bis in Kraft getreten, traf unser Industriedepartement unverweilt weitere Vorbereitungen für das Gesetzgebungswerk.

Im Dezember 1890 wurde Herr Dr. Ch. Moser, Privatdozent in Bern, als Beamter für die versicherungstechnischen Vorarbeiten beigezogen und demselben im Februar 1891 als Gehülfe Herr R. Leubin von Basel zugeteilt. Über die Thätigkeit dieser Beamten geben die seither erschienenen Geschäftsberichte des Bundesrates Aufschluß.

Im Laufe des Jahres 1891 wurde durch eine Abordnung, bestehend aus den Herren Kinkelin, Moser und Dr. Kaufmann, Sekretär des Industriedepartements, eine Reise zum Studium der deutschen und österreichischen Einrichtungen für Kranken- und Unfallversicherung ausgeführt.

Ende 1891 erhielt Herr Forrer vom Industriedepartement den Auftrag, die zur Ausführung von Art. 34bis der Bundesverfassung erforderlichen Gesetze zu entwerfen. Der Genannte vollendete diese Arbeit im Februar 1893, nachdem inzwischen, vom 16. bis

25. Januar 1893, die von ihm entworfenen Grundzüge der Krankenversicherung im Departement unter Zuzug von Herrn Göttisheim und des Redaktors durchberaten worden waren.

Hierauf bestellte das Departement eine Expertenkommission. Dieselbe wurde zusammengesetzt aus den Herren:

Abt, Rektor der aargauischen landwirtschaftlichen Winterschule, Bünzen.
Professor Dr. Beck, Freiburg.
Nationalrat Benziger, Einsiedeln.
Nationalrat Comtesse, Neuenburg.
Cuénoud, Präsident der Société vaudoise de secours mutuels, Syndic, Lausanne.
Nationalrat Dr. Decurtins, Truns.
Alt-Bundesrat Droz, Bern.
Pfarrer Dr. Eberle, Präsident des Vereins schweizerischer Socialpolitiker, Flums.
Egloff, J., Centralpräsident der Grütlikrankenkasse, Niederrohrdorf.
Nationalrat Favon, Genf.
Stadtförster Felber, Vorstandsmitglied des schweizerischen landwirtschaftlichen Vereins, Winterthur.
Nationalrat Forrer, Winterthur.
Pfarrer Forrer, Konkordatspräsident der thurgauischen Krankenvereine, Langrickenbach.
Alfred Frey, I. Sekretär des schweizerischen Handels- und Industrievereins, Zürich.
Ständerat Dr. Göttisheim, Basel.
Greulich, schweizerischer Arbeitersekretär, Zürich.
Major Hofer, Landwirt, Bühlikofen.
Jenny-Kunz, Fabrikant, Aarau.
Professor Dr. Kinkelin, Basel.
H. Kleinpeter, Präsident des Freizügigkeitsverbandes, Mechaniker, Örlikon.
Krebs, Sekretär des schweizerischen Gewerbevereins, Zürich.
Regierungspräsident Lienhard, Bern.
Dr. Pedrotta, Advokat, Locarno.
Fürsprech Heinrich Scherrer, St. Gallen.
Dr. Sonderegger, St. Gallen.
Regierungsrat v. Steiger, Bern.
Sulzer-Ziegler, vom Hause Gebr. Sulzer, Winterthur.
Widmer, gewesener Direktor der schweizerischen Rentenanstalt, Zürich.
Wolfensberger-Ackermann, Präsident des Konkordatsverbandes schweizerischer Krankenkassen, Bärentsweil.

Gotthardbahndirektor Wüest, Luzern.
Professor Dr. Zeerleder, Bern.

Von Amts wegen nahmen neben dem Vorsteher des Industriedepartements, Herrn Bundesrat Deucher, sowie den Herren Sekretär Kaufmann und Moser an den Sitzungen der Kommission teil die Herren:

Bundesrat Hauser, Vorsteher des Finanz- und Zolldepartements.
Dr. Leo Weber, vom Justizdepartement.
Bundesanwalt Scherb.
Dr. Kummer, Direktor des eidgenössischen Versicherungsamtes.
Dr. Schärtlin, Abteilungschef im eidgenössischen Versicherungsamte.
Dr. Schmid, eidgenössischer Sanitätsreferent.
Fabrikinspektor Dr. Schuler.
Fabrikinspektor Campiche.
Fabrikinspektor Rauschenbach.
Durrer, Adjunkt des eidgenössischen statistischen Bureaus.

Im Verlauf der Beratungen wurden noch zugezogen die Herren Kubli-Cham, Landrat in Glarus, und Dr. med. Kaufmann in Zürich.

Die Expertenkommission beriet die vom Redaktor ausgearbeiteten zwei Gesetzesentwürfe, betreffend die Kranken- und Unfallversicherung, vom 15. bis 20. Mai und vom 2. bis 14. Oktober 1893.

Die Verhandlungen wurden stenographisch aufgenommen und das Bulletin vorwegs gedruckt.

Unser Industriedepartement beauftragte alsdann den Redaktor, die beiden Gesetzesentwürfe unter angemessener Berücksichtigung des Ergebnisses der Verhandlungen der Expertenkommission umzuarbeiten.

Inzwischen war eine Thatsache eingetreten, welche diese Vollendung der Arbeit unterbrach. Nachdem im Frühjahr 1893 die Versicherungsprojekte bekannt geworden, machte sich im Schoße der schweizerischen Arbeitervereinigungen eine Unzufriedenheit mit der vorgeschlagenen Einrichtung der öffentlichen Krankenkassen geltend, da nach diesen Projekten die Arbeitgeber, weil pflichtig, die Prämien zu zahlen und die Hälfte davon an sich zu tragen, bei der Organisation und dem Betrieb dieser Kassen mitzureden haben. Um letzteres zu verhindern, entstand in den genannten Kreisen das Projekt, die Arbeitgeber von der Prämienlast in der Krankenversicherung zu befreien und statt dessen die öffentlichen Mittel in entsprechendem Maße zu beanspruchen. Die Formel für diese Beanspruchung wurde darin gefunden, daß die Kranken-

pflege den Krankenkassen abgenommen und aus Staatsmitteln bestritten würde, so daß sich die Krankenkassen nur mit der Krankengeldversicherung zu befassen und die Arbeiter den hierfür erforderlichen Aufwand allein zu bestreiten, dafür aber auch allein zu befehlen hätten. Weil es jedoch nicht richtig wäre, jener Leistung aus öffentlichen Mitteln nur die Angehörigen der Krankenkassen teilhaftig werden zu lassen, sollte die unentgeltliche Krankenpflege dem ganzen Volke zu statten kommen. Von diesem Gedankengang geleitet, stellte die organisierte Arbeiterschaft das in socialistischen und socialpolitischen Kreisen schon früher, so z. B. am Arbeitertag in Olten 1890, geltend gemachte Postulat der allgemeinen unentgeltlichen Krankenpflege neuerdings auf.

Dem schweizerischen Arbeitertag in Biel, welcher zu Ostern 1893, vom 2. bis 4. April, abgehalten wurde, unterbreitete der schweizerische Arbeitersekretär, Herr Greulich in Zürich, u. a. folgende Anträge:

1. Die Beiträge zur Krankenversicherung (auf Krankengeld) werden ausschließlich von den versicherten Arbeitern selbst getragen, unter deren Selbstverwaltung die Krankenkassen stehen.
2. Die Fürsorge für unentgeltliche Krankenpflege (ärztliche Hülfe, Heilmittel und nötige Spitalverpflegung) geschieht durch den Bund unter Mitwirkung der Kantone.

Der Arbeitertag von Biel, an welchem 271 Delegierte als Vertreter von 92,687 Mitgliedern des schweizerischen Arbeiterbundes teilnahmen, erhob am 3. April 1893 diese Anträge einstimmig zum Beschluß.

Herr Greulich wiederholte seine Anträge in der vorerwähnten Expertenkommission und formulierte dieselben in der Sitzung vom 17. Mai 1893 folgendermaßen:

„Krankenversicherung. Titel A. Vorsorge für Krankenpflege.

„Alle Einwohner der Schweiz und alle juristischen Personen, mit Geschäftsbetrieb in der Schweiz, die ein reines Vermögen von Fr. 1000 und darüber oder ein reines Einkommen von mehr als 600 Fr. haben, sind an die Kosten der allgemeinen Krankenpflege beitragspflichtig. Der Beitrag wird proportional nach dem Vermögen und dem Einkommen bezogen, derart, daß, wenn je Fr. 1000 Vermögen mit einem Beitrag von einem Franken belegt werden, ein gleich hoher Beitrag von je Fr. 100 Einkommen bezogen wird.

„Die Anlage der Register der Beitragspflichtigen, sowie der Bezug des Beitrages liegt den kantonalen Behörden ob. Der Bund

vergütet den Kantonen ihren bezüglichen Mühewalt mit 2 % des Bruttoertrages der bezogenen Beiträge.

„Der Bundesrat sorgt für die Errichtung der nötigen Spitäler und Krankenasyle in den Versicherungskreisen und stellt die nötige Zahl von Ärzten zum Dienst innerhalb und außerhalb der Spitäler an. Die Besoldung der Ärzte, sowie eine Verordnung über ihre Dienstpflichten wird von der Bundesversammlung festgesetzt.

„Der Bundesrat ist befugt, öffentliche Apotheken zu errichten, oder mit Privatapotheken Verträge abzuschließen.

„Jeder Einwohner der Schweiz hat Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Hülfe, unentgeltliche Heilmittel und unentgeltliche Spitalverpflegung, soweit die Spitaleinrichtungen dies zulassen. Für die in Hauspflege Befindlichen, die der Krankenversicherung nicht angehören, wird ein Verpflegungsbeitrag geleistet, der sich nach Alter und Familienstand abstuft, den Betrag von Fr. 1. 50 per Tag aber nicht übersteigen darf.

„Beschwerden über die Dienstleistungen der Ärzte, Apotheker und Spitalverwalter sind an die Kreisverwalter einzureichen und werden in erster Instanz durch die Kreisverwaltung und abschließlich durch das eidgenössische Versicherungsamt entschieden.

„Wenn der zehnte Teil der Stimmberechtigten eines Versicherungskreises die Abberufung eines Arztes beim Kreisverwalter verlangt, so ist eine Abstimmung darüber einzuleiten, bei der die einfache Mehrheit der Stimmenden entscheidet."

Dieser Antrag blieb jedoch in Minderheit. (Stenographisches Bulletin, pag. 105 und 139.)

Hierauf wurde ein außerordentlicher Arbeitertag einberufen. Dieser fand am 5. November 1893 im katholischen Vereinshause in Zürich statt, und es nahmen an demselben 494 Delegierte als Vertreter von 190,913 Mitgliedern des schweizerischen Arbeiterbundes statt. Es lagen folgende Anträge vor:

I. Resolution betreffend unentgeltliche Krankenpflege.

„Der außerordentliche schweizerische Arbeitertag am 5. November 1893 in Zürich,

in Erwägung:

1. daß die schweizerischen Arbeiter, die bis jetzt ihre Krankenkassen selbst organisiert haben und selbst deren Verwaltung besorgten, fest entschlossen sind, dieses ihr selbsterrungenes Recht auch fernerhin zu wahren;

2. daß ein Herbeiziehen der Unternehmer und Geschäftsinhaber zu Beitragsleistungen an die Krankenversicherung nur zur Bevormundung der einzelnen Arbeiter wie der Krankenkassen führt;
3. daß die Lasten einer Versicherung, die zugleich auf Krankenpflege und ausreichendes Krankengeld geht, zu groß sind, als daß sie von den Arbeitern allein getragen werden könnten;
4. daß das im Gesetzentwurf vorgesehene Obligatorium immer noch eine große Zahl bedürftiger Personen auf der Seite läßt, die im Erkrankungsfalle hülflos dastehen;
5. daß es als eine Pflicht des Gemeinwesens bezeichnet werden muß, dafür zu sorgen, daß im Erkrankungsfalle keines seiner Glieder der nötigen Krankenpflege entbehre, und zwar ohne daß damit eine Erniedrigung verbunden ist;
6. daß die Erfüllung dieser Pflicht, und zwar durch Anstellung einer genügenden Zahl von Ärzten, der bäuerlichen Bevölkerung die ärztliche Hülfe näher bringt, alle Hülfsbedürftigen umfaßt und nicht nur die Arbeiter mit ständiger Arbeit, und daß sie allein im stande ist, die Ärzte von ihrer heutigen Stellung als Heildiener zu der höhern der amtlichen Fürsorger für eine bessere Gesundheitspflege zu erheben,

erklärt:

Die staatliche Regelung der Kranken- und Unfallversicherung kann nur dann als ein unterstützenswertes Werk socialer Reform betrachtet werden, wenn sie die unentgeltliche ärztliche Hülfe und die unentgeltliche Abgabe von Heilmitteln an alle deren Bedürftigen und die unentgeltliche Spitalpflege für alle Unbemittelten zur Voraussetzung hat. Für diese, allen Gliedern im Bedürfnisfalle unentbehrliche Hülfeleistung soll die staatliche Gemeinschaft aus öffentlichen Mitteln sorgen, so daß sich die Krankenversicherung nur noch mit der Deckung des Lohnausfalles während der Zeit der Erwerbsunfähigkeit zu befassen hat.

Die schweizerische Arbeiterschaft wird daher jeden Entwurf der Kranken- und Unfallversicherung ablehnen, der nicht auf die staatliche unentgeltliche Krankenpflege gegründet ist, dadurch den Arbeitern ermöglicht, ihre Krankenversicherung selbst zu bestreiten und ihre Krankenkassen ohne jede Vormundschaft der Unternehmer selbst zu organisieren und zu verwalten. Die selbständige Organisation steht der Arbeiterschaft höher, als Beiträge der Unternehmer von 1—2 % des Lohnes, sobald irgend welche Bevormundung damit verbunden ist.

Die Unternehmer und Geschäftsinhaber erfüllen ihren Teil an dieser socialen Aufgabe, und zwar einen Teil, den sie gut tragen können, wenn sie die Kosten einer umfassenden Unfallversicherung übernehmen. Die Arbeiterschaft erklärt sich bereit, in ihren Krankenkassen einen solchen Teil der Mitverwaltung zu übernehmen, daß mit der Unfallversicherung kein Mißbrauch getrieben werden kann."

II. Resolution betreffend Ergreifung der Initiative.

„Der außerordentliche schweizerische Arbeitertag am 5. November 1893 in Zürich, nach Anhörung der Begründung und nach Beratung des vorgelegten Entwurfes einer Initiative,

beschließt:

Der leitende Ausschuß ist eingeladen, mit möglichster Beförderung die Volksinitiative für unentgeltliche Krankenpflege und Beschaffung der Mittel hierfür durch das Tabakmonopol zur Unterschriftensammlung zu bringen und die Sammlung mit allem Eifer zu betreiben.

Der Arbeitertag fordert alle schweizerischen Arbeiter auf, die Unterschriftenbogen in Masse zu unterschreiben. Die Arbeiterinnen, die zwar nicht unterschreiben können, die aber als jetzige und künftige Familienmütter an dieser Humanitätsbewegung interessiert sind, fordert er auf, durch Mithülfe bei der Verbreitung der Unterschriftenbogen eifrigst dafür zu wirken, daß sie, ihre Männer und ihre Kinder in Krankheitsfällen der ärztlichen Hülfe, der Heilmittel und, soweit nötig, der Spitalverpflegung versichert sind, ohne sich durch Bettelei bei der Gemeinde erniedrigen zu müssen.

Der Arbeitertag richtet aber auch einen ernsten Mahnruf an alle übrigen Kreise des Schweizervolkes, hauptsächlich an die bäuerliche Bevölkerung, die jetzt am weitesten nach dem Arzte zu laufen hat, ebenso an die kleinen Gewerbsleute, die hart um das Dasein zu kämpfen haben, und endlich an alle human denkenden Männer, mitzuhelfen an dem schönen Werke einer schon längst gewünschten und schon längst notwendigen socialen Reform, die ebenso vom menschlichen wie vom patriotischen Standpunkte ihrer Unterstützung würdig ist."

III. Volksinitiative für unentgeltliche Krankenpflege.

(Entwurf Greulich.)

„Die Bundesverfassung der schweizerischen Eidgenossenschaft wird teilweise abgeändert wie folgt:

I. Art. 31 der Bundesverfassung erhält folgenden Zusatz:

c^{bis}. Die Fabrikation, die Einfuhr und der Verkauf von Tabak und Tabakfabrikaten nach Maßgabe des Art. 32^{ter}.

II. Nach Art. 32^{bis} der Bundesverfassung ist folgender Artikel einzuschalten:

Art. 32^{ter}. Der Bund ist befugt, die Fabrikation, die Einfuhr und den Verkauf von Tabak und Tabakfabrikaten ausschließlich zu übernehmen und behufs Erzielung eines Reingewinnes zu betreiben. Der letztere ist nach Ausscheidung eines im Sinne von Art. 42 der Bundeskasse zufließenden Jahresanteils ausschließlich nach Maßgabe von Art. 34 zu verwenden.

Der der Bundeskasse zufallende Anteil soll der jahresdurchschnittlichen Zolleinnahme auf Tabak und Tabakfabrikate im Jahrfünft 1888—92 entsprechen.

Bei der einschlägigen Gesetzgebung ist darauf Bedacht zu nehmen, daß auf den geringwertigen Produkten verhältnismäßig die niedrigsten Reingewinne erzielt werden.

Dem Bund steht das Recht zu, hinsichtlich der Tabaksurrogate gesetzliche Vorschriften zu erlassen.

III. Nach Art. 34^{bis} ist folgender Artikel einzuschalten:

Art. 34^{ter}. Der Bund sorgt in Verbindung mit den Kantonen für unentgeltliche ärztliche Hülfe und unentgeltliche Heilmittel für alle Einwohner der Schweiz im Erkrankungsfalle.

Zu diesem Zwecke erläßt er im Gesetzgebungswege Bestimmungen über die Zahl der auf Rechnung des Bundes anzustellenden Ärzte, deren Wahl und Abberufung, Besoldung und Dienstordnung.

Der Bund hat das Recht, öffentliche Apotheken und Anstalten zur Erzeugung von Heilmitteln einzurichten und zu betreiben, oder für deren Einrichtung und Betrieb durch die Kantone Sorge zu tragen.

Der Bund leistet Beiträge an die Kantone nach ihrer Bevölkerungszahl. Diese Beiträge sollen ausschließlich dazu verwendet werden, unbemittelten Erkrankten unentgeltliche Spitalverpflegung zu bieten und die Heilanstalten zu erweitern; sie sind an die Bedingung geknüpft, daß die bisherigen Leistungen der Kantone nicht vermindert werden."

IV. Volksinitiative für unentgeltliche Krankenpflege.

(Entwurf von Herrn Staatsschreiber Stüssi in Zürich.)

„Die unterzeichneten Stimmberechtigten, in Anwendung von Art. 121 der Bundesverfassung, stellen das Begehren, daß folgender Vorschlag zur Abänderung der Bundesverfassung dem Volke und den Ständen zur Annahme oder Verwerfung vorgelegt werde:

Art. 31 *a* der Bundesverfassung soll lauten:

Das Salzregal, das Pulverregal, das Tabakregal und die eidgenössischen Zölle.

Der bisherige Art. 32 wird ersetzt durch folgenden:

Art. 32. Die Einfuhr von Tabak und Tabakfabrikaten, der Handel mit solchen und die Anfertigung von Tabakfabrikaten steht ausschließlich dem Bunde zu. Eine Besteuerung durch die Kantone ist ausgeschlossen.

Der für den Verkauf zu machende Zuschlag zu den Selbstkosten soll bei den geringwertigen Sorten verhältnismäßig am niedrigsten sein.

Aus dem Reinertrag wird denjenigen Kantonen, in welchen der Verkauf von Tabak oder dessen Fabrikation seit mindestens zehn Jahren mit einer besondern Abgabe belegt war, noch während zehn Jahren vom Erlaß des das Tabakregal ordnenden Bundesgesetzes an alljährlich ein der durchschnittlichen jährlichen Reineinnahme des Kantons aus dieser Abgabe in den Jahren 1888—92 gleichkommender Betrag zugeschieden.

Dem Bunde steht das Recht zu, hinsichtlich der Tabaksurrogate gesetzliche Vorschriften zu erlassen.

Die revidierten Art. 31 *a* und 32 treten nur in Kraft, sofern der unten folgende revidierte Art. 69 angenommen wird.

Dieser letzte Absatz fällt weg, wenn die Vorlage als Ganzes zur Abstimmung gebracht wird.

Art. 52, Abs. 2, soll erweitert werden wie folgt:

Die Verfügung über die Begräbnisplätze steht den bürgerlichen Behörden zu. Sie haben dafür zu sorgen, daß jeder Verstorbene schicklich beerdigt werden kann. Bis spätestens zum Jahre 1900 haben sämtliche Kantone dafür zu sorgen, daß die Beerdigung aller verstorbenen Einwohner auf Kosten des Kantons beziehungsweise der Gemeinden erfolgt.

Art. 69 soll lauten:

Dem Bunde steht die Gesetzgebung über das Gesundheitswesen und die Lebensmittelpolizei zu.

Das Gesetz wird die Anstellung der nötigen Zahl von ärztlich gebildeten Gesundheitsbeamten, welche, neben anderm, jedem Einwohner, der es verlangt, ohne besondere Bezahlung ärztliche Hülfe und Rat gewähren, sowie die unentgeltliche Abgabe der erforderlichen Heilmittel aus staatlichen Apotheken, beides auf Rechnung des Bundes, anordnen.

Die Spitalbehandlung Unbemittelter erfolgt unentgeltlich; der Bund wird einen mindestens der Hälfte der Selbstkosten gleichkommenden Beitrag per Verpflegungstag gewähren.

Die Kantone haben Anspruch auf Bundesbeiträge an ihre Auslagen für Neuanlage und Erweiterung von Krankenheilanstalten, für die unentgeltliche Beerdigung und für Maßnahmen zur Verhütung der Entstehung und Ausbreitung von Krankheiten der Menschen und Tiere."

Nach gewalteter Diskussion wurde einstimmig beschlossen, es sei die Volksinitiative für die unentgeltliche Krankenpflege und für das Tabakmonopol zu ergreifen und der Bundesvorstand beauftragt, den endgültigen Text festzusetzen. Dieser erhielt, nach mehrfachen Wandlungen, schließlich folgenden Wortlaut:

Volksbegehren (Initiative) für unentgeltliche Krankenpflege.

Die unterzeichneten Stimmberechtigten stellen gemäß Art. 121 der Bundesverfassung das Begehren, daß folgender Vorschlag zur Abänderung der Bundesverfassung dem Volke und den Ständen zur Annahme oder Verwerfung vorgelegt werde:

Art. 34bis der Bundesverfassung erhält folgenden Zusatz:

Der Bund hat, unter Mitwirkung der Kantone in der Organisation und Verwaltung und indem er hierfür den Reinertrag des Tabakmonopols verwendet, dafür zu sorgen, daß der Bevölkerung ärztlicher Rat und Beistand, sowie Heilmittel unentgeltlich zu teil werden, und er gewährt den Kantonen Beiträge für unentgeltliche Spitalpflege Unbemittelter und für Errichtung von Heilanstalten.

Der Bund führt das Tabakmonopol ein, das in dem ausschließlichen Rechte zur Tabakfabrikation und zur Einfuhr und dem Verkaufe von Tabak und Tabakfabrikaten besteht; auch kann derselbe gesetzliche Vorschriften über die Tabaksurrogate erlassen. Die geringwertigern Tabak- und Cigarrensorten sollen hierbei nicht verteuert werden.

Die Bundesgesetzgebung begünstigt den Tabakbau und die Fabrikation im Inland; sie bestimmt, in welcher Weise die kantonalen Organe an der Verwaltung des Tabakmonopols mitzuwirken haben.

Den Kantonen, die vor 1893 die Fabrikation oder den Verkauf von Tabak besteuerten, soll für den Wegfall dieser Steuer eine angemessene Entschädigung gewährt werden.

Art. 31 *a* und *d* der Bundesverfassung soll lauten:

Art. 31. Die Freiheit des Handels und der Gewerbe ist im ganzen Umfange der Eidgenossenschaft gewährleistet.

Vorbehalten sind:

a. Das Salz- und Pulverregal, das Tabakmonopol und die eidgenössischen Zölle.

d. Sanitätspolizeiliche Maßregeln gegen Epidemien und Viehseuchen, sowie die Einrichtungen der unentgeltlichen Krankenpflege.

Die Agitation für und wider die Unterzeichnung dieses Volksbegehrens nahm, insbesondere in den Arbeitercentren der deutschen Schweiz, im ersten Halbjahr 1894 einen sehr bedeutenden Umfang an und wurde aufs Lebhafteste betrieben.

Trotzdem waren innert der gesetzlichen Frist nicht die erforderlichen 50,000, sondern nur 39,746 Unterschriften erhältlich, und die Bewegung verlief im Sand.

Wir haben dennoch Gewicht darauf gelegt, den Hergang derselben aktengemäß festzustellen. Wir betrachten sie als heute noch sehr bemerkenswert. Sie ist auch auf die weitere Gesetzgebungsarbeit insofern von Einfluß gewesen, als diese, unter Festhaltung des Versicherungsgedankens, sich bestrebt hat, die Thore der Krankenversicherungsanstalten ganz zu öffnen und allem Volke den Eintritt zu ermöglichen.

Der Ausgang der Initiativbewegung war insofern ein unerwarteter, als allgemein angenommen wurde, daß jedenfalls die nötige Anzahl von Unterschriften zusammenkommen und eine Volksabstimmung stattfinden werde. Bei solcher Voraussicht hatte es gar keinen Sinn, den eidgenössischen Räten Gesetzesvorlagen zu unterbreiten, welche im Fall der Annahme des Initiativvorschlages durch Volk und Stände ohne weiteres hinfällig geworden wären.

Nachdem sich anfangs Juli 1894 herausgestellt, daß die Bewegung gescheitert sei, wurde die Gesetzgebungsarbeit durch den Redaktor nach Kräften gefördert und im Monat November beendigt.

Die hauptsächlichsten Änderungen gegenüber den früheren Entwürfen bestehen in der Aufnahme eines Bundesbeitrages an die Kranken- und eines höheren, als der früher vorgesehene, Bundesbeitrages an die Unfallversicherung, in der Einführung der Halb-

versicherung auf ersterem Gebiet, in der Besserstellung der freiwilligen Krankenkassen und in der Beschränkung der Unfallversicherung auf die Zwangsversicherung.

Inzwischen war auch die Feststellung und Bearbeitung der Ergebnisse der schweizerischen Unfallzählung vom 1. April 1888 bis zum 31. März 1891 zu Ende gediehen. Diese Ergebnisse bilden den Gegenstand von zwei wertvollen Publikationen (Schweizerische Statistik, 95. Lieferung, herausgegeben vom eidgenössischen statistischen Bureau, vom 10. März 1894, und „Mitteilungen über die Einrichtung und die Ergebnisse der schweizerischen Unfallzählung", von J. Durrer, Adjunkt des eidgenössischen statistischen Bureaus, herausgegeben durch den Congrès international des accidents du travail à Milan, du 1er au 6 octobre 1894) und haben den Arbeiten unserer Versicherungstechniker auf dem Gebiete der Unfallversicherung zur Grundlage gedient.

Das schweizerische Arbeitersekretariat hat seinerseits die „Unfallstatistik aus den Angaben schweizerischer Krankenkassen von den Jahren 1886, 1887 und 1888" und einen „Bericht von der Enquête über die Stellungnahme der Arbeiterschaft zur Bundesgesetzgebung betreffend Kranken- und Unfallversicherung" bearbeitet. Erstere Publikation ist 1891 erschienen, bietet schätzbares Material und wurde bestens verwertet. Die zweitgenannte dagegen erschien erst nach Abschluß der definitiven Redaktion der Gesetzesentwürfe und konnte deshalb nicht mehr verwertet werden.

Eine sehr bedauerliche Lücke in den Vorarbeiten war und ist der Mangel einer schweizerischen Lohnstatistik.

Im Frühjahr 1888 bestellte unser Industriedepartement eine Expertenkommission zur Behandlung der Frage einer Lohnstatistik. Diese Kommission hielt damals zwei Sitzungen ab und einigte sich dahin, daß vorderhand eine lokale Lohnstatistik, und zwar auf dem Platz Winterthur, erhoben werde. Im Einverständnis mit dem schweizerischen Arbeitersekretär wurde die Arbeit diesem übertragen und das Formular der Zählkarte festgestellt.

Das schweizerische Arbeitersekretariat nahm die Arbeit sofort in Angriff und sammelte das Material mittelst Austeilung und Einzugs der Zählkarten in Winterthur und Umgebung, sowie auf dem Wege anderweitiger Erhebungen. Über das weitere Schicksal der Unternehmung erfahren wir folgendes aus den gedruckten Jahresberichten des schweizerischen Arbeitersekretariats:

Jahresbericht pro 1890. „Die Programmarbeit der Lohnstatistik für alle Arbeitergruppen der ganzen Schweiz wird, nachdem im Anhange die Ergebnisse des Versuches von Winterthur und Umgebung

mitgeteilt werden, vorläufig in ihrer Allgemeinheit abzuschreiben sein. An Stelle solcher allgemeiner Erhebungen, die doch nur zweifelhafte, für das Ganze nicht zu verwendende Resultate ergeben, werden Specialerhebungen über einzelne Berufszweige zu treten haben, die dann intensiver durchgeführt und genau kontrolliert werden können, um richtige Einblicke zu gewähren. Übrigens wird auch noch zu untersuchen sein, ob und wie weit die Unfallsanzeigen in Haftpflichtfällen für eine Lohnstatistik nutzbar zu machen wären, da dieselben eine Fülle von Material bieten, das eine hohe Wahrscheinlichkeit für Genauigkeit für sich hat.“ Der erwähnte Anhang ist aber damals nicht erschienen.

Jahresbericht pro 1892. „Ein altes Schmerzenskind der Programmarbeiten ist die Fertigstellung der Bearbeitung des Versuchs einer Lohnstatistik in Winterthur und Umgebung, die schon wiederholt verlangt wurde. Das Material ist längst in Tabellen zusammengestellt worden, und diese Tabellen hätten auch schon gedruckt werden können. Allein es geht nicht an, diese Tabellen als etwas Fertiges und Richtiges zu geben; sie können nur als Begleitmaterial zu einer Studie über Lohnstatistik dienen. Eine solche Studie muß aber, wenn sie einen Wert haben soll, eine wissenschaftlich durchgeführte Arbeit sein, zu deren Bewältigung der Arbeitersekretär vier bis sechs Wochen ungestörten Arbeitens bedürfte. Diese Zeit ist ihm leider im Berichtsjahre noch weniger als vorher vergönnt gewesen. Es möge deshalb entschuldigt werden, wenn diese Arbeit noch nicht geliefert werden konnte; sie wird deshalb nicht aus den Augen gelassen und soll, sobald es möglich ist, an die Hand genommen werden.“

Es trat dann das eidgenössische Fabrikinspektorat I in die Lücke und arbeitete eine Zusammenstellung der Löhne der im Inspektionskreise I von Unfall betroffenen Fabrikarbeiter und -arbeiterinnen aus. Diese überaus fleißige Zusammenstellung hat unserem Industriedepartement Anhaltspunkte für die Festsetzung des Durchschnittslohnes der unselbständig erwerbenden Personen in der Schweiz an die Hand gegeben, leider die einzigen zuverlässigen Anhaltspunkte von nicht bloß lokaler Bedeutung.

Erst unmittelbar vor Abschluß der definitiven Redaktion der Gesetzesentwürfe ist unserm Industriedepartement seitens des schweizerischen Arbeitersekretariats ein „als Manuskript gedruckter Versuch einer Lohnstatistik in Winterthur und Umgebung“, Zürich, Buchdruckerei des Schweizerischen Grütlivereins, 1894, zugekommen. Aus der „Vorbemerkung“ ist ersichtlich, daß seiner Zeit nur ein Drittel oder ein Viertel der angefragten Arbeiter, nämlich nur 2690, auf die Fragen der Zählkarte Antwort erteilt haben, und aus der

Zusammenstellung des „Versuchs“ ergiebt sich, daß im Jahre 1888 der durchschnittliche Jahrlohn

bei 2181 männlichen Arbeitern mit durchschnittlich 274 Arbeitstagen Fr. 1046,

bei 509 weiblichen Arbeitern mit durchschnittlich 284 Arbeitstagen Fr. 461 betrug.

Wie das Arbeitersekretariat, so betrachten auch wir den gemachten Versuch als einen verfehlten. Der Hauptgrund des Fehlschlagens muß in der Abneigung der Arbeiter, über ihren Lohn Auskunft zu erteilen, gesucht werden. Glücklicher- oder unglücklicherweise steht die Schweiz mit dieser Erfahrung nicht allein da.

So viel, im Anschluß an die Aufzählung in unserer Botschaft betreffend Einführung des Gesetzgebungsrechtes über Unfall- und Krankenversicherung, vom 28. November 1889, über die unmittelbaren und mittelbaren Vorarbeiten. Hinsichtlich derjenigen Arbeiten, welche, nach Maßgabe des Fortschreitens der Entwürfe des Gesetzesredaktors, mit Bezug auf diese Entwürfe oder einzelne Partien derselben durch Beamte der Bundesverwaltung ausgeführt worden sind, verweisen wir auf das nachstehende Verzeichnis der amtlichen Drucksachen.

Heute sind wir in der Lage, Ihnen die von uns nach Maßgabe der Vorschläge des Redaktors und auf Antrag unseres Industriedepartements festgestellten Entwürfe von zwei Bundesgesetzen, das eine betreffend die Kranken-, das andere betreffend die Unfallversicherung, zu weiterer Behandlung und Beschlußfassung zu unterbreiten.

Wir fügen den Entwürfen und dieser Botschaft folgende amtlichen Drucksachen, sowie folgende uns zugekommenen geschriebenen oder gedruckten Eingaben und Mitteilungen bei. Es würde zu weit führen, wollten wir hier den Inhalt dieser Eingaben wiedergeben oder auch nur skizzieren. Wir unterlassen das mit einer einzigen Ausnahme.

A. Amtliche Drucksachen.

1. und 2. Die seiner Zeit der Expertenkommission vorgelegten Entwürfe betreffend Kranken- und Unfallversicherung, deutsch und französisch.
3. Stenographisches Bulletin der Verhandlungen der Expertenkommission, 2 Bände, 1893.
4. Vergleichende Zusammenstellung des frühern und des Departementsentwurfes betreffend die Krankenversicherung, deutsch.

5. und 6. Die deutschen und die österreichischen Gesetze betreffend Kranken- und diejenigen betreffend Unfallversicherung neben den schweizerischen Entwürfen, 2. Auflage, vom eidgenössischen statistischen Bureau, deutsch.
7. Denkschrift über die Höhe der finanziellen Belastung, welche den nach dem Krankenversicherungsentwurfe einzurichtenden Krankenkassen voraussichtlich erwachsen wird, 2. Auflage, 1895, von Moser, deutsch und französisch.
8. Versicherungstechnische Untersuchungen über die nach dem Gesetzesentwurf einzurichtende Unfallversicherung, 1895, von Moser, deutsch und französisch.
9. Materialien zu den Gesetzesentwürfen betreffend Kranken- und Unfallversicherung, 1893, von Moser, deutsch.
10. Voranschlag der jährlichen Kosten der staatlichen Krankenpflege in der Schweiz, 1893, von Dr. Schmid, eidgenössischer Sanitätsreferent, und Moser, deutsch.
11. Differenz in der Belastung der Arbeitgeber nach den Versicherungsprojekten Forrer und Greulich, 1893, von Moser, deutsch.
12. Schätzung des jährlichen Reinerträgnisses des Tabakmonopols für die Schweiz, 1893, deutsch.
13. Ergebnisse der schweizerischen Unfallzählung vom 1. April 1888 bis und mit 31. März 1891, 95. Lieferung der schweizerischen Statistik, 1894, vom eidgenössischen statistischen Bureau, deutsch und französisch. (Siehe Seite 201 der Botschaft.)
14. Die Bevölkerung der Schweiz, unterschieden nach dem Berufe, 96. Lieferung der schweizerischen Statistik, 1894, vom eidgenössischen statistischen Bureau, deutsch und französisch.
15. Einteilung der Krankheitsformen für die Zwecke einer Krankheitsstatistik, 1895, vom schweizerischen Gesundheitsamt, deutsch. (Manuskript.)
16. Zur Frage der Doppelversicherung im Gebiete der staatlichen Krankenversicherung, 1892, von Dr. Rölli (gew. Abteilungschef im eidgenössischen Versicherungsamt, jetzt Professor am eidgenössischen Polytechnikum), deutsch.
17. Über die Entlastung der Ortsarmenpflege durch die eidgenössische Unfall- und Krankenversicherung, 1893, von Armenkassier S. Scherz in Bern, deutsch.
18. Über die schweizerische Kranken- und Unfallversicherung, insbesondere über ihre ökonomische Tragweite, 1894, von Moser, deutsch und französisch.

19. Mitteilungen über die Einrichtung und die Ergebnisse der schweizerischen Unfallzählung, 1894, von Durrer, deutsch und französisch. (Siehe Seite 201 der Botschaft.)

    Nr. 18 und 19 sind vom Congrès international des accidents du travail à Milan, du 1er au 6 octobre 1894, herausgegeben worden.

20. Die Arbeitslöhne in den industriellen Betrieben des ersten schweizerischen Fabrikinspektionskreises, vom Fabrikinspektor Schuler und dessen Adjunkt Wegmann, 1. Heft der Zeitschrift für schweizerische Statistik, 31. Jahrgang, 1895, deutsch.

21. Höhe des Krankengeldes und der Renten. Darstellung auf Grund der bundesrätlichen Gesetzesentwürfe betreffend Kranken- und Unfallversicherung. 1896 (unter der Presse), von Moser, deutsch und französisch.

B. Eingaben und Mitteilungen.

a. Von Verbänden und Vereinen.

1. Unfallstatistik aus den Angaben schweizerischer Krankenkassen von den Jahren 1886, 1887 und 1888. (Siehe diese Botschaft, Seite 201.)
2. Bericht von der Enquête über die Stellungnahme der Arbeiterschaft zur Bundesgesetzgebung betreffend Kranken- und Unfallversicherung, 1894. (Siehe Botschaft, Seite 201.)
3. Als Manuskript gedruckter Versuch einer Lohnstatistik in Winterthur und Umgebung, 1894. (Siehe diese Botschaft, Seite 202.)

    Alle drei verfaßt vom schweizerischen Arbeitersekretariat in Zürich, namens des schweizerischen Arbeiterbundes.

4. Verhandlungen und Beschlüsse des außerordentlichen Arbeitertages in Zürich vom 5. November 1893, eingesandt durch das schweizerische Arbeitersekretariat.
5. Gutachten über die Kranken- und Unfallversicherung, erstattet vom Vorort des schweizerischen Handels- und Industrievereins, in Zürich,

    allgemeiner Teil, vom 30. Dezember 1889;
    specieller Teil, vom 22. September 1893.

6. Berichte (zwei) über die Stellungnahme des Gewerbestandes zur Einführung der schweizerischen Kranken- und Unfallversicherung, verfaßt von W. Krebs, Sekretär des schweizerischen Gewerbevereins in Zürich, 1891 und 1892.

7. Vorschläge des schweizerischen Gewerbevereins für sich und namens einer Delegiertenversammlung gewerblicher Berufsverbände, vom 21. September 1893.
8. Eingabe der Fédération des sociétés d'agriculture de la Suisse romande, nebst einem Bericht von Herrn de Chastonay in Sitten, eingegangen den 18. März 1892.
9. Eingabe der Gesellschaft schweizerischer Landwirte, nebst einem Vortrag von Herrn Prof. E. Landolt in Zürich, eingegangen den 18. März 1892.
10. Eingabe des Centralkomitees des schweizerischen kaufmännischen Vereins, vom Mai 1892.
11. Eingabe der Association des médecins du canton de Genève, vom 16. September 1893.
12. Décisions de l'Association des médecins du canton de Genève, eingegangen den 4. August 1894.
13. Rapport de la Commission de la Société vaudoise de médecine, enthalten im Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil du canton de Vaud sur les affaires fédérales, dès le 1er novembre 1893 au 1er mai 1894.
14. Eingabe des schweizerischen Apothekervereins betreffend Beschaffung der Arzneimittel und Verbandstoffe für die Kranken- und Unfallversicherungsanstalten, vom 1. März 1894.
15. Petition des Centralvorstandes des schweizerischen Samariterbundes, vom 12. Oktober 1891.
16. Eingabe des Vorstandes des Verbands für Freizügigkeit schweizerischer Krankenvereine, vom 1. Dezember 1892.
17. Eingabe des Comité central de la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande, vom 16. Juli 1893.
18. Mémoire au Conseil fédéral par la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande, eingegangen den 13. Juli 1894.
19. Vorschläge des Centralvorstandes der Kranken- und Unterstützungsvereine der Sticker, vom 3. September 1893.
20. Vorschläge der Krankenkasse des Eisenwerkes Emmenweid bei Luzern, vom 25. Februar 1894.
21. Eingabe des Hülfs- und Arbeitervereins Meggen, vom 16. März 1894.
22. Beschlüsse einer Volksversammlung in Wollerau, vom 18. Juni 1893.
23. Eingabe der Centralkommission der schweizerischen gemeinnützigen Gesellschaft, vom 1. Januar 1895.

24. Vorschläge der Metallarbeitergewerkschaft des Bezirks Zürich. Ende Februar 1895.
25. Eingabe der schweizerischen Ärztekommission, vom 27. April 1895.

b. Von Privatpersonen.

26. Vorschläge zur Einführung der Kranken- und Unfallversicherung im Sinne des Obligatoriums für sämtliche Volkskreise, von Fr. Jakober, Lehrer in Glarus, 1891.
27. Zuschrift der pyrotechnischen Fabrik K. Hamberger & Cie. in Oberried, vom 11. Januar 1892.
28. Eingabe von Herrn Kunz in Dietikon, vom 25. November 1894.
29. und 30. Eingaben von Herrn J. Hürlimann in Wädensweil, vom 7. Mai 1894, 17. Januar und 23. April 1895.

Die Eingaben Nr. 17 und 18 gehen, wie bereits verzeichnet, von der Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande aus.

Dieser Verband wurde am 25. Juni 1893 gegründet behufs Wahrung der Interessen jener Vereine und thätiger Mitwirkung bei der Ausführung von Art. 34bis der Bundesverfassung. Derselbe zählt gegenwärtig in den Kantonen Waadt, Wallis, Genf, Neuenburg, Freiburg und Bern 100 Vereine mit 27,503 Mitgliedern und hält ein eigenes periodisch erscheinendes Organ, das „Bulletin de la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande". Er entfaltet eine emsige Thätigkeit im Interesse der freien Krankenkassen und in der Richtung nach einer allgemeinen obligatorischen Krankenversicherung.

Der bisherige Verlauf der Thätigkeit des Verbandes verdient hier dargestellt zu werden.

Von dem Votum des hervorragendsten Redners am Tage der Gründung des Verbands, des Herrn Schulinspektor Latour in Corcelles, macht das „Bulletin" folgende Inhaltsangabe:

„Il défend le principe de l'assurance obligatoire pour tous et combat de toutes ses forces le système proposé qui consiste à parquer les citoyens suisses en catégories, système qui créera des castes dans notre peuple si uni jusqu'à présent, et qui, loin d'apaiser les revendications sociales, contribuera à exciter les pauvres contre les riches, la classe ouvrière contre la classe bourgeoise.

L'orateur combat le système du projet qui crée une inégalité choquante de droits et de devoirs parmi les assurés, d'après leurs ressources. La maladie atteint également le pauvre et le riche; de

même que nous sommes égaux dans la mort, nous sommes, hélas, égaux dans la maladie; donc les misères doivent être également combattues et soulagées.

Il se prononce énergiquement pour le maintien de nos sociétés mutuelles actuelles, qui sont complètement sacrifiées par le projet fédéral. Plus de recrutement possible, plus de vie propre. Tous ces foyers féconds de bonne et saine mutualité détruits; plus d'intérêt local, plus de fraternité. Le grand niveau officiel passe; que deviendra l'éducation morale de notre peuple avec de semblables procédés?

M. Latour constate que le projet de loi est très onéreux à l'ouvrier et que les charges qui lui seront imposées seront plus lourdes que la plupart de celles qu'il supporte actuellement dans nos sociétés. Donc, on leurre l'ouvrier; loin d'améliorer sa situation, on la complique, on l'aggrave. Le projet, en faisant disparaître nos sociétés, fait une œuvre antidémocratique et antipatriotique.

M. Latour demande que nos sociétés actuelles, qui connaissent la pratique de la mutualité et tout le rouage de l'administration de l'assurance contre la maladie, soient chargées de la mise en pratique de cette loi, quitte à la confédération à venir en aide par des subsides aux sociétés qui admettront tous ceux qui viendront frapper à leur porte et solliciter leur admission, sans leur imposer de conditions d'âge ou de santé.

Partisan convaincu de l'assurance obligatoire pour tous, il pense que le moment est venu, pour ceux qui sont favorisés de la fortune, de déposer sur l'autel de la patrie et de l'humanité *leur superflu* en faveur des déshérités de ce monde, qui eux, de leur côté, seront appelés à faire leur devoir en versant leur quote-part de *leur nécessaire* dans la caisse sociale."

Die Versammlung erließ hierauf nachstehende Erklärung zu Handen der Bundesbehörden:

L'assemblée des délégués estime que les sociétés existantes ou à créer devraient être chargées de l'administration de l'assurance contre la maladie, et dans ce but:

a. qu'elles doivent être soumises à la surveillance de l'autorité fédérale;

b. qu'une plus grande uniformité devrait être apportée dans l'organisation des sociétés actuelles, tout en leur laissant la plus grande liberté possible;

c. qu'elles devront recevoir indistinctement toutes les personnes qui solliciteront leur admission.

L'assemblée émet enfin le vœu qu'ensuite de l'adoption de la loi fédérale, les avantages qu'en retireront les membres des sociétés de secours mutuels soient supérieurs à ce qui est généralement le cas aujourd'hui, et qu'ainsi l'application de l'article 34bis de la Constitution fédérale constitue un progrès sur ce qui est actuellement."

Am 16. September 1893 faßte sodann das Centralkomitee (Präsident: Herr Kantonsrichter Correvon in Lausanne) des Verbandes mit Bezug auf den Inhalt eines Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung folgende Beschlüsse, im wesentlichen nach Maßgabe der Vorschläge, welche Herr Regierungsstatthalter Ch. A. Favre in Neuenstadt in seiner bemerkenswerten Broschüre, „L'assurance obligatoire en cas d'accident et de maladie et l'avenir des sociétés de secours mutuels", Neuenstadt, bei A. Godet, 1893, aufgestellt hatte:

„I. La loi devrait prescrire expressément que les sociétés actuelles soient autorisées à continuer d'exister librement comme associations privées.

II. *L'assurance en cas de maladie devrait être rendue obligatoire pour tous dès l'âge de 18 ans.*

III. La loi devrait adopter le principe des minima de secours, en laissant aux sociétés la faculté de les augmenter lorsque les circonstances le leur permettent.

IV. Ces minima devraient être:

a. le paiement des honoraires de médecins et des médicaments, soit de tous les frais médicaux quelconques;

b. le paiement d'une indemnité de chômage pendant la maladie, correspondant aux $^2/_5$ du salaire.

V. Les secours devraient être accordés pendant une année au maximum pour la même maladie, sauf aux sociétés dont l'état financier le permettrait à accorder des secours extraordinaires après ce laps de temps.

VI. Les minima de secours fixés ci-dessus ne devraient être augmentés que si l'on arrive à obtenir de la Confédération et des cantons des subsides d'une certaine importance, ou dans le cas où les patrons paieraient une partie de la prime.

VII. La Confédération ou les cantons (de préférence ces derniers) devraient être spécialement chargés du contrôle et de la surveillance des fonds des caisses de secours.

VIII. Les communes devraient être tenues de payer aux caisses de secours les contributions irrécouvrables, quitte à faire punir les débiteurs négligents.

IX. *Les caisses officielles ne devraient être établies que là où il n'existe pas de sociétés libres, ou lorsque ces sociétés seraient insuffisantes pour la contrée.*

X. La loi devrait réserver aux caisses officielles organisées..... une certaine autonomie, tout en veillant à assurer l'exécution uniforme de ses prescriptions essentielles."

Das nämliche Centralkomitee entwarf auf Grundlage dieser seiner Beschlüsse die Grundzüge für ein Bundesgesetz betreffend die Krankenversicherung, und die Delegiertenversammlung vom 27. Mai 1894 nahm dieselben in folgender Fassung an:

A. De l'obligation de s'assurer.

1. Il est institué dans la Confédération une assurance contre la maladie.

2. Sont obligatoirement assurées contre la maladie toutes les personnes de nationalité suisse domiciliées sur le territoire de la confédération et ayant atteint l'âge de 18 ans révolus.

L'assurance est facultative pour les étrangers à la Suisse.

3. Les femmes mariées vivant avec leurs maris sont dispensées de l'assurance obligatoire complète, mais elles sont tenues de s'assurer en vue de recevoir le traitement médical (art. 14, § *a*), moyennant le paiement de la prime restreinte prévue à l'article 17.

Les femmes mariées sont cependant libres de s'assurer au même titre que toute autre personne assurée obligatoirement.

4. Il est facultatif aux caisses officielles et aux sociétés d'assurance d'étendre l'assurance restreinte, moyennant paiement d'une prime spéciale, aux enfants âgés de moins de 18 ans.

5. Sont dispensés de l'assurance obligatoire les invalides qui, par suite d'âge, d'infirmités, etc., sont incapables d'un travail rémunérateur et qui sont internés gratuitement dans les asiles, hospices, refuges de l'état, des communes et des corporations reconnues.

6. Ceux qui sont incapables de tout travail et qui ne se trouvent pas dans l'un des cas prévus à l'article précédent, doivent être assurés, afin de recevoir les soins médicaux, mais ils n'ont aucun droit à l'indemnité de chômage causé par la maladie.

7. Ne pourront prendre part avec voix délibérative, ni faire partie d'aucun comité dans l'administration de l'assurance, ceux qui sont sous le coup d'une condamnation infamante ou qui sont privés de leurs droits civiques.

8. La loi édictera les dispositions nécessaires pour contraindre les personnes qui, tenues de s'assurer, ne remplissent pas cette obligation.

B. Organisation de l'assurance.

9. L'assurance contre la maladie est administrée:

a. par des caisses officielles constituées par la loi;

b. par des sociétés libres légalement reconnues et contrôlées par l'Etat.

Ces sociétés nomment leurs comités et s'administrent elles-mêmes, conformément aux prescriptions de la loi.

10. Il est créé dans chaque canton une autorité de surveillance des caisses et des sociétés d'assurance contre la maladie, autorité dont l'organisation et les attributions sont réglées par la loi cantonale.

11. Les comptes annuels des caisses officielles et des sociétés d'assurance sont soumis à l'approbation de l'autorité cantonale de surveillance. Il en est de même des statuts de ces dernières.

Lorsque l'expérience prouve que les statuts d'une société d'assurance reposent sur des bases telles qu'ils aboutissent à des déficits importants répétés, l'autorité cantonale de surveillance peut obliger cette société à modifier ses statuts.

12. Il est constitué dans chaque caisse et société d'assurance un fonds de réserve, au moyen des excédents des recettes des comptes annuels. Ces versements se font jusqu'au moment où le fonds de réserve égalera le montant annuel des dépenses; ils ne peuvent être inférieurs au 10 % desdites dépenses.

Dans le cas où les excédents ne se monteraient pas à la somme fixée par l'alinéa précédent, la différence serait fournie par la partie des contributions prévues à l'article 22.

13. Il est créé pour la Confédération une autorité supérieure de surveillance des caisses officielles et des sociétés d'assurance contre la maladie, dont l'organisation et les attributions sont déterminées par la loi.

14. Toutes discussions politiques et religieuses sont rigoureusement interdites au sein des caisses et des sociétés d'assurance.

C. Droits des assurés.

15. Tout membre d'une caisse officielle et d'une société d'assurance atteint par la maladie a droit, pendant toute la durée de celle-ci :

a. à la gratuité du traitement médical (soins du médecin et remèdes) ;

b. à une indemnité minimum d'un franc par jour de maladie, lorsque l'incapacité de travail est complète.

16. Lorsque la maladie est la conséquence d'un accident à la charge de la caisse d'assurance contre les accidents établie par la loi fédérale du . . . . . ., les caisses et les sociétés d'assurance contre la maladie sont déchargées de toutes prestations envers leurs assurés pour cette maladie.

Toutefois les caisses et les sociétés d'assurance contre la maladie peuvent être chargées, ensuite de demandes de la caisse contre les accidents, de la surveillance de leurs assurés malades ensuite d'accidents et de faire rapport à la caisse d'assurance contre les accidents en vue du paiement des indemnités dues par cette dernière.

D. Obligations des assurés envers les sociétés d'assurance.

17. Pour couvrir les dépenses des caisses officielles et des sociétés d'assurance, chaque assuré est tenu de payer une prime mensuelle de 1 fr. 50 cent., soit 18 francs par an.

Les sociétés libres peuvent réclamer de leurs membres une prime d'assurance supérieure à 18 francs, à charge de donner une indemnité journalière de chômage excédant 1 franc par jour.

18. La prime est de la moitié de la prime normale pour les femmes mariées et les assurés incapables de tout travail. (Art. 6.)

19. Les assurés, à compter de l'âge de 60 ans révolus, pourront être, sur leur demande et si leur position justifie cette mesure, libérés du paiement de toute prime. Ils jouiront néanmoins jusqu'à leur décès de tous les avantages de l'assurance.

20. Le canton d'origine est tenu de payer les primes d'assurance de ceux de ses ressortissants qui n'ont ni fortune, ni ressources (malades, incurables, infirmes, vieillards, etc.).

Il est également tenu de payer, sous réserve de recours contre le débiteur, les primes en retard de ses ressortissants.

Le canton peut réclamer le remboursement de ces valeurs aux communes dont les assurés sont bourgeois.

E. Prestations du canton et de la Confédération.

21. Les déficits des caisses officielles et des sociétés d'assurance sont couverts, partie par les cantons, partie par la Confédération, aux conditions déterminées par la loi.

22. Une partie des contributions de la Confédération et des cantons devra servir à créer des fonds de réserve des caisses officielles et des sociétés d'assurance.

23. Les difficultés auxquelles l'application de la loi organisant les caisses officielles et des statuts des sociétés d'assurance contre la maladie peuvent donner lieu sont tranchées par l'autorité cantonale de surveillance.

Il y a recours contre ses décisions à l'autorité fédérale de surveillance."

Wie mit Bezug auf das Projekt eines Initiativvorschlags betreffend die unentgeltliche staatliche Krankenpflege, so haben wir es auch mit Bezug auf diese Parallelaktion des welschen Hülfskassenverbandes für angemessen erachtet, den Verlauf aktengemäß darzustellen. Es ist von ganz besonderem Interesse, die Wandlungen kennen zu lernen, welche die Aktion des welschen Verbandes durchgemacht hat. Wir werden bei der Begründung unserer Gesetzesentwürfe wieder auf das Projekt zu sprechen kommen.

* * *

Wir stellen mit der größten Befriedigung fest, daß, wie sich aus den dargestellten Kundgebungen, sowie aus den Mitteilungen der Presse ergiebt, unser Publikum von Anfang an Interesse an unserer vorliegenden Gesetzgebungsarbeit genommen hat.

Die Frage der Beschaffung neuer Geldmittel zur Bestreitung der in unsern zwei Gesetzesentwürfen vorgesehenen neuen Bundesleistungen hat im gegenwärtigen Stadium noch keiner Lösung entgegengebracht werden können und wird den Gegenstand einer nachfolgenden besondern Vorlage an die Bundesversammlung bilden.

Über zwei Punkte ist sich der Bundesrat schon heute vollständig klar:

Wo es sich um eine Mehrausgabe handelt, welche sich für den Bund jährlich auf etwa 7 bis 8 Millionen Franken beziffern wird (siehe Abschnitt C dieser Botschaft), erscheint es uns als unstatthaft, daß die beiden Versicherungsgesetze in Kraft treten können, wenn nicht gleichzeitig dafür gesorgt wird, daß die Mittel

zur Deckung dieser Mehrausgabe vorhanden seien; ein anderes Vorgehen müßte in verhängnisvoller Weise das mühsam wiederhergestellte Gleichgewicht unserer Finanzen dauernd untergraben und uns unhaltbaren Zuständen entgegentreiben. Sodann liegt es für den Bundesrat außer jedem Zweifel, daß die genannte jährliche Mehrbelastung weder durch Ersparnisse auf den bisherigen Ausgaben, noch durch die aus den Verkehrsverhältnissen resultierenden Mehreinnahmen ausgeglichen werden kann. Wir dürfen uns dieser Hoffnung um so weniger hingeben, als zwar der Abschluß der Untersuchungen und Beratungen betreffend das Gleichgewichtspostulat zu der tröstlichen Einsicht geführt hat, daß die Periode der Deficite bei normalen Verhältnissen als abgeschlossen betrachtet werden kann und daß bei gleich bleibenden Zolleinnahmen selbst bescheidene Rechnungsüberschüsse zu erwarten sind, daß aber solche Überschüsse höchst notwendig sein werden, um unabweisbare, jetzt schon in sicherer Aussicht stehende und auf der gegenwärtigen Gesetzgebung beruhende Mehrausgaben auf verschiedenen Verwaltungsgebieten überwinden zu können.

Der Bundesrat ist vielmehr zu der Überzeugung gelangt, daß neue Mehreinnahmen in ganz beträchtlichem Umfange geschaffen werden müssen, wenn wir die staatliche Kranken- und Unfallversicherung auf den Grundlagen der bundesrätlichen Entwürfe und mit solchen Leistungen des Bundes ins Leben führen wollen.

Als am naheliegendsten betrachtete der Bundesrat von Anfang an die Einführung des Tabakmonopols, dessen Erträgnisse, unter Wahrung der Interessen des inländischen Tabakbaues und des Grundsatzes, daß die für die Großzahl unserer Bevölkerung bestimmten Fabrikate weder verteuert noch verschlechtert werden dürfen, ausschließlich zur Bestreitung der Leistungen des Bundes für die staatliche Kranken- und Unfallversicherung dienen sollten. Der Bundesrat ist auch schon seit Anfang des Jahres 1895 im Besitze eines einläßlichen Berichtes betreffend die Einführung des Tabakmonopols und dessen mutmaßlichen Ertrag, welcher nach Abzug von $1\frac{1}{2}$ Millionen Franken für Verzinsung und Amortisation des Entschädigungskapitals unter den genannten einschränkenden Voraussetzungen auf $6\frac{1}{2}$ Millionen Franken jährlich berechnet wird.

Wir erachten es auch heute noch als die beste und einfachste Lösung, wenn der Bund zur Erfüllung der ihm durch die beiden Versicherungsgesetze zugedachten Leistungen das Tabakmonopol einführen würde. Angesichts der von verschiedenen Seiten kund gegebenen Abneigung gegen die Einführung dieses Monopols erachten wir es aber als unsere Pflicht, auch anderweitig aufgetauchte Vorschläge zur Lösung der finanziellen Schwierigkeiten einer einläß-

lichen Prüfung und Würdigung zu unterziehen. Zu solchen Vorschlägen gehören namentlich auch die Einführung eines Getreidezolles, die Tabaksteuer, die Zuckersteuer. Wir beschränken uns darauf, diese verschiedenen Anregungen zu benennen, ohne uns heute über ihre Vor- und Nachteile, konstitutionellen und handelspolitischen Schwierigkeiten auszusprechen. Es wird das Sache unserer Specialbotschaft sein. Da dieselbe die Vorschläge für die Versicherungsgesetze nur indirekt berühren wird, so ist man keineswegs verhindert, mit der Prüfung und Beratung der letztern zu beginnen.

Wir beehren uns nunmehr, die in den beiden Gesetzesentwürfen enthaltenen Bestimmungen mittelst der nachfolgenden Ausführungen zu begründen.

A. Allgemeiner Teil.

I. Grundlagen.

1. Der neue Artikel 34bis der Bundesverfassung verleiht dem Bund die Zuständigkeit und stellt ihm die Aufgabe, die Kranken- und Unfallversicherung einzurichten. Wir machen von dieser Zuständigkeit Gebrauch und kommen der gestellten Aufgabe nach, indem wir zwei Gesetzesentwürfe vorlegen, welche die bürgerliche Kranken- und Unfallversicherung staatlich organisieren.

Den hierfür in Aussicht genommenen Gegenseitigkeitsanstalten kann nicht wohl zugemutet werden, auch das mit dem Militärdienst verbundene Erkrankungs- und Unfallsrisiko zu decken. Dieses soll vielmehr billigerweise gänzlich von dem die Militärhoheit ausübenden Staate übernommen werden, und zwar vom nämlichen Zeitpunkt an, in welchem die bürgerliche Kranken- und Unfallversicherung ins Leben tritt.

Der Bund kommt zwar der bezeichneten Aufgabe heute schon, gemäß dem Bundesgesetze betreffend Militärpensionen und -entschädigungen, vom 13. Wintermonat 1874, teilweise nach und geht, mit Bezug auf Invalidität und Tod infolge von Erkrankung im Militärdienst, erheblich weiter als, nach unseren Vorschlägen, die bürgerliche Krankenversicherung. Niemand denkt daran, diese weitergehenden Leistungen aufzuheben. Dann erscheint es aber als notwendig, diejenigen Bestimmungen des erwähnten Bundesgesetzes, durch welche jene Mehrleistungen zugesichert werden, in die neue Feststellung der Haftpflicht des Bundes für Erkrankungen und Unfälle im Militärdienst hinüberzunehmen. Diese neue Feststellung muß des weitern in einen organischen Zusammenhang mit den militärischen Einrichtungen gebracht werden. Drittens ist der Kreis derjenigen Personen, für welche die sogenannte Militärversicherung sorgen soll, keineswegs identisch mit dem Kreis derjenigen Personen, für welche wir die bürgerliche Kranken- und Unfallversicherung in erster Linie einrichten. Werden doch in dieser z. B. viele solche Personen untergebracht sein, welche in den Nachbarstaaten militärpflichtig sind und von Zeit zu Zeit für einige Wochen in die Heimat zurückkehren, um der Militärpflicht zu genügen, ohne daß sie aus dem hiesigen bürgerlichen Versicherungsverband austreten.

Aus den genannten Gründen empfiehlt es sich, den Grundsatz der Haftpflicht des Bundes für Erkrankungen und Unfälle im Militärdienst gesondert auszuführen.

Wir gedenken, Ihnen in nächster Zeit einen Gesetzesentwurf betreffend die sogenannte Militärversicherung vorzulegen, und bemerken, daß wir uns vorbehalten, Ihnen die formelle Vereinigung der beiden heutigen Vorlagen mit der soeben bezeichneten in ein Gesetz, so daß dann alles miteinander steht oder fällt, zu beantragen.

2. Während wir im vorstehenden der sofortigen Einführung der sogenannten Militärversicherung, im Anschluß an die bürgerliche Kranken- und Unfallversicherung, das Wort reden, müssen wir umgekehrt den vielfach aus der Mitte des Publikums laut gewordenen Wünschen, daß der Bund gleich von Anfang an seine Aufgabe höher und weiter fasse und solche Einrichtungen schaffe, welche nicht nur das Erkrankungs- und Unfallsrisiko, sondern gleichzeitig noch andere verwandte Risiken decken, mit Entschiedenheit entgegentreten.

Allerdings betrachten wir es als eine der höchsten Aufgaben der Volksgemeinschaft, das Wohlergehen und den Wohlstand ihrer Angehörigen zu fördern und einen wirksamen Schutz zu organisieren nicht nur gegen einzelne, sondern gegen alle Gefahren, welche das Wohlergehen und den Wohlstand bedrohen. Allerdings erblicken wir in der Einrichtung von Versicherungsanstalten zwar nicht das alleinige und stets probate, wohl aber eines der vornehmsten Mittel zur Erreichung dieses Zieles. Und allerdings genügt die Volksgemeinschaft jener Aufgabe noch lange nicht vollständig, wenn sie lediglich die Versicherung gegen das Risiko der Erkrankung und des Unfalls einrichtet. Es muß auch anerkannt werden, daß die Beschränkung der Versicherung auf einzelne Branchen und die infolgedessen notwendige Abgrenzung der versicherten gegen die unversichert bleibenden Risiken im Verlaufe gerade auf den Grenzgebieten Ungleichheiten zu Tage fördern muß, welche den Wunsch wachrufen, daß fürderhin auch die verwandten, jenseits der Grenze liegenden Risiken gedeckt werden. Es sei hier beispielsweise an das Verhältnis zwischen Krankheit und Invalidität, an die schwankende Grenze zwischen diesen beiden Übeln und an die notwendige Beschränkung des zeitlichen Umfangs der Krankenversicherung erinnert. Wer wollte den Menschenfreund hart tadeln, der angesichts eines Schwerkranken, welchem die Versicherungsanstalt vom Beginn des zweiten Jahres der Krankheit an nichts mehr leistet, unsere Versicherungseinrichtung Stückwerk schilt. Ist er doch leider vollständig im Recht. Wir empfinden mit ihm schmerzlich die Lücke.

Allein wir sind durch die Verfassung gebunden. Unsere Zuständigkeit beschränkt sich auf zwei bestimmte Branchen, die Kranken- und die Unfallversicherung. Wir dürfen diese Begriffe eng oder weit auslegen und besitzen da ziemlich großen Spielraum. Aber es geht nicht an, daß wir unter der Schutzmarke „Kranken- und

Unfallversicherung“ Versicherungseinrichtungen herstellen, welche sich mit, nach dem gewöhnlichen und dem technischen Wortgebrauch, anderen als den genannten Versicherungsarten beschäftigen. Das geht um so weniger an, als seiner Zeit der neue Verfassungsartikel absichtlich so, wie er nun lautet, festgestellt wurde gegenüber Vorschlägen und Anträgen auf eine allgemeinere Fassung desselben, und als insbesondere die Invaliditätsversicherung absichtlich beiseite gelassen wurde.

Doch auch abgesehen von dem formellen Hindernis, welches uns in der Verfassung entgegentritt und welches ja durch eine schleunige Verfassungsrevision beseitigt werden könnte, bestehen in der That noch sachliche Gründe, welche uns die Einschränkung auferlegen.

Einmal stehen wir am Beginn der staatlichen eigenen Versicherungsthätigkeit und betreten ein für uns neues Gebiet. Schon die Ein- und Ausführung der öffentlichen Kranken- und Unfallversicherung wird, das wollen wir uns nicht verhehlen, bedeutende Schwierigkeiten bereiten, bis die Maschine recht im Gang ist und zur Befriedigung des Publikums läuft.

Es ist ein offenbarer Irrtum, anzunehmen, daß sich das Versicherungsgeschäft, je größer der begriffliche Umfang des versicherten Risikos sei, desto einfacher und klarer gestalte und daß das sociale Unrecht mindestens im gleichen Maße schwinde, in welchem die staatliche Versicherungsthätigkeit zunehme. Man denke sich eine Anstalt, die den Menschen gegen jedes versicherbare Risiko, welches er läuft, versichert. Welch ungeheure Schwierigkeit böte schon die Festsetzung der Prämie für den einzelnen Versicherten. Wie kompliziert und schwierig müßte die Schadenfeststellung, die Schadenregulierung, die ganze Verwaltung sich gestalten. Es verhält sich hier wie auf dem Gebiet des Steuerwesens: L'impôt unique c'est l'impôt le plus inique. Die Verschmelzung der verschiedenen Risiken und der verschiedenen Versicherungsbranchen ist ein schöner Traum, eine Utopie.

Allerdings kann man eine größere Anzahl von Versicherungsbranchen einführen und betreiben, ohne das Geschäft geradezu zu vereinheitlichen, sondern in der Weise, daß man die einzelnen Branchen auseinanderhält. Allein damit werden die signalisierten Schwierigkeiten wenn auch vermindert, so doch nicht aus der Welt geschafft. Es wird notwendig, das Verhältnis der einzelnen Branche zu allen übrigen genau festzusetzen. Wir werden sehen, wie schwer das schon hält, wenn es sich nur um zwei Branchen handelt. Mit jeder Branche, welche wir hinzufügen, wächst die Schwierigkeit.

Es giebt jedoch noch einen weitern, zwingenden Grund für die Einschränkung. Wir haben uns, wie später des näheren aus-

zuführen sein wird, davon überzeugt, daß wir für jede staatliche oder von Staats wegen organisierte Versicherungseinrichtung ganz bedeutende Leistungen der Bundeskasse in Aussicht nehmen müssen. Wenn wir nun zu der weiteren Erkenntnis gelangen, daß schon für die Einführung der Kranken- und Unfallversicherung eine neue Einnahmequelle geöffnet werden muß und der Ertrag derselben kaum für diese genügt, daß also für jede neue Branche, welche wir hinzufügen wollen, wieder neue Einnahmequellen gesucht und geöffnet werden müssen, was allsgemach auch dem Findigsten ziemliche Schwierigkeiten bereiten dürfte, so hört die Diskussion über die Frage, ob und hinsichtlich welcher neuen Art von Risiken man weiter gehen solle, für einmal von selber auf, und bleibt der schwärmerische Philanthrop schließlich ganz genau auf dem gleichen Punkt stehen, wie der vom Beginn an kühle Rechner.

Fassen wir das Gesagte zusammen, so gelangen wir, wie schon eingangs gesagt, dazu, uns zur Zeit mit der staatlichen Ordnung der Kranken- und Unfallversicherung zu begnügen.

Das Bessere ist der Feind des Guten. Wir haben keine Zeit mehr zu verlieren. Man hat schon lange von der Sache gesprochen. Die Demokratie arbeitet etwas schwerfällig; es bedarf langer Zeit, bis sich neue Ideen in der Einsicht eines jeden von siebenhunderttausend stimmberechtigten Bürgern fest eingewurzelt haben; dafür besitzt dann ein solches Gebilde allerdings starke Wurzeln und widersteht jeder Reaktion. Das Schweizervolk hat sich mit der Idee der Kranken- und Unfallversicherung vertraut gemacht. Schreiten wir zum Handeln und setzen wir diese Idee in die Wirklichkeit über! Damit ist dann der Grund für die Entwicklung der Volksversicherung durch den Staat gelegt und wird es noch der heute lebenden Generation möglich sein, weiter zu bauen. Wir geben uns der Hoffnung hin, daß sich die neuen Institutionen bewähren werden. Überzeugt sich das Schweizervolk davon, daß, was es von den öffentlichen Mitteln an die Kranken- und Unfallversicherung verwendet, gut verwendet ist, so wird es nicht anstehen, für neue verwandte Versicherungszweige neue indirekte oder direkte Steuern zu bewilligen.

In erster Linie dürfte es sich dannzumal um die Einführung der Invaliditätsversicherung handeln. Denn es besteht eine offenbare, sofort in die Augen springende Lücke in den heutigen Gesetzesvorlagen. Die Invalidität aus Unfall wird durch dieselben gedeckt, die Invalidität aus einer solchen Krankheit, welche nicht durch einen Unfall verursacht worden, bleibt ungedeckt. Die Lücke muß sobald als möglich durch Hinzufügung der Invaliditätsversicherung ausgefüllt werden. Nur vergesse man nicht, daß diese sehr viel Geld kostet.

3. Gehen wir über zur Frage, ob wir bei der durch die Verfassung vorgeschriebenen Einrichtung der Kranken- und Unfallversicherung eine oder mehrere Anstalten, welche gleichzeitig beide Versicherungsarten betreiben, sei es mit, sei es ohne Verschmelzung dieser beiden Arten, in Aussicht nehmen oder, die beiden Arten auseinanderhaltend, für jede Art eine oder mehrere besondere Anstalten errichten sollen.

Auf den ersten Anblick scheint es, daß die Frage im Sinne der Vereinheitlichung und Verschmelzung zu beantworten sei. Die beiden Versicherungsarten sind nahe miteinander verwandt. An beiden Orten wird eine Verteilung der Last in der Weise in Aussicht genommen, daß die versicherten Personen, beziehungsweise die versicherten Betriebe, für dieselbe in der Hauptsache aufzukommen haben und der Bund auf dem Wege des Zuschusses beispringt.

Bei näherer Prüfung gelangt man jedoch trotzdem zu einem entgegengesetzten Ergebnis.

Einmal ist die technische Verwaltung in den zwei Versicherungsarten notwendig eine verschiedene. Hier, bei der Krankenversicherung, das einfache Umlageverfahren, dort das System der Kapitaldeckung. In der Unfallversicherung spielt die dem einzelnen Betrieb oder der einzelnen Betriebsart innewohnende Gefahr eine bedeutende Rolle, in der Krankenversicherung nur eine untergeordnete.

Zweitens wird eine gesonderte Behandlung der beiden Branchen nötig infolge der Verschiedenheit mit Bezug auf die Simulationsgefahr. Diese besteht zwar bei der Unfall- wie bei der Krankenversicherung, jedoch in ganz verschiedenem Grade. Die Simulationsmöglichkeit ist mit Bezug auf die Unfallsfolgen in der Mehrzahl der Fälle geradezu ausgeschlossen. Ganz anders mit Bezug auf Krankheiten, welche nicht durch Unfälle verursacht sind, also mit Bezug auf die Großzahl der Krankheitsfälle. Hier ist man sehr oft auf die Angaben des Versicherten angewiesen. Gerade deshalb ist die Versuchung für den Versicherten, falsche Angaben zu machen, sich krank zu stellen, obgleich er gesund oder wiederhergestellt ist, außerordentlich groß. Die Simulation hat schon manche Krankenkasse schwer mitgenommen, ja dem Ruin nahe gebracht. Ein warnendes Beispiel befindet sich in unserer allernächsten Nähe. Wir meinen die Betriebsergebnisse der Krankenkasse der eidg. Waffenfabrik für das Jahr 1893. Dieser größten Gefahr, welche der Krankenversicherung anhaftet, kann verhältnismäßig wirksam nur dadurch begegnet werden, daß jeder einzelne Fall unter beständiger Aufsicht steht und diese Aufsicht von Leuten ausgeübt wird, welche ein unmittelbares und erhebliches Geldinteresse daran besitzen, ob der angemeldete Krankheitsfall wirklich

bestehe und daß die Versicherungsleistungen mit Bezug auf jeden solchen Fall möglichst geringe seien. Hieraus ergiebt sich für die Krankenversicherung die Zweckmäßigkeit verhältnismäßig kleinerer Anstalten mit möglichst großem unmittelbarem Geldinteresse der versicherten Personen an einem günstigen Ergebnisse des Anstaltsbetriebs, während für die Unfallversicherung der Grundsatz der Vereinigung möglichst vieler Alimente in Einer Anstalt maßgebend bleibt.

So gewiß wir, drittens, für die Krankenversicherung kleinerer Anstalten bedürfen, so gewiß bedarf die Unfallversicherung einer oder mehrerer besonderer, mit jenen nicht identischen Anstalten. Denn dort würde es ganz regelmäßig an Kräften fehlen, welche fähig wären, das Geschäft der Unfallversicherung mit seinen Gefahrenklassen und seinem Deckungsverfahren richtig und zuverlässig zu betreiben. Das ist nur in größeren Anstalten möglich. Und nur solche größere Anstalten sind im stande, das Unfallrisiko auszuhalten; denn hier ist der einzelne Fall durchschnittlich viel schwerer als der einzelne Fall in der Krankenversicherung.

Viertens können wir nicht umhin, auf eine andere große Gefahr hinzuweisen, welche der Verschmelzung beider Branchen innewohnt und die darin besteht, daß die Versuchung zur vorzeitigen und zweckwidrigen Verwendung der Deckungskapitalien für die laufenden Ausgaben der Krankenversicherung eine sehr große wäre. Exempla docent.

Diese Betrachtungen führen zu dem Schluß, daß richtigerweise beide Versicherungsbranchen getrennt behandelt werden, und zwar in voneinander verschiedenen Anstalten, und für die eine Branche die Centralisation, wenn möglich in einer Anstalt, für die andere die Decentralisation mit so kleinen Anstalten gefordert werden muß, als es jener Hauptgrundsatz des Versicherungswesens, derjenige der Vereinigung einer großen Anzahl von Alimenten, gestattet.

Gelangen wir somit zur Zweiteilung, so nehmen wir doch Bedacht auf einen organischen Zusammenhang zwischen den beiden Branchen. Wir fordern die Identität der beidseitig obligatorisch Versicherten. Wir verweisen die kleinern Unfälle ohne dauernde Folgen ganz, und auch die schweren Unfallskrankheiten für die ersten Krankheitswochen, an die Krankenversicherung. Wir übergeben die Konstatierung der Unfälle und die Besorgung der Unfallskranken, auch der schwersten Fälle, regelmäßig den Krankenversicherungsanstalten. Wir übertragen ihnen den Prämienbezug auch für die Unfallversicherung. Die staatlichen Behörden sind für beide Branchen die nämlichen. Wir sehen vor, daß beide Branchen miteinander im Frieden leben und sich gegenseitig Vertrauen schenken.

4. Wir schließen an die Begründung der Zweiteilung die Erörterung darüber an, ob es nicht angezeigt sei, vorerst nur eine der beiden Versicherungen ins Leben zu rufen, und müssen da in frühere Jahre zurückgreifen. Wie sich aus unserer Botschaft zu dem neuen Verfassungsartikel und den Beilagen zu jener Botschaft ergiebt, dachte man bis 1889 lediglich daran, das Haftpflichtsystem durch die staatliche Unfallversicherung zu ersetzen, und gelangte erst bei näherer Prüfung der geplanten Neuerung dazu, daß die Krankenversicherung das Wichtigere und deren staatliche Regelung ebenso dringlich sei als die Einführung der staatlichen Unfallversicherung. Man überzeugte sich davon, daß die Unfall- auf der Krankenversicherung aufgebaut werden müsse und richtigerweise beide Branchen miteinander in Angriff zu nehmen seien. Und so sah man sich, obgleich man anfänglich andere Wege einzuschlagen beabsichtigt hatte, auf die nämlichen Pfade verwiesen, auf welchen bereits Deutschland und Österreich wandelten. Gleiche Ursachen, gleiche Wirkungen; und überall bildete die Diskussion des Haftpflichtsystems den Ausgangspunkt. Wir entgingen dabei freilich dem Vorwurf nicht, dem Nachahmungstrieb zu sehr Folge geleistet zu haben, statt selbständig vorzugehen. Nun denn! Die Regierungen mehrerer anderer Staaten haben sich unsere schweizerische Fabrikgesetzgebung auch zum Muster genommen. Hoffen wir, daß ihnen bei sich zu Hause derjenige Vorwurf erspart bleibe, welcher uns hier zu Lande mit Bezug auf unsere Versicherungsgesetzgebung zu teil wird.

Wir können natürlich nicht behaupten, daß es unmöglich wäre und daß die Verfassung verletzt würde, wenn vorderhand nur eine der beiden Versicherungen durch den Staat eingerichtet würde. Man könnte nur die staatliche Unfallversicherung einführen und auf dem Gebiet der Krankenversicherung die bisherigen Zustände fortdauern lassen oder dieselbe lediglich einem losen Regulativ unterstellen. Freilich müßte dann die heutige Unfallversicherungsvorlage gänzlich umgeändert werden. Man könnte nur der Krankenversicherung näher treten, nur diese Branche einrichten und daneben das Haftpflichtsystem fortbestehen lassen. Das eine und das andere wäre jedoch aufs äußerste zu bedauern und ließe sich nur dann rechtfertigen, wenn man die gegenwärtige Leistungskraft der Prämienpflichtigen als im Fall der gleichzeitigen Durchführung des ganzen Verfassungsprogramms von Art. 34bis im Übermaß beansprucht erkennen oder an der gegenwärtigen Möglichkeit der vorgesehenen Bundesleistungen an beides auch im Fall der Reduktion des vorgesehenen Maßes dieser Leistungen verzweifeln würde. Weder das eine noch das andere trifft zu. Die nämliche Antwort erteilen wir denjenigen, welche vorderhand von einer Ausdehnung

des Militärpensionssystems, wie wir sie bereits besprochen haben, mit andern Worten von der sogenannten Militärversicherung, Umgang nehmen wollen.

II. Die obligatorische Versicherung.

5. Wir schreiten zur Erörterung der Frage des Versicherungszwangs. In der Denkschrift über die Einführung einer schweizerischen Unfallversicherung, welche eine Beilage zu unserer Botschaft betreffend den neuen Verfassungsartikel 34bis, vom 28. November 1889, bildete, ist mit Bezug auf die Unfallversicherung die Notwendigkeit des Versicherungszwanges für alle unselbständig erwerbenden Personen begründet. Wir haben in jener Botschaft diese Ausführungen der Denkschrift gebilligt, und in den eidgenössischen Räten erhob sich bei Beratung der bezeichneten Verfassungsrevision keine Stimme dagegen. Die eidgenössischen Räte gingen sogar noch weiter, als wir beantragt hatten, und sorgten durch Änderung des Wortlautes des neuen Verfassungsartikels dafür, daß der Versicherungszwang ohne neue Verfassungsänderung, auf dem Wege der bloßen Gesetzgebung, nicht nur in der Unfall-, sondern auch in der Krankenversicherung, auf weitere Bevölkerungsklassen als nur diejenige der unselbständig erwerbenden Personen ausgedehnt, ja für die gesamte Bevölkerung eingeführt werden kann.

Wir verlieren also kein weiteres Wort mehr zur Begründung unseres Satzes, daß die Unfallversicherung für die Bevölkerungsklasse der unselbständig erwerbenden Personen als obligatorisch zu erklären sei.

Wie verhält es sich in dieser Beziehung mit der Krankenversicherung?

Nicht nur sprechen die nämlichen Gründe für die Bejahung der Frage hier so gut wie dort; vielmehr sind dieselben hier noch viel gewichtiger.

Die körperliche Gesundheit bildet die Voraussetzung der menschlichen Thätigkeit und damit des Erwerbes. Die Krankheit stört die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit oder hebt sie ganz auf. Die Volksgemeinschaft besitzt erstens ein hohes Interesse an der Gesundheit ihrer Angehörigen und nimmt dieses Interesse wahr durch die Erstellung und den Betrieb von Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitspflege. Damit steht in Verbindung das Interesse an der Wiederherstellung der gestörten Gesundheit, an der Heilung. Mit diesem Interesse geht Hand in Hand die Humanität, das Mitgefühl für die kranken Mitmenschen. Dem Interesse und der Humanität verdanken die öffentlichen Einrichtungen für Krankenpflege und Heilung ihre Entstehung: die Krankenhäuser, die Polikliniken, die

religiösen Orden für Krankenpflege, die Anstalt zum roten Kreuz. Aus dem Bestreben, dieser zweiten Aufgabe des Wohlfahrtsstaates in vermehrtem Maß gerecht zu werden, ist auch zum Teil die Forderung der allgemeinen unentgeltlichen Krankenpflege entsprungen. Die Volksgemeinschaft besitzt drittens ein Interesse daran, daß die sich an die Krankheit knüpfende ökonomische Not gehoben oder wenigstens gemildert und daß der Verarmung und Hülflosigkeit der kranken Staatsangehörigen — der Ausdruck „Staatsangehörige" im weitesten Sinn des Wortes verstanden — gesteuert werde. Deshalb tritt, im Anschluß an die erste und zweite, die weitere Aufgabe an den Staat heran, die nachteiligen ökonomischen Folgen der Krankheiten, von welchen die Staatsangehörigen betroffen werden, aufzuheben oder wenigstens zu mildern. Weil Arzt und Arznei Geld kosten, so besteht die eine nachteilige Folge in der aus der Krankheit entstehenden Geldschuld für Arzt und Arznei. Weil der Kranke arbeits- und erwerbsunfähig ist, so besteht eine weitere nachteilige Folge in dem Verdienstausfall. Der Staat wird seiner dritten Aufgabe dadurch gerecht, daß er die Krankenversicherung einrichtet. Damit fördert er gleichzeitig auch die Erfüllung seiner ersten und zweiten Aufgabe.

Die Gefahr, zu erkranken, ist im allgemeinen bedeutend größer als die Gefahr, einen Unfall zu erleiden. Von diesem Gesichtspunkt aus ist die Krankenversicherung notwendiger als die Unfallversicherung.

Nach der schweizerischen Unfallstatistik kommt auf 100 unselbständig erwerbende Personen jährlich ein Unfall mit tödlichem Ausgang oder mit mehr als vierwöchiger Krankheitsdauer. Erfahrungsgemäß erkranken dagegen von den Mitgliedern einer Krankenkasse im Jahre gewöhnlich 20—50 %. Allerdings wird dieses, für die Erkrankungsgefahr hinsichtlich der Häufigkeit sehr ungünstige Verhältnis gemildert durch die größere Durchschnittsschwere des Unfalls im Verhältnis zur Krankheit, jedoch nicht im entsprechenden Maße. Denn die Belastung der Krankenversicherung bleibt immer noch, bei der in unseren Vorschlägen vorgesehenen Schadenvergütung, um vieles größer, als die Belastung der Unfallversicherung.

Nun beweist uns schon die im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung geringe Mitgliederzahl der freiwilligen Krankenkassen, daß der Staat seiner im vorstehenden begründeten Aufgabe, der Krankenversicherung näher zu treten, auf dem Boden der Freiwilligkeit nicht genügen, sondern derselben mit Bezug auf diejenigen Bevölkerungsklassen, welche am meisten unter den nachteiligen ökonomischen Folgen der Krankheiten zu leiden haben, nur auf dem Weg des Versicherungszwangs gerecht werden kann.

Es kommt noch ein weiterer Grund hinzu. Wie in Titel D, VI und VII, der erwähnten Denkschrift des nähern dargethan ist und auch in dieser Botschaft (Seite 277 ff.) erörtert wird, eignen sich die kleinern Unfälle nicht zur Behandlung in den Unfallversicherungsanstalten, sondern sind richtigerweise den Krankenversicherungsanstalten zu überweisen. Daraus ergiebt sich die Notwendigkeit, daß alle mit Bezug auf Unfall versicherungspflichtigen Personen auch in der Krankenversicherung untergebracht werden. Sind sie aber einmal dort, warum nur in Ansehung der Unfalls- und nicht auch in Ansehung der übrigen Krankheiten?

Diese letztere Betrachtung führt auch zur Forderung der Identität der am einen und andern Ort dem Versicherungszwang unterworfenen Personen. Diese Identität wird dem guten Betrieb der beiderlei Anstalten förderlich sein und uns über manche Schwierigkeit hinweghelfen, welche von Deutschland und Österreich gerade wegen des dortigen Nichtvorhandenseins solcher Identität, insbesondere mit Bezug auf die Behandlung der Unfallskranken innert der Karenzzeit, empfunden wird. Wir hätten, um das gleich hier beizufügen, diese Forderung der Identität gern auch auf die freiwilligen Versicherten ausgedehnt. Es machte sich jedoch in der Expertenkommission so entschiedene und fast einmütige Opposition dagegen geltend, daß wir nicht darauf beharren konnten. Und in der That läßt sich mit Recht sagen, daß die Aufstellung der Vorschrift, daß jemand nur entweder bei beiden Anstalten oder aber bei keiner von beiden freiwilliges Mitglied sein könne, die freiwillige Versicherungsnahme nicht gefördert hätte, indem mancher, welcher gern die Prämie für das eine zahlt, dem jedoch beide Prämien zusammen zu hoch sind, wegbleibt, wenn er vor jenes Entweder-Oder gestellt wird. Die Folge des Fallenlassens der Identitätsforderung bezüglich der freiwilligen Versicherten war dann aber die, daß wir uns mit Bezug auf die Unfallversicherung für einmal mit der Unterbringung der obligatorisch Versicherten begnügen mußten, indem für die Behandlung der Unfälle von nur unfall-, nicht auch krankenversicherten Personen die auf der Besorgung der Unfallversicherten durch die Krankenkassen beruhende Organisation der Unfallversicherung nicht mehr gepaßt hätte. Eine weitere und zwar unangenehme Folge ist die, daß nunmehr die freiwilligen Mitglieder der Krankenkassen im Fall der Unfallerkrankung, auch nach Ablauf der Karenzzeit, der Krankenkasse zur Last bleiben, während das obligatorische Mitglied im gleichen Fall alsdann von der Unfallversicherung ausgehalten wird, also der Krankenkasse nicht mehr zur Last fällt.

Gestützt auf obige Ausführungen statuieren wir den Versicherungszwang für alle unselbständig erwerbenden

Personen sowohl mit Bezug auf die Unfall- als auch mit Bezug auf die Krankenversicherung.

Nach unseren Wahrnehmungen ist man im Schweizervolk nahezu allgemein mit dem sogenannten Obligatorium einverstanden, und herrschen in der Hauptsache lediglich darüber verschiedene Anschauungen, ob dasselbe auf die Lohnarbeiter zu beschränken oder auf die gesamte Bevölkerung auszudehnen sei.

Der internationale Unfallkongreß, welcher vom 1.—6. Oktober 1894 in Mailand stattfand, zeigte sich allerdings, in der großen Mehrzahl der Teilnehmer, jedem Obligatorium abgeneigt. Die dort, hauptsächlich von französischen, italienischen und belgischen Rednern, dagegen geltend gemachten Gründe sind uns jedoch in keiner Weise als stichhaltig erschienen. Insbesondere ist das dort vielfach geltend gemachte Argument, daß sich beim System des Versicherungszwanges die Zahl der Unfälle erheblich vermehre, nicht zutreffend. Es kann ja sein, daß sich der eine oder andere dann und wann bei der Arbeit weniger in acht nimmt, wenn er von vornherein weiß, daß er, falls ihm ein Unfall passiert, den Schaden, wenigstens zum Teil, ersetzt kriegt. Diese Schattenseite ist jedoch nicht nur dem Versicherungszwang und nicht nur der Versicherung, auch der freiwilligen, eigen, sondern auch dem Haftpflichtsystem, und zwar sowohl dem ausgesprochenen schweizerischen als dem verkappten des Code civil. Allerdings dem Versicherungs- mehr als dem Haftpflichtsystem, und zwar deswegen, weil letzteres dem Selbstverschulden eine größere Bedeutung beilegt als jenes. Mit ziemlich dem nämlichen Rechte, mit welchem man um der drohenden Unfallvermehrung willen gegen den Versicherungszwang eifert, kann man das Haftpflichtsystem und die gegenwärtige Auslegung und Anwendung von Art. 1384 des Code civil angreifen.

Es ist keineswegs erwiesen, daß sich in Deutschland und Österreich mit Einführung des Versicherungszwanges die Unfälle erheblich vermehrt haben. Denn wir kennen die Unfallszahl nicht, sondern nur die Zahl der angemeldeten Unfälle. Die Zahl der jetzt, unter der Herrschaft des Versicherungssystems, angemeldeten Unfälle können wir ferner nicht ohne weiteres mit früheren Zahlen vergleichen. Wenn der Arbeiter den Schaden an sich tragen muß, besitzt er kein Interesse, den Unfall zu melden. Ebensowenig wird sich der Arbeitgeber mit der Meldung beeilen, solange die mit dem Versicherungszwang verbundene Meldepflicht nicht besteht. Ist doch die Unfallshäufigkeit in seinem Betrieb gar sehr geeignet, diesen selbst zu diskreditieren.

So viel geben wir zu, daß der von einem Unfall betroffene Arbeiter, wenn er gegen Unfall versichert oder wenn der Arbeit-

geber haftpflichtig ist, oft um einer unbedeutenden Verletzung willen sich krank melden und zu Hause bleiben wird, während er ganz gut arbeiten könnte, und daß er sich zur Ausheilung Zeit lassen wird, während doch gerade die Wiederaufnahme der Arbeit am ehesten dazu beitragen würde, daß der durch den Unfall geschwächte Körperteil wieder seine frühere Kraft erlangt. Umgekehrt darf aber doch auch darauf hingewiesen werden, daß der unversicherte oder nicht durch die Haftpflicht geschützte Arbeiter, durch die Not und die Sorge für die Seinigen getrieben, oft zu früh wieder zur Arbeit geht, daß die gänzliche Heilung dadurch verhindert und seine Arbeitskraft dauernd geschwächt wird, was auch dem Arbeitgeber nicht frommen kann. Sodann läßt sich dem oben zugegebenen Übelstand bei kleineren Verletzungen wirksam dadurch entgegentreten, daß man diese in die Krankenversicherung verweist und für die ersten Krankentage kein Krankengeld ausrichtet.

Doch, gehört all das in die Diskussion speciell des Versicherungszwanges? Und wenn ja, überwiegen nicht die Vorzüge des Versicherungszwanges um das Vielfache diesen Nachteil? Giebt es auf der Welt eine einzige noch so segensreiche Einrichtung ohne irgend eine Schattenseite?

Haben wir des Mailänder Kongresses, welcher dem Obligatorium nicht günstig gesinnt war, Erwähnung gethan, so dürfen wir auch eine entgegengesetzte Thatsache feststellen. Der Verlauf der Gesetzgebung in Deutschland und Österreich seit dem Erscheinen unserer Botschaft zu Art. 34bis der Verfassung (1889) hat der damals noch sehr bestritten gewesenen These der jener Botschaft beigegebenen Denkschrift, daß das Obligatorium auf alle unselbständig erwerbenden Personen auszudehnen sei, vollständig Recht gegeben. Wir erlauben uns, diesfalls auf die, eine Beilage zu unserer heutigen Botschaft bildende, vergleichende Zusammenstellung unserer Entwürfe mit den deutschen und österreichischen Gesetzen betreffend die Kranken- und die Unfallversicherung zu verweisen.

6. Seit verlautete, daß die nun heute in definitiver Form vorliegenden Entwürfe auf dem System des Versicherungszwangs mit Bezug auf die unselbständig erwerbenden Personen aufgebaut werden, machten sich alsbald und machen sich heute noch viele und beachtenswerte Stimmen geltend, welchen eine solche Beschränkung des Versicherungszwangs auf die bezeichnete Bevölkerungsklasse nicht genügt, welche vielmehr die gesamte Bevölkerung in die Zwangsversicherung einbegreifen wollen, also die Volksversicherung im eigentlichsten Sinne des Wortes fordern. Insbesondere auf dem Gebiete der Krankenversicherung begegnet heute noch mancher-

orts jene Beschränkung entschiedenem Widerstand, wie überhaupt das Publikum der Organisation der Krankenversicherung erheblich größere Aufmerksamkeit zuwendet als dem Gebiete der Unfallversicherung.

So sehr wir die guten und insbesondere humanen Absichten derjenigen anerkennen, welche eine Ausdehnung des Versicherungszwangs auf alles Volk befürworten, so konnten wir uns doch nicht dazu entschließen, solchen Begehren Folge zu geben.

Vergegenwärtigen wir uns nochmals, wie wir dazu gelangt sind, die nicht selbständig erwerbenden Personen als versicherungspflichtig oder besser gesagt als zwangsversichert zu erklären. Es geschah, weil wir finden, daß sie es nötig haben, versichert zu sein, und weil wir hier einen Dritten besitzen, welcher die Prämie, sei es als Selbstschuldner, sei es als obligatorischer Intervenient für den Versicherten, einzubezahlen verpflichtet und in der Regel einzubezahlen im stande ist. Und untersuchen wir nun, wie es sich mit den übrigen Bestandteilen des Volkes verhält.

Einmal will es dem gesunden Schweizersinn nicht einleuchten, daß man diejenigen Bevölkerungsklassen dem Versicherungszwang unterstellt, deren Angehörige sich in der Regel selbst helfen können und helfen werden. Noch herrscht bei uns die Anschauung, daß der staatliche Zwang nur da eintreten solle, wo er als notwendig erkannt wird. Nur der Schablone zuliebe die gesamte Bevölkerung ins Obligatorium einzubeziehen, dazu können wir uns nicht verstehen. Ebensowenig dazu, die wohlsituierten Klassen zum Eintritt in den Versicherungsverband zu zwingen, nur damit diese günstigen Alimente das Versicherungsgeschäft gut machen.

So gelangen wir in erster Linie dazu, die Ausdehnung des Versicherungszwangs auf die ganze Klasse der selbständig erwerbenden Personen abzulehnen. Davon, daß mit Bezug auf einige Unterabteilungen dieser Klasse eine Ausnahme gemacht werden soll, werden wir später sprechen. Desgleichen lehnen wir es zweitens ab, diejenigen Nichterwerbenden, welche nicht, wenigstens nicht mittelst der Arbeit, erwerben wollen, d. h., statistisch gesprochen, die „Rentner ohne Beruf", als versicherungspflichtig zu erklären; die werden sich schon selbst zu helfen wissen.

Sprechen wir des weitern von denjenigen nicht erwerbenden Personen, welche, wie die Kinder und die alten Leute, nicht erwerben können oder, wie die verheirateten Hausfrauen, zwar mehr oder weniger thätig sind, aber entweder gar nicht oder nicht für sich erwerben. Wir stellen gar nicht in Abrede, daß diese Nichterwerbenden, im Gegensatz zu den selbständig erwerbenden

Personen und den Rentnern von Beruf, in ihrer großen Mehrzahl der Versicherung bedürfen, also von dem vorhin bezeichneten Gesichtspunkt aus dem Versicherungszwang unterstellt werden sollten.

Allein, wer bezahlt hier die Prämie? Hat es doch nur dann einen Sinn, von Versicherungszwang zu sprechen, wenn wir auf dem Versicherungsboden verbleiben und wenn die zur Deckung der Auslagen der Versicherungsanstalt notwendigen Prämien, sei es durch den vom Zwang Betroffenen selbst, sei es durch einen Dritten für ihn, in die Versicherungskasse einbezahlt werden sollen und einbezahlt werden können. Erstens darf dieser Dritte nicht mit der Versicherungsanstalt identisch sein; sonst verwandelt sich das Rechtsverhältnis der Versicherung in eine einseitige Verpflichtung der Anstalt ohne eine Gegenverpflichtung des „Versicherten", und würde der Zwang nur darin bestehen, daß der „Versicherte" verpflichtet wird, das ihm von der „Versicherungsanstalt" vorschriftsgemäß angebotene Geld in die Tasche zu stecken. Zweitens ist eine Einrichtung, in welcher nur für einen Bruchteil der Bezugsberechtigten Prämien bezahlt werden, keine Versicherung mehr.

Sind nun jene Personen im stande, die Prämie selbst zu zahlen? Nur zum kleinsten Teil. Sind ihre Gewalthaber, der Vater, der Ehemann, im stande und alsdann ohne beständigen Rechtstrieb willens, die Prämie zu zahlen? Nur zum kleineren Teil. Da die Prämie aber irgendwoher fließen muß, sofern es noch eine Versicherung sein soll, so hat die Allgemeinheit, die engere oder weitere Volksgemeinschaft, die Gemeinde, der Kanton, der Bund, für dieselbe aufzukommen. Eine in die vielen Millionen gehende Summe muß auf dem Wege der direkten oder indirekten Steuer für diejenigen aufgebracht werden, welche die Prämie nicht bezahlen können oder nicht bezahlen wollen.

Die Einwendung, daß man die Leute, welche ihre Prämie nicht bezahlen oder für welche die Prämie nicht bezahlt wird, aus der Versicherungsgemeinschaft ausschließen könne, trifft nicht zu. Der Ausschluß, welcher lediglich die nackte Thatsache der Nichtbezahlung der Prämie zur Voraussetzung hat, verträgt sich nicht mit dem Versicherungszwang; man zahlt einfach die Prämien nicht, muß infolgedessen ausgeschlossen werden und hat damit erreicht, was man gewollt hat: man ist frei. Will man aber unterscheiden zwischen denjenigen, welche nicht bezahlen *können*, und denjenigen, welche nicht bezahlen *wollen*, will man nur letztere ausschließen, erstere nicht, so ist damit der Versicherungskasse und der Allgemeinheit, welche für nicht bezahlte Prämien aufkommen muß, erst recht nicht gedient. Denn es *bleibt* die durch Nichtzahlung seitens der Hunderttausende von *Zahlungsunfähigen*

verursachte große Lücke in der Versicherungskasse, welche Lücke mittelst öffentlicher Gelder ausgefüllt werden muß.

Der Arbeitgeber und der mit seiner Hände Arbeit den auf ihn entfallenden Prämienteil verdienende Arbeiter, ebenso die ihre Prämie redlich zahlenden Nichterwerbenden werden es als ein Unrecht empfinden, daneben noch Steuern mitbezahlen zu müssen für die Million der Zahlungsunfähigen und der Zahlungsflüchtigen. Und das Ende vom Lied müßte sein, daß die Prämienerhebung überhaupt aufhören und der ganze Bedarf der Versicherungsanstalten aus öffentlichen Mitteln bestritten würde. Jener Dritte, welcher die Prämie in die Versicherungskasse einbezahlt, wäre die Volksgemeinschaft und nur sie. Damit würde die Versicherung thatsächlich wiederum aufhören und an deren Stelle die einseitige Leistung der Allgemeinheit an diejenigen ihrer Angehörigen treten, welche von Krankheit oder Unfall betroffen werden. Die hierfür nötigen Mittel wären auf dem nämlichen Wege aufzubringen wie die übrigen öffentlichen Mittel, und würden einen so hohen Betrag erreichen, daß all die Leistungen, welche wir in unseren Entwürfen der Volksgemeinschaft zumuten, diesem Betrage gegenüber als klein erschienen.

Was die Zukunft bringen, in welcher Richtung sich die Volksanschauung entwickeln wird, wissen wir nicht. Das aber können wir mit Bestimmtheit annehmen, daß heute das Schweizervolk, sobald ihm die Kehrseite des Ideals einer allgemeinen obligatorischen Versicherung gezeigt wird, von dieser nichts wissen will.

Nebenbei sei endlich erwähnt, daß selbstverständlich von einer Abstufung des Krankengelds und der Unfallentschädigung nach Maßgabe der Lohnhöhe nicht mehr die Rede sein könnte.

Wir lehnen also eine Ausdehnung des Versicherungszwangs auf das ganze Volk, d. h. über die unselbstständig erwerbenden Personen hinaus auf die ganze Klasse der selbständig erwerbenden und auf die Klasse der nichterwerbenden Personen mit Entschiedenheit ab. Wir beschränken uns, hinsichtlich des Versicherungszwangs, auf die Umsetzung der Haftpflicht des Arbeitgebers für den Arbeiter in die Formel der obligatorischen Arbeiterversicherung und entwickeln diese obligatorische Versicherung innert den Schranken des in der Gegenwart Möglichen nach zwei Richtungen: Wir dehnen das Obligatorium auf sämtliche Kategorien der unselbständig erwerbenden und — wovon alsbald zu sprechen sein wird — auf einige Unterabteilungen der Klasse der selbständig erwerbenden Personen aus, und führen neben der obligatorischen Unfall- auch die obligatorische Krankenversicherung ein.

Wir halten den Versicherungsgedanken fest. Wir gehen davon aus, daß sich der Mensch in erster Linie und soweit möglich selbst helfen solle. Wir bauen das Neue auf dem historisch gegebenen Boden auf. Wir beschränken uns auf das in der Gegenwart Erreichbare. Wir weigern uns, den sehr erheblichen Beitrag an das Gelderfordernis der projektierten neuen öffentlichen Einrichtungen, welchen wir seitens der Betriebsunternehmer in Aussicht nehmen, ohne Not preiszugeben. Wir bemühen uns, diese neuen Einrichtungen so zu gestalten, daß sie sich nach Maßgabe der während des Betriebs zu gewärtigenden Erfahrungen ohne Erschütterung entwickeln und denselben angepaßt werden können.

Insbesondere öffnen wir die Thore unserer beiderlei Versicherungsanstalten für die freiwillige Versicherung. Mit Bezug auf die Unfallversicherung haben wir uns, wie bereits ausgeführt, zur Zeit darauf beschränkt, dafür zu sorgen, daß die freiwillige Versicherungsnahme eingefügt werden kann, ohne daß dazu eine Gesetzesänderung nötig wird. Mit Bezug auf die Krankenversicherung finden Sie die freiwillige Versicherung in den Vorlagen bereits bis ins einzelnste organisiert, und insbesondere hier sind wir einen bedeutsamen Schritt weiter gegangen, als ursprünglich beabsichtigt war, indem wir die Halbversicherung (Art. 30 des Krankenversicherungsgesetzes) einfügten.

7. Im Anschluß an unsere Erörterungen über die Frage der Ausdehnung des Versicherungszwanges gestatten wir uns, auf die in der Einleitung (Seite 6 ff.) erwähnte Initiativbewegung zu gunsten der allgemeinen unentgeltlichen Krankenpflege, sowie auf die ebendaselbst wiedergegebenen, von der Vereinigung freier Krankenkassen der welschen Schweiz entworfenen Grundzüge einer allgemeinen obligatorischen Krankenversicherung zurückzukommen.

a. Der welsche Entwurf einer allgemeinen obligatorischen Krankenversicherung erstreckt den Versicherungszwang auf alle einheimischen Einwohner, welche das 18. Altersjahr zurückgelegt haben.

Dem Versicherungszwang sind die in Versorgungsanstalten untergebrachten Personen und die nicht einheimischen Einwohner nicht unterworfen.

Die Versicherungsprämie wird von den Versicherten allein geschuldet, mit Ausnahme der Mittel- und Erwerbslosen.

Wer 60 Jahre alt ist, braucht nichts mehr zu zahlen.

Der Heimatkanton schuldet die Prämie der ihm bürgerrechtshalber angehörenden Mittel- und Erwerbslosen und haftet für den Eingang der Prämie derjenigen übrigen Versicherten, welche Bürger dieses Heimatkantons sind, mit Rückgriffsrecht auf den Schuldner.

Der Kanton besitzt für solche Auslagen das Regreßrecht auf die Heimatgemeinde.

Das Gesetz trifft die nötigen Maßregeln gegen diejenigen, welche sich der Versicherung zu entziehen suchen.

Die Betriebsausfälle der öffentlichen und der freien Kassen werden zum Teil durch die Kantone, zum Teil durch den Bund übernommen.

Das sind die Grundzüge des Entwurfes, soweit es sich um die Frage des Versicherungszwangs handelt; mit Bezug auf den übrigen Inhalt verweisen wir auf die Wiedergabe desselben auf Seite 21—25.

Man überzeugt sich sofort, daß auch dieser Entwurf von einer allgemeinen obligatorischen Volksversicherung sehr weit entfernt ist. Er läßt alle Fremden, deren Zahl zur Zeit der letzten Volkszählung 229,650 betrug, beiseite. Er läßt von der einheimischen Bevölkerung diejenigen beiseite, welche das 18. Altersjahr nicht zurückgelegt haben. Die Zahl derselben betrug im erwähnten Zeitpunkt 1,026,583. Er läßt die in Versorgungsanstalten untergebrachten Erwachsenen beiseite, deren Zahl mindestens auf 21,000 anzuschlagen ist. Es verbleiben also von der schweizerischen Bevölkerung nach Maßgabe der letzten Volkszählung obligatorisch versichert:

$$2{,}917{,}754 - (229{,}650 + 1{,}026{,}583 + 21{,}000) = 1{,}640{,}521.$$

Davon werden durch die Versicherungsanstalten selbst alle einheimischen Personen, welche das 60. Altersjahr zurückgelegt, auf Antrag unentgeltlich ausgehalten. Das Projekt beziffert die Zahl derselben auf 240,000. Der Schweizer, welcher im Ausland geboren ist und gelebt hat, kehrt im Alter in seine Heimat zurück und besitzt, ohne daß er während seines langen Lebens einen Franken in die Schweiz gesteuert, sofort den Anspruch auf die Versicherungsleistungen (unentgeltliche Krankenpflege und einen Franken tägliches Krankengeld).

Wir dürfen die 240,000 ebenfalls in Abzug bringen; denn die sind lediglich einseitig berechtigte Kostgänger der allgemeinen obligatorischen Volksversicherung; sie bezahlen keine Versicherungsbeiträge.

Somit verbleiben von 2,917,754 Einwohnern noch 1,640,521, oder eigentlich nur 1,400,521 zwangsversichert.

Für diejenigen dieser Zwangsversicherten, welche nicht bezahlen können, ebenso für diejenigen, welche nicht bezahlen wollen (qui sont en retard), muß der Heimatkanton aufkommen. Dieser kann sich an der Heimatgemeinde erholen. Der Heimatkanton, bezw. die Heimatgemeinde kann den Versicherten, für den die Prämie bezahlt werden mußte, auf Rückerstattung belangen, sofern er Vermögen besitzt oder erwerbsfähig ist.

Wir wollen uns dessen enthalten, die Ungeheuerlichkeit eines solchen Prämienbezuges, die Schwierigkeiten des Verkehrs zwischen Kasse und Heimatkanton, zwischen diesem und der Heimatgemeinde, zwischen dieser und dem Schuldner, in einem Lande, in welchem durchschnittlich von je 1000 schweizerbürgerlichen Einwohnern 338 Bürger einer andern Gemeinde des Kantons und 164 Bürger eines andern Kantons sind, also 502, die Mehrheit, außerhalb der Heimatgemeinde wohnen, zu zeichnen. Wir wollen auf die notwendig in unaufhörlichen Streitigkeiten bestehende Folge eines solchen Systems und auf die Annehmlichkeit für Kantone und Bund, die Folgen einer solchen Wirtschaft durch obligatorische Übernahme des Deficits, auch der freien Kassen, zu tragen, lediglich hinweisen. Wir wollen nicht untersuchen, ob und was sich die Verfasser des Projektes vorgestellt haben, als sie, die konstruktiven Schwierigkeiten auch hier mittelst einfacher Verweisung auf das einstige Ausführungsgesetz überwindend, vorschrieben: „Das Gesetz trifft die nötigen Maßregeln gegen diejenigen, welche sich der Versicherung zu entziehen suchen". Wir wollen nicht weiter ausführen, wie im vermeintlichen Interesse der Gleichheit der Bürger vor dem Gesetz die Verantwortlichkeit des Arbeitgebers für die seinem Betriebe inwohnende Erkrankungsgefahr vollständig ignoriert und dadurch auf Kosten der Allgemeinheit dem Unternehmergewinn eine Ausgabe von mehreren Millionen vom Halse gehalten wird. Wir wollen auch die Diskussion der übrigen Bestimmungen des Entwurfes, welche mit der Frage des Versicherungszwangs nicht in einem unmittelbaren Zusammenhang stehen, unterlassen.

Wir stellen vielmehr, unter Bezugnahme auf unsere Erörterungen über die Ausdehnung des Versicherungszwangs, lediglich fest, daß der ganze Aufbau einer solchen, zudem nur sehr teilweise diesen Namen verdienenden, allgemeinen obligatorischen Volksversicherung gänzlich verfehlt ist, und das Schicksal dieser Volksversicherung entweder in deren gänzlichem Untergang oder in deren Umgestaltung in eine einseitige Funktion der Volksgemeinschaft mit gänzlicher Bestreitung der Kosten aus den öffentlichen Mitteln, d. h. auf dem Steuerwege, bestehen müßte.

b. Diese Konsequenz hatte denn auch das Initiativbegehren betreffend unentgeltliche Krankenpflege wirklich gezogen. Dasselbe war logisch aufgebaut und überband die Kosten der nun wirklich für alles Volk berechneten Leistung, den Versicherungsgedanken hier preisgebend und lediglich für die Deckung des durch die Krankheit bedingten Lohnausfalles verwertend, der Volksgemeinschaft. Die Klarheit des Gedankenganges hörte da auf, wo es sich um die Frage handelte, wie die Leistung unter die verschiedenen Arten der Volksgemeinschaft (Gemeinde, Kanton, Bund) zu verlegen sei.

Das Projekt war sympathisch wegen seiner Bedeutung als einer socialen Reform ersten Ranges, sympathisch insbesondere auch für den Versicherungstechniker, für welchen die Krankengeldversicherung etwas viel Durchsichtigeres und viel leichter Abgrenzbares bedeutet, als die kombinierte Krankenpflege- und Krankengeld-Versicherung. Diesen Vorzügen stehen jedoch große Nachteile gegenüber. Als solche Nachteile sind zu bezeichnen die gänzliche Verneinung des Grundsatzes der Pflicht der Selbsthülfe für einen wichtigen Teil der Kosten des Lebensunterhaltes und die gänzliche Befreiung des Betriebsunternehmers von der Verantwortlichkeit für die Erkrankungsgefahr, welche Befreiung sonst gar nicht zu den Glaubenssätzen derjenigen Bevölkerungskreise zählt, aus denen das Initiativbegehren hervorgegangen ist, und nur daraus erklärlich wird, daß sie das notwendige Mittel zu einem als gut erkannten Zweck war. Das Projekt ist wegen dieser Schattenseiten und wegen der Schwierigkeiten der Beschaffung der nötigen öffentlichen Mittel, für welche der Ertrag des in Aussicht genommenen Tabakmonopols nicht von ferne ausgereicht hätte, gescheitert.

Aus diesen und früheren Ausführungen ergiebt sich, daß wir dem Vorschlag der welschen Fédération des sociétés de secours mutuels nicht beipflichten können und uns auch dem Initiativvorschlag der organisierten Arbeiterschaft gegenüber hätten ablehnend verhalten müssen.

8. Wie weit der Gedanke, der Volksgemeinschaft die Versicherungsprämie zu überbinden, d. h. das Versicherungsgeschäft in eine Haftpflicht der Volksgemeinschaft für die Krankheits- und Unfallschäden ihrer Angehörigen umzuwandeln, noch davon entfernt ist, allgemeinen Beifall zu finden, möge folgender Vorgang lehren:

Der erste Entwurf des Krankenversicherungsgesetzes hatte, hauptsächlich aus Rücksicht auf die Verhältnisse der landwirtschaftlichen Bevölkerung, bei der oft das bare Geld rar ist, während bedeutende Gemeindegüter vorhanden sind, folgendes bestimmt:

Eintrittsrecht der Kantone und Gemeinden.

„Art. 115. Jedem Kanton ist es freigestellt, die an die Gemeindekrankenkassen zu entrichtenden Beiträge ganz oder teilweise zu eigenen Lasten zu übernehmen oder seinen Versicherungsgemeinden eine solche Übernahme vorzuschreiben.

„Art. 116. Jeder Versicherungsgemeinde ist es freigestellt, die an ihre Gemeindekrankenkasse von den Versicherten und ihren Arbeitgebern zu entrichtenden Beiträge ganz oder teilweise zu eigenen Lasten zu übernehmen.

„Ein solcher Gemeindebeschluß kann sachlich nur dann angefochten und durch die oberen Verwaltungsbehörden des Kantons aufgehoben oder im Sinne der Verminderung der beschlossenen Leistung abgeändert werden, wenn die Steuerkraft der Versicherungsgemeinde infolge des Beschlusses offenbar im Übermaß in Anspruch genommen würde, oder wenn der Beschluß, zu gunsten einzelner Beitragspflichtigen oder einzelner Klassen von solchen, Rücksichten der Billigkeit in ungebührlichem Maße verletzt.

„Gegenüber einem Entscheid der obersten Verwaltungsbehörde des Kantons, durch welchen ein im Sinn von Absatz 1 gefaßter Gemeindebeschluß aufgehoben oder abgeändert wird, steht der Versicherungsgemeinde innert drei Monaten seit der Mitteilung der Rekurs an den Bundesrat offen, widrigenfalls jener Entscheid in Rechtskraft erwächst.

„Art. 117. Im Fall gänzlicher Übernahme sämtlicher Haupt- und Zuschußprämien kann der im Sinne von Art. 115 oder 116 gefaßte Beschluß des Kantons oder der Gemeinde nur auf einen künftigen Jahresbeginn und nur auf vorausgegangene mindestens dreimonatliche Kündigung hin außer Kraft gesetzt werden und tritt während der Dauer der Übernahme die Gemeindebehörde an die Stelle der dahinfallenden Generalversammlung der Arbeitgeber."

Diese Bestimmungen wurden jedoch durch die Expertenkommission in ihrer Sitzung vom 6. Oktober 1893 mit 20 gegen 12 Stimmen gestrichen, und wir können uns nicht enthalten, das für diesen Beschluß maßgebend gewesene Votum von Herrn Sulzer, Mitglied der Kommission, dem stenographischen Bulletin der Kommissionsverhandlungen (S. 442 und 443) zu entnehmen und der Botschaft beizufügen.

„Ich halte diese drei Artikel für außerordentlich bedenklich und ich empfehle Ihnen, dieselben abzulehnen. Alles, was bis jetzt Gutes geschaffen wurde, kann durch diese Artikel auf den Kopf gestellt werden. Wir geraten damit auf eine abschüssige Bahn, auf der wir stürzen und in socialer Beziehung invalid werden können. Wenn Sie diese Artikel annehmen, so können den Gemeinden geradezu unvernünftige Steuerbelastungen entstehen. Was heißt denn das anderes, als daß die Arbeiter nichts mehr, die Arbeitgeber dagegen alles bezahlen. So wenigstens würde sich die Sache bei dem gegenwärtigen Stand der Steuergesetzgebung in vielen unserer Kantone gestalten. Alles, was wir Selbsthülfe nennen, würde dann aufhören. Wir gehen davon aus, daß diejenigen,

welchen geholfen werden soll, mit den Arbeitgebern die Kosten tragen sollen, weil damit jeder Einzelne an der Sache interessiert wird. Wenn aber die Gemeinde die Prämienleistung übernimmt, so hört dieses Interesse vollständig auf. Es ist etwas ganz Verschiedenes, ob die Beiträge aus einer Kasse fließen, bei welcher Arbeiter und Arbeitgeber in der vom Gesetz vorgesehenen Weise beteiligt sind, oder ob sie einfach aus dem Gemeindesäckel genommen werden. Das direkte Interesse an der Sparsamkeit und die gegenseitige Kontrolle, auf die ich bei der Krankenversicherung ganz besonderes Gewicht lege, hören auf. Denn das ist nicht möglich, daß die Gemeindegenossen gegenseitig bestrebt wären, einen billigen Gemeindehaushalt zu führen. Im Gegenteil! Es ist nun einmal so, daß man Staat und Gemeinde, soviel es geht, anzuzapfen sucht. Die Folge davon ist, daß unsinnige Ausgaben gemacht werden und diejenigen, welche den Löwenanteil an die Steuern zahlen, in ganz unerträgliche Verhältnisse gebracht würden. Ich möchte nur das kleine Beispiel der unentgeltlichen Beerdigung, für die ich, nebenbei gesagt, auch eingestanden bin, anführen. Was haben wir damit erreicht? Denjenigen, der beinahe nichts an die Gemeindesteuern zahlt — im Kanton Zürich ist es ein großer Teil der Bevölkerung, welcher nicht im Verhältnis das zahlt, was er von der Allgemeinheit hat — den kostet die Beerdigung sozusagen nichts; diejenigen aber, die viel zahlen, kostet eine Beerdigung indirekt ein paar Hundert oder ein paar Tausend Franken. So wird es auch auf unserem Gebiet kommen. Wir kommen schließlich so weit, daß jeder sein Pfund Brot im Verhältnis zu seinem Vermögen zahlen muß. Wenigstens steuern wir auf diesen Punkt hin. Das halte ich nun für einen äußerst gefährlichen Staatssocialismus. Wir töten Kräfte ab, die im Staatsleben ungeheuer wichtig sind. Wir verleiden es denen, auf die immer abgestellt wird. Ich sehe diese Dinge so ernst an, daß ich darin geradezu eine Gefahr für unser gesamtes Staatsleben erblicke. Und glauben Sie nur nicht, daß auf der andern Seite den Arbeitern damit so stark geholfen würde. Sie können die Welt nicht auf den Kopf stellen. Ich sage es ganz offen: wenn die Arbeitgeber, namentlich diejenigen der Industrie, so stark durch die Steuern gedrückt würden, daß sie es als eine grausame Unbilligkeit betrachten würden, so wüßten sie sich schließlich zu helfen. Die Sache käme einfach auf die Löhne heraus. Und ich frage Sie, wollen Sie die Leute mit Ihren Steuern am Ende zum Lande hinausjagen, oder haben Sie nicht auch das Gefühl, daß sie dem Lande doch noch etwas nützen können? Sodann mache ich Sie darauf aufmerksam, daß Sie im Gebiet der Eidgenossenschaft eine kolossale Ungleichheit schaffen würden, wenn Sie beschließen, daß alles aus dem Gemeindesäckel

genommen werden soll. Die Staats- und die Gemeindemittel werden in den verschiedenen Kantonen auf sehr verschiedene Weise erhoben. Die welsche Schweiz steht im großen ganzen auf einem ganz anderen Boden als die deutsche Schweiz. Sie müßten notwendigerweise das Steuerwesen für die ganze Schweiz einheitlich regulieren, und daran kann doch ernstlich nicht gedacht werden. Nun ist ja allerdings ein Rekurs vorgesehen, sofern aus einem Beschluß Unbilligkeiten entstehen könnten; aber als Winterthurer weiß ich, was Rekurse bedeuten. Ich erinnere an jenen berühmten Fall, der Winterthur neun Millionen Schulden gebracht hat, wo wir auch rekurrierten und wo die Regierung unsern Rekurs einfach unter den Tisch wischte. Auf das Rekursrecht gebe ich nichts. Da kommt es einfach darauf an, was für Leute in unsern Behörden sitzen. Damit kann man mich weder beruhigen noch locken. Herr Forrer hat für die Landwirtschaft einen ganz richtigen Gedanken gehabt. Aber ich finde, nachdem wir der Landwirtschaft geholfen haben, fällt der Hauptgrund für dieses Eintrittsrecht der Gemeinden und Kantone entschieden weg. Deshalb hauptsächlich beantrage ich Ihnen, diese drei Artikel zu streichen. Oder dann bitte ich wenigstens, sich zu überlegen, wie man den Konsequenzen entgegensteuern könnte, welche ich aus der Sache ziehe. Ich kann mir nicht helfen, aber der Eindruck, den mir dieses Kapitel macht, ist derart, daß ich darin die größten Gefahren für das ganze Gesetz erblicke."

Wir haben uns dem Beschluß der Expertenkommission gefügt, weil wir jene Bestimmungen einstweilen für entbehrlich halten und das Schicksal der Versicherungsvorlage nicht von Bestimmungen abhängig machen möchten, mit Bezug auf welche wir nicht voraussehen können, ob von ihnen häufig oder selten oder gar nicht Gebrauch gemacht werde.

Um nicht wieder auf die Frage des Eintrittsrechtes zurückkommen zu müssen, sei uns hier noch eine beiläufige Bemerkung gestattet.

Die Versicherungsanstalt wird sich wenig darum bekümmern, woher die ihr einbezahlten Prämien in letzter Linie stammen. Wenn die Gemeinden, sofern ihnen das kantonale Gemeinderecht solches gestattet, gern namens des Pflichtigen Prämien einbezahlen, oder diesem das Geld geben, damit er die Prämie selbst zahle, so besitzen die Versicherungsanstalten kein Interesse daran, eine solche offene oder versteckte Intervention abzulehnen.

9. Wir begeben uns nunmehr auf das Grenzgebiet zwischen den unselbständig erwerbenden Personen, welche wir dem Ver-

sicherungszwang unterwerfen, und dem Rest der Bevölkerung, welcher frei bleibt.

Auf diesem Grenzgebiet treffen wir zwei Klassen der Bevölkerung.

Die eine wird durch diejenigen Personen gebildet, welche ganz regelmäßig im Lohn Dritter arbeiten, jedoch den Arbeitgeber häufig wechseln, von Tag zu Tag, ja von Stunde zu Stunde. Das sind die Tagelöhner, die Tagelöhnerinnen, das sind die Dienstmänner in den Städten. Alle diese Leute gehören fast ausnahmslos den niedern socialen Schichten an und sind des staatlichen Schutzes zum mindesten so sehr bedürftig, wie die von uns bereits dem absoluten Versicherungszwang unterworfenen Personen. Wir müssen also daran denken, den Versicherungszwang auf diese erste Kategorie der Grenzbewohner auszudehnen.

Die andere Klasse besteht aus den Angehörigen der Hausindustrie, welche in unserem Lande zahlreich vertreten ist. Wir nennen die Stickerei, die Uhrenmacherei, die Strohhutfabrikation, die Seiden- und die Leinenweberei. Die Angehörigen der Hausindustrien unterscheiden sich von den übrigen Arbeitern manchmal nur dadurch, daß sie die Arbeit nicht beim Arbeitgeber, sondern bei sich zu Hause verrichten. Sehr oft besteht der Unterschied auch darin, daß sie nicht von einem einzelnen Arbeitgeber beschäftigt, sondern bald für diesen, bald für jenen Besteller thätig sind. Das Verhältnis zu demjenigen, für welchen gearbeitet wird, ist regelmäßig dasjenige des Werk- oder des Kaufvertrages, geht jedoch oft in dasjenige des Lohndienstvertrages über. Manchmal begegnen wir innerhalb eines einzelnen Hausindustriebetriebes nicht nur Einer, sondern mehreren Personen, und bald stehen diese zu einander in gleichen Rechten, bald ist der Eine der Arbeitgeber der übrigen, so der Sticker der Arbeitgeber der Fädlerin.

Die Erwerbsverhältnisse in der Hausindustrie und die sociale Stellung der Angehörigen derselben weisen große Unterschiede auf. Bald sind diese Leute in sehr günstiger Lage und unabhängig, bald stehen sie social nicht über, ja sogar unter den Fabrikarbeitern und Dienstboten.

Das eidgenössische statistische Bureau äußert sich in der Einleitung zu den „Ergebnissen der eidgenössischen Volkszählung vom 1. Dezember 1888, dritter Band, Unterscheidung der Bevölkerung nach dem Berufe“ folgendermaßen (Seite 21):

„Als eine namhafte Schwierigkeit, welche der einmal vorgeschriebenen Gliederung der Zählergebnisse innerhalb der einzelnen Berufe entgegenstand, ist noch die anzuführen, daß es im ganzen

nicht durchführbar war und überhaupt nicht mehr versucht werden soll, auch die in Hausindustrien Beschäftigten danach unterscheiden zu wollen, ob sie auf eigene Rechnung oder aber auf fremde Rechnung arbeiten. Die Hausindustrien bieten in dieser Beziehung, wenigstens zu einem sehr großen Teile, ein solches Mischverhältnis, ein solches Ineinandergreifen von Selbständigkeit und Unselbständigkeit dar, daß hier eine Ausscheidung höchstens erkünstelt werden kann, aber daran, daß sie einer Wirklichkeit entspreche, nicht gedacht werden darf."

Jene Personen, welche mit dem Meister im gleichen Hause arbeiten, z. B. die Fädlerinnen, sind unselbständig erwerbende Personen und unterliegen dem Versicherungszwang, nach der allgemeinen Regel, und der Meister gilt als prämienpflichtiger Arbeitgeber.

Wie soll es aber mit den mehr oder weniger selbständig erwerbenden Angehörigen der Hausindustrie gehalten werden? Viele Tausende dieser Angehörigen bedürfen der staatlichen Fürsorge. Es ist aber schwierig, die Merkmale im Gesetz festzustellen, durch welche sie sich von den einer solchen Fürsorge nicht bedürftigen Angehörigen der Hausindustrie unterscheiden. Deshalb erachten wir es als notwendig, den Versicherungszwang für diese ganze zweite Kategorie der Grenzbewohner in Aussicht zu nehmen.

Nun stoßen wir aber sofort auf die Schwierigkeit, daß keine dritte Privatperson, kein ständiger Arbeitgeber vorhanden ist, den wir für die Prämienzahlung in Mitleidenschaft ziehen können. Und das ist doch schließlich, um es offen herauszusagen, die Quintessenz der sogenannten Arbeiterversicherung.

Wir schlagen Ihnen folgende Lösung vor: Es ist Sache der Landesgegend, mit Bezug auf die bezeichneten zwei Bevölkerungsklassen den Versicherungszwang zu beschließen. Beschließt sie ihn, so muß sie dann aber auch für den richtigen Eingang der Prämie, welche in erster Linie von dem Versicherten geschuldet wird, haften. Wir überlassen es der Landesgegend, nur eine der zwei Klassen oder nur einzelne Unterabteilungen der einen oder der andern Klasse als versicherungspflichtig zu erklären. Damit erreichen wir thatsächlich innerhalb des schwer definierbaren allgemeinen Begriffs der Hausindustrie die angemessene Differenzierung und die Möglichkeit einer ausreichenden Begriffsbestimmung mit Bezug auf diejenige Unterart, für welche in der einzelnen Landesgegend der Versicherungszwang als angezeigt erscheint.

An und für sich hätten wir gar kein Bedenken getragen, mit Bezug auf die erste Klasse (Tagelöhner u. s. w.) die absolute Versicherungspflicht mit Haftung der Wohngemeinde für die Prämie

vorzuschreiben. Die Angehörigen dieser ersten Kategorie sind nicht sehr zahlreich, und die ökonomische Bedeutung einer solchen Vorschrift wäre nicht groß.

Allein, dann hätten wir drei Arten von obligatorisch Versicherten:

I. Der absolut Pflichtige, für welchen der Arbeitgeber, ganz oder zu einem Teil, die Prämie schuldet.

II. Der absolut Pflichtige, welcher die ganze Prämie selbst schuldet, für welchen jedoch die Wohngemeinde haftet.

III. Der nach dem Willen der Landesgegend Pflichtige, welcher die ganze Prämie selbst schuldet, für welchen jedoch die Landesgegend haftet, welche die Versicherungspflicht ausgesprochen hat.

Wir sind vor dieser Dreiteilung zurückgeschreckt, zumal das Versicherungsgeschäft sonst schon, nach der Natur der Sache, sehr kompliziert ist. Wir behandeln deshalb die zweite und dritte Art gleichmäßig, zumal es sich kaum rechtfertigen würde, für die, wie schon erwähnt, wenig zahlreiche Bevölkerungsklasse der Tagelöhner und Dienstmänner eine besondere Formel aufzustellen.

Die Zeit wird lehren, ob wir das Richtige getroffen haben. Wir müssen uns, indem wir ein Werk schaffen, das in der Schweiz auf keinen Vorgänger zurückblicken kann, damit begnügen, den Gegenstand so zu ordnen, wie es uns heute als das Beste erscheint.

Den Einwand, daß wir unsere Argumente gegen die allgemeine obligatorische Volksversicherung durch die Einführung des relativen Versicherungszwanges mit Garantie des Gemeinwesens für die Prämie thatsächlich selbst preisgeben, lassen wir nicht gelten. Denn die Bevölkerungsklassen, für welche wir die Formel der relativen Versicherungspflicht konstruiert haben, bilden nur einen kleinen Teil der Gesamtbevölkerung. Keine Regel ohne Ausnahme.

Es bleibt uns noch übrig, zu betonen, daß, wenn die Landesgegend die Versicherungspflicht ausspricht, diese sich sowohl auf die Kranken- als auch auf die Unfallversicherung bezieht, die nur auf eine dieser Versicherungsarten gerichtete Unterstellung unter den Versicherungszwang also unzulässig ist.

10. Wir ergänzen die Ausführungen über die Frage, wer dem Versicherungszwang zu unterwerfen sei, mittelst einer Erörterung des Verhältnisses der auf Rechnung des Familienhauptes arbeitenden Familienglieder.

Der Entwurf von Grundzügen (siehe Seite 3 oben) enthielt folgenden Art. 4:

„Dagegen gehören Lehrlinge, Volontäre und Praktikanten, sowie die auf Rechnung des Familienhauptes arbeitenden Familienangehörigen, die Ehefrauen ausgenommen, zu den versicherungspflichtigen Personen, insofern sie das 14. Altersjahr zurückgelegt haben, auch wenn sie keinen Gehalt oder Lohn, oder wenn sie einen solchen von nicht mehr als fünftausend Franken jährlich beziehen."

Es giebt eine sehr beträchtliche Anzahl von Landeseinwohnern, welche in dem dem Familienhaupt angehörenden wirtschaftlichen Betrieb oder in dessen Haushaltung arbeiten, ohne daß ein Lohndienstverhältnis überhaupt vorliegt oder ohne daß ausdrücklich ein solches vereinbart ist, und welche keinen Lohn beziehen, sondern lediglich auf Kosten des Familienhauptes unterhalten werden. Noch besitzen wir in der Schweiz Tausende und Abertausende von zumeist landwirtschaftlichen Familien, in denen seit Jahrhunderten jeweilen alle Familienglieder zusammen gearbeitet, zusammen erworben, zusammen entbehrt haben — jede solche Familie ein Staat im kleinen. Kein Gedanke an ein Lohndienstverhältnis. Die Austretenden werden billig ausgerichtet. Nur wenn etwa Streitigkeiten entstehen, eine Teilung des Familiengutes in Frage kommt, da erinnert sich der Sohn, die Tochter plötzlich, jener, daß er jahre-, jahrzehntelang den Knecht, die Tochter, daß sie die Magd „versehen" hat, und wird nachträglich Dienstlohn verlangt, der dann aber zum größten Teil sowieso längst verjährt ist. Jeder Richter, jeder Rechtsanwalt weiß von solchen widerwärtigen Prozessen zu erzählen.

Die Frage, ob die auf Rechnung des Familienhauptes arbeitenden Familienglieder als „unselbständig erwerbende Personen" zu betrachten seien, ist oft sehr schwierig zu beantworten. Schon das Merkmal der Unselbständigkeit erscheint oft als nicht ausgeprägt oder als verwischt. Ein Beispiel: beim alten Vater, welcher der Eigentümer von Haus und Hof ist, wohnt und arbeitet von jeher der auch nicht mehr jugendliche Sohn, Großrat, verheiratet, Vater schon erwachsener Kinder, welche alle ebenfalls auf dem Gewerbe arbeiten.

Ebenso schwierig zu beurteilen ist manchmal, wer zu den Erwerbenden, d. h. zu den im eigenen ökonomischen Interesse Arbeitenden gehöre. Jedenfalls gehört regelmäßig die Ehefrau, welche die Haushaltung besorgt, nicht dazu; kein Richter würde ihr, falls sie im Scheidungsfall Lohn nachverlangte, solchen zusprechen. Wie aber die Söhne, die Töchter? Solange sie von kechts wegen unter der väterlichen Gewalt stehen, werden sie Raum als Erwerbende zu betrachten sein, wenn sie, dem Befehl des Vaters gehorchend, auf seinem Acker arbeiten, dafür aber

von ihm genährt und gekleidet werden, weil diese Fürsorge seine familienrechtliche Pflicht ist. Und die bejahrte Base, welche in der Haushaltung so mithilft und nicht mithilft, jedoch im Hause ißt und schläft und dann und wann einige Franken kriegt, damit sie sich neue Schuhe kaufe: gehört sie zu den Erwerbenden?

Man hat da mit Bezug auf die Frage des Versicherungszwangs nur zwischen zwei Lösungen die Wahl. Entweder sagt man, wie es ursprünglich geplant war, ausdrücklich, daß alle auf Rechnung des Familienhauptes arbeitenden Familienangehörigen, welche das Alter der Mündigkeit erreicht haben, ausgenommen die Ehefrauen, versicherungspflichtig sind. Damit geht man weit und trifft viele Tausende von solchen Personen, welche genau genommen gar nicht „Erwerbende" im bereits bezeichneten Sinn sind, erreicht aber dennoch die gute Absicht, die Schwierigkeiten in der praktischen Durchführung zu heben, nur unvollständig. Oder man erwähnt diese Bevölkerungsklasse gar nicht besonders und überläßt es der Beurteilung des einzelnen Falles, ob die in Frage stehende Person als unselbständig erwerbende dem Versicherungszwang zu unterstellen sei, sammelt eine Reihe von Erfahrungen und behält sich vor, auf die Sache zurückzukommen.

Wir haben uns mit dem antragstellenden Departement für den letztern Ausweg entschieden.

Wir müssen allerdings gewärtigen, daß, wie in Deutschland und Österreich, aus der besprochenen Bevölkerungsklasse manche nicht versicherungspflichtig sein wollen, solange sie gesund sind und Prämien bezahlt werden sollten, und hinwiederum mancher, den man bei der Suche nach Versicherungspflichtigen gar nicht herausgefunden, sich als längst kraft des Versicherungszwangs versichert meldet, nachdem ihm etwas passiert ist.

Die ersten Grundzüge zu den vorliegenden Gesetzen hatten eine Sicherheitsmaßregel vorgeschlagen, indem sie folgende Vorschrift aufstellten (Art. 22):

„Mit Bezug auf die auf Rechnung des Familienhauptes arbeitenden Familienangehörigen beginnen die aus der Mitgliedschaft entspringenden Rechte erst mit dem Zeitpunkt der Eintragung in das Mitgliederverzeichnis."

Nachdem jedoch dahin entschieden war, daß der Kategorie der auf Rechnung des Familienhauptes arbeitenden Familienglieder keine besondere Erwähnung und Behandlung zu teil werden soll, mußte auch die eben erwähnte Ausnahmsmaßregel dahinfallen.

11. Es erübrigt uns noch die Beantwortung der Frage, ob nicht in gewissen Fällen eine Ausnahme von der Regel der Versicherungspflicht, sowohl der absoluten als der, mit Bezug auf Tagelöhner und die Hausindustrie, nach dem Willen der Landesgegend eintretenden, zuzulassen sei.

a. Hinsichtlich der gesetzlichen Beschränkung der Versicherungspflicht auf diejenigen Personen, deren Lohndienstverhältnis nur eine geringe Dauer besitzt, verweisen wir auf unsere Bemerkungen zu Art. 1 des Gesetzesentwurfs betreffend die Krankenversicherung im speciellen Teil dieser Botschaft.

b. Wie soll es mit derjenigen Person gehalten werden, welche nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschrift dem Versicherungszwang unterliegt, jedoch die Erklärung abgiebt, daß sie Selbstversicherer sein wolle, und gleichzeitig der Behörde den Ausweis dafür beibringt, daß, wenn sie von einer Krankheit oder einem Unfall betroffen wird, infolge günstiger ökonomischer Verhältnisse weder sie selbst noch die Familie Gefahr läuft, in Not und Elend zu geraten? Die Beantwortung dieser Frage ist nicht schwer. Es ist gewöhnlich unmöglich, die ökonomischen Verhältnisse eines Dritten genau zu ermitteln. Darum besitzen solche Ausweise nur zweifelhaften Wert. Und gar oft entspricht der Ausweis, welcher heute richtig war, schon morgen den Thatsachen nicht mehr. Wer heute steht, kann schon morgen fallen. Der Ausweis müßte beständig oder von Zeit zu Zeit, bei kurzen Zwischenräumen, revidiert werden: eine bedeutende, die Mühe kaum verlohnende Inanspruchnahme der kontrollierenden Behörde. Und wie würde es sich da mit der Pflicht des Arbeitgebers, die Prämie ganz oder teilweise aus der eigenen Tasche zu zahlen, verhalten? würde sich die Prämienschuld an die Kasse in eine Schuld an den sich selbst versichernden Arbeiter, also thatsächlich in eine Lohnerhöhung, verwandeln?

Würde man eine solche Ausnahme zulassen, so könnte der Versicherungszwang mit Leichtigkeit illusorisch gemacht werden. Und die Leute würden in ihren jungen Jahren und gesunden Zeiten der Zwangsversicherung fern bleiben, um ihr zur Last zu fallen, wenn die bösen Tage nahen.

Wie aber, wenn der Ausweis mittelst Hinterlegung von Barschaft oder soliden Werttiteln geleistet oder verstärkt wird? Auch in diesem Fall sagen wir unbedenklich nein. Niemand wird der Behörde zumuten, die Hinterlage unentgeltlich zu hüten; die Gebühr würde nahezu die Höhe der Prämie erreichen. Es käme also nicht auf eine Ersparnis, sondern darauf hinaus, daß eine Schrulle zu respektieren wäre. Kein vernünftiger Mensch wird der Staatsbehörde zumuten, sich zu solch unwürdigem Dienst herzugeben.

c. Nicht so liquid ist die Antwort, wenn das Befreiungsbegehren nicht eine bloße Schrulle ist und nicht im Begleite eines Vermögensausweises oder einer Hinterlage an die Behörde gelangt, sondern durch die Not und die Sorge um die Existenz diktiert ist. Ein alternder Arbeiter und ein Krüppel suchen Arbeit, werden aber überall abgewiesen; die Arbeitsleistung eines solchen Knechtes wäre kaum so viel wert als die Speise und der Trank, welche vom Meister verabfolgt werden, und doch müßte von diesem dazu hinzu noch die Unfall- und die Krankenversicherungsprämie entrichtet werden. Entweder oder, entweder Befreiung vom Versicherungszwang oder Arbeitslosigkeit. Eine überaus traurige Perspektive! Und trotzdem können wir uns nicht dazu entschließen, für solche Fälle eine Ausnahme von der Regel zuzulassen. Es widerstrebt uns, die wir den Versicherungszwang und die damit in Verbindung stehenden neuen Einrichtungen als eine Wohlthat auffassen und empfehlen, Bestimmungen aufzustellen, welche von der Voraussetzung ausgehen, daß wir mit der Neuerung gerade diejenigen gefährden, welche der Wohlthat am meisten bedürftig wären. Der Fall wird jedenfalls selten eintreten und alsdann der Arbeitslose nicht zu Grunde gehen, sondern auf Armenunterstützung Anspruch besitzen und sich derselben nicht zu schämen brauchen. Und dafür, daß das häßliche Bild einer Verschwörung im ganzen Gebiet einer öffentlichen Krankenkasse, darauf gerichtet, jenen Ärmsten der Armen jede Arbeitsgelegenheit innerhalb des Gebietes zu verrammeln, nicht oft den humanen Sinn unseres Volkes beleidige, kann in wirksamster Weise dadurch gesorgt werden, daß das eidgenössische Versicherungsamtsblatt die Verschwornen öffentlich an den Pranger stellt.

d. Bis jetzt haben wir den Fall besprochen, daß der Versicherungspflichtige die Befreiung nachsucht. Ein solches Begehren könnte nun aber auch vom Arbeitgeber mit Bezug auf seinen Arbeiter gestellt werden. So gewiß wir die Versicherung u. a. auch deswegen an die Stelle der Haftpflicht setzen, weil wir dem Arbeiter bei Krankheit und Unfall angemessene Beträge sichern wollen, ohne daß ein Prozeß nötig wird und ohne daß Verbitterung zwischen Arbeitgeber und Arbeiter zu riskieren ist, so gewiß muß auch das Befreiungsgesuch des Arbeitgebers abgelehnt werden, werde es mit oder ohne jenen Ausweis oder jene Hinterlage eingereicht. Ganz regelmäßig läge ja des weiteren das Motiv für ein solches Gesuch in der Hoffnung, billiger wegzukommen, sei es mittelst Selbstversicherung, sei es mittelst wohlfeiler Unterkunft bei einer privaten Versicherungsgesellschaft, sei es ohne das eine und ohne das andere. Wir besitzen keine Veranlassung, solche Be-

strebungen irgendwie zu fördern. Jedenfalls müßte für solche Fälle das Haftpflichtsystem fortdauern; und doch zeigt uns das Beispiel von Deutschland und Österreich, daß ein Nebeneinanderbestehen von Versicherungs- und Haftpflichtsystem nicht vom guten ist.

Wir können uns nur einen Fall vorstellen, in dem eine Befreiung ernstlich in Frage kommen kann, wenn sie vom Arbeitgeber beantragt wird. Es läßt sich denken, daß ein solcher, in der edeln Absicht, seinen Arbeitern, fern von jedem Zwang und jeder staatlichen Einmischung, aus seiner Tasche mehr zu bieten, als die öffentliche Versicherung gewährt, im freudigen Einverständnis der Arbeiter selbst, deren Befreiung vom Versicherungszwang nachsucht. Was sollen wir darauf antworten? Wir erteilen den Bescheid, daß wir bedauern, nicht entsprechen zu können, indem dies die fatalsten Konsequenzen nach sich ziehen und das edle Motiv, welches ihn leitet, von anderen ebenfalls geltend gemacht, aber nur vorgeschützt würde. Wir erteilen den weiteren Bescheid, daß den wohlgesinnten und günstig situierten Arbeitgeber kein Staatsgesetz daran hindere, den auf den Arbeiter entfallenden Prämienteil ebenfalls zu eigenen Lasten an die öffentliche Kasse einzubezahlen, und daß es neben der Kranken- und Unfallversicherung noch andere Arten der Arbeiterfürsorge gebe, welche in dem Bereich der freien Thätigkeit belassen werden.

e. Der Art. 341 des schweizerischen Obligationenrechts lautet:

„Bei einem auf längere Dauer abgeschlossenen Dienstvertrage geht der Dienstpflichtige seiner Ansprüche auf die Vergütung nicht verlustig, wenn er durch Krankheit, durch Militärdienst oder aus ähnlichen Gründen ohne eigenes Verschulden auf verhältnismäßig kurze Zeit an der Leistung seiner Dienste verhindert wird.

„Der Arbeitgeber hat den Dienstpflichtigen, welcher mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt, bei vorübergehender unverschuldeter Krankheit auf eigene Kosten verpflegen und ärztlich behandeln zu lassen."

Die hier festgesetzten Verpflichtungen des Arbeitgebers gegenüber dem Arbeiter sind zum Teil auf solche Leistungen, wie sie unser Gesetzesentwurf betreffend die Krankenversicherung den Krankenkassen überbindet, gerichtet, allerdings mit Einschränkungen; denn der erste Absatz knüpft die dort festgestellte Verpflichtung an die Bedingung, daß der Dienstvertrag auf längere Zeit abgeschlossen sei, spricht von einer Arbeitsverhinderung auf verhältnismäßig kurze Zeit und erklärt jedes Selbstverschulden des Dienstpflichtigen als Befreiungsgrund; der zweite Absatz sodann bezieht sich nur auf solche Dienstpflichtige, welche mit dem Dienst-

herrn in häuslicher Gemeinschaft leben, und spricht wiederum von vorübergehender und von unverschuldeter Krankheit. Umgekehrt bietet Art. 341 O.-R. insofern mehr, als im ersten Absatz die Zahlung des vollen Lohnes und im zweiten Absatz auch die Verpflegung vorgeschrieben wird.

Im Schoß der Expertenkommission ist die Ansicht aufgetaucht, daß, was durch die Einführung der obligatorischen Krankenversicherung bezweckt wird, ebenso gut, ja noch besser zu erreichen wäre, wenn man die in Art. 341 des Obligationenrechts aufgestellten Vorschriften grundsätzlich festhalten und mittelst Streichung der soeben bezeichneten Beschränkungen ausbauen würde.

Die Anregung fand jedoch keinen Anklang, und auch wir beschränken uns, statt einer ausführlichen Widerlegung, darauf, die Anregung hier zu erwähnen.

Von aktuellerer Bedeutung ist die Frage, ob nicht dasjenige Lohndienstverhältnis, auf welches sich Art. 341 bezieht, um der Schutzvorschriften dieses Art. 341 willen vom Versicherungszwang zu befreien oder wenigstens demselben lediglich mit Bezug auf die Mehrleistungen der Krankenkassen, über die in Art. 341 vorgeschriebenen Leistungen des Arbeitgebers hinaus, zu unterstellen sei. Wir lehnen diesen Gedanken ab und halten daran fest, daß auch diejenigen unselbständig erwerbenden Personen, welchen heute die Bestimmungen von Art. 341 des Obligationenrechts zu statten kommen, dem Versicherungszwang in dessen ganzer Tragweite unterstellt werden. Von einer Beschränkung des Versicherungsverhältnisses auf eine Fürsorge für das Plus kann von vorneherein nicht die Rede sein. Es giebt da vielmehr nur ein Entweder-Oder. Entweder befreit man diejenigen Personen, für welche der Art. 341 sorgt, ganz vom Versicherungszwang, oder man behandelt sie vollständig gleich wie die übrigen unselbständig erwerbenden Personen. Im erstern Fall wären jene erheblich ungünstiger gestellt als diese; denn die Gesamtheit der Leistungen aus Art. 341 ist bedeutend geringer als diejenige der Leistungen der Krankenversicherung, und die uneingeschränkte Zulassung der Einrede des Selbstverschuldens, sowie die rein privatrechtliche Natur des lediglich gegen den Dienstherrn gerichteten Anspruchs drücken den Wert der Leistung aus Art. 341 noch tiefer hinunter. Es handelt sich hier zumeist um Dienstknechte und Dienstmägde. Warum sollen wir diese Klasse der unselbständig erwerbenden Personen in solchem Maße ungünstiger stellen als die übrigen Lohnarbeiter und Lohnarbeiterinnen, und warum die Dienstherrschaften geringer belasten als die übrigen Klassen der Arbeitgeber? Darum entscheiden wir uns für die zweite Lösung, für die vollständige Gleichstellung in Ansehung des Versicherungszwangs.

Damit sind freilich nicht alle Schwierigkeiten gehoben. Beim Nebeneinanderbestehen des vollen Versicherungszwangs einer- und des unveränderten Art. 341 O.-R. anderseits wird der, letzterer Vorschrift unterworfene, Dienstherr schlechteren Rechtes als ein anderer Arbeitgeber, indem er nicht nur aus Art. 341 verpflichtet ist, sondern auch, wie jeder andere Arbeitgeber, die volle Auflage entrichten muß. Es ist nicht leicht, einen befriedigenden Ausweg zu finden. Streicht man im Art. 341 O.-R. die Worte „durch Krankheit", so ist der Versicherungspflichtige im Erkrankungsfall ungünstiger gestellt als in den übrigen Fällen der Arbeitsbehinderung; in jenem Fall erhält er erst vom dritten Tag an Krankengeld und dieses beträgt nur $^2/_3$ des Lohnes. Und dann sind eben jene Worte auch für diejenigen Personen gestrichen, welche nicht versicherungspflichtig sind (die höhern Angestellten). Läßt man aber den ersten Absatz unverändert stehen, so werden die Arbeitgeber den Ausweg einschlagen, daß sie die Vorschrift der Lohnzahlung für die kranken Tage vertraglich wegbedingen, und wird dann im gegebenen Fall Streit darüber entstehen, ob jene Vorschrift zwingendes oder nur dispositives Recht enthalte. Mit Bezug auf den zweiten Absatz wird es ähnlich ergehen und werden sich ähnliche Streitigkeiten ergeben.

Wir haben in Art. 205 der Krankenversicherungsvorlage eine Formel aufgestellt, durch welche die signalisierten Schwierigkeiten gehoben werden, wenigstens theoretisch. Ob sich die Formel, falls sie in Gesetzeskraft erwächst, auch praktisch bewähren wird, müssen wir gewärtigen. Wir hoffen es.

III. Organisation des Versicherungsgeschäftes.

12. Wir können nunmehr die Organisation des Versicherungsgeschäftes vornehmen.

Bereits haben wir ausgeführt, daß für die Unfallversicherung centralisierte Einrichtungen, für die Krankenversicherung eine größere Anzahl von verhältnismäßig kleineren Versicherungsanstalten in Aussicht zu nehmen sind.

Hinsichtlich der Organisation der Unfallversicherung können wir auf die Erörterungen in der schon mehrfach erwähnten Denkschrift von 1889, insbesondere auf das unter D, II und V, daselbst Gesagte, verweisen. Wir schlagen Ihnen vor, Eine Anstalt zu errichten, sie von Staats wegen zu organisieren, sie unter staatliche Leitung und Aufsicht zu stellen und den das Geschäft betreibenden Personen den Charakter von Staatsbeamten zu verleihen. Wir halten

eine solche Organisation der Unfallverversicherungsanstalt um so mehr für durchaus geboten, nachdem wir dazu gelangt sind, bedeutende Bundesleistungen für diese Anstalt in Aussicht zu nehmen.

Während noch zur Zeit der unsere Gesetzgebungsarbeit einleitenden Verfassungsrevision, 1890, die Meinungen über die Frage, ob Eine oder mehrere Anstalten, ob Selbstverwaltung durch die beteiligten Privatpersonen oder staatliche Organisation, sehr geteilte waren, so darf nunmehr festgestellt werden, daß heute in der Schweiz fast jedermann mit den erwähnten Ausführungen jener Denkschrift einverstanden ist.

Es erübrigt uns hier, erstens die Frage zu erörtern, ob das Unfallversicherungsgeschäft kurzerhand durch den Bund als den Versicherer, auf seine Rechnung und Gefahr, betrieben oder aber zum Behuf des Betriebes des Versicherungsgeschäftes eine besondere Anstalt mit eigener Persönlichkeit errichtet werden solle. Für den Betrieb selbst bleibt es ohne Bedeutung, ob wir diese Frage so oder anders beantworten. Die Leistungen der Anstalt werden genau vorgeschrieben; den Bezugsberechtigten wird die Rechtshülfe gesichert; der Aufwand wird in der Hauptsache aus den von den beteiligten Betrieben zu entrichtenden Prämien bestritten. Der Betriebsvorschlag kommt der Anstalt zu gute, der Rückschlag belastet sie. Die Dauer des Betriebes wird wie die des Staates als eine ewige angenommen; der Staat kann und will die Anstalt nicht im Stich lassen. Die Bundeseinrichtungen der Post und der Bundesbank werden angewiesen, sich unserer Anstalt im gleichen Maße zur Verfügung zu halten, wie der Bundeskasse selbst. Der Bund leitet die Anstalt mittelst Bundesbeamter. Er kontrolliert ihren Betrieb wie den der Post, des Telegraphen, des Alkoholmonopols. All das wird sowieso der Fall sein.

Wenn wir uns dennnoch für die losere Verbindung, für die besondere Anstalt mit eigener Persönlichkeit, entschieden haben, so geschah es aus zwei Gründen.

Einmal wollen wir dem Charakter der Einrichtung als einer Gegenseitigkeitsanstalt möglichst deutlichen Ausdruck verleihen und der Auffassung so deutlich als möglich entgegentreten, als ob die Anstalt nur den Übergang zur einseitigen Staatsleistung bilden solle.

Sodann wollen wir hier der Rücksicht auf das Völkerrecht Raum geben, welches dem Privateigentum im Kriegsfall einen bessern Schutz vor dem Feinde gewährt als dem Staatsgut. Wir errichten eine Anstalt mit ausschließlich humanem Zweck, ohne irgend welches (es wäre denn ein negatives) fiskalische Interesse an derselben. Wir wollen nichts versäumen, um, soweit an uns, die nötigen Garantien zu schaffen, damit allfälliges Vermögen und die Reserven

der Anstalt auch in dem schlimmsten Fall, nämlich demjenigen, daß der Feind im Krieg das Land besetzt, ihrem Zweck erhalten bleiben. Wenn das Versicherungswerk zu stande kommt, so wird es sich mit der Zeit fragen, ob nicht ein internationaler Vertrag, zum Schutze solcher Einrichtungen im Kriegsfalle, angeregt werden sollte.

Die Beweggründe, welche uns dazu geführt haben, die gleiche Frage hinsichtlich der Bundesbank anders zu beantworten, spielen bei der Unfallversicherungsanstalt keine Rolle.

Nachdem wir dazu gelangt sind, eine einheitliche Anstalt mit staatlicher Leitung, aber selbständiger Persönlichkeit, vorzuschlagen, liegt es uns zweitens ob, uns über die vielfach aufgestellte Forderung, daß den in der Gegenseitigkeitsanstalt interessierten Privatpersonen (Arbeitern und Arbeitgebern) eine angemessene Beteiligung am Betrieb des Geschäftes eingeräumt werden solle, auszusprechen. Wir anerkennen an und für sich durchaus die Berechtigung der Forderung. Die wirtschaftlichen Betriebe in ihren zwei Bestandteilen, die Unternehmer und die Arbeiter, sowie die Dienstherrschaften und die Dienstboten, sind es, welche, mit Ausnahme des Staatsbeitrags, direkt und indirekt die nötigen Mittel aufzubringen haben und welche wiederum ausschließlich bezugsberechtigt sind. Die nur relativ versicherungspflichtigen Personen und die hinter ihnen stehenden Versicherungsgemeinden lassen wir hier ganz aus dem Spiel.

Dafür, daß der Bezugsberechtigte nicht zu kurz kommt, kann genügend gesorgt werden, und zwar dadurch, daß man ihm den Rechtsweg gegenüber der Anstalt eröffnet und eine rasche und wohlfeile Rechtspflege sichert. Dagegen befürchten manche, daß die staatliche Leitung nicht sparsam genug mit den von den Beteiligten zusammengelegten Geldern umgehen und daß infolgedessen der Prämiensatz hoch bleiben oder in die Höhe gehen werde. In der That ein wunder Punkt! Bei den privaten Versicherungsanstalten (wir sehen von den Gegenseitigkeitsanstalten ab, zumal deren in der Schweiz nur einige wenige und kleinere bestehen) haben die Versicherungsnehmer und die Versicherten zum Betrieb auch nichts zu sagen. Dort wahrt die Thatsache der Konkurrenz die Interessen der Prämienzahler, solange nicht an die Stelle der Konkurrenz das Kartell tritt. Staatlich geleitete Anstalt mit Versicherungszwang einer- und Konkurrenz andererseits sind aber sich ausschließende Begriffe; leider oder glücklicherweise: wie man will. Durch welchen anderen Wächter kann bei unserer Anstalt die hier mangelnde Konkurrenz ersetzt werden? Leider scheitert jeder Versuch, eine Beteiligung der Interessierten bei der Geschäftsleitung zu bewerkstelligen, an der außerordentlich großen Kompliziertheit der hierfür

notwendigen Organisation dieser Interessenkreise. Es müßte förmlich ein besonderer Versicherungsstaat eingerichtet werden, ein Staat im Staat, und das lediglich um der Bestellung der Anstaltsleitung und der Betriebskontrolle durch die beteiligten Personen willen. Das wäre thatsächlich entweder von vorneherein ein Ding der Unmöglichkeit oder eine sicherlich kurzlebige Organisation, erfolge sie nun mit direkter Volkswahl in Analogie zum demokratischen Staat oder nach dem Repräsentativsystem. Es käme hinzu, daß dem Bund, zur Wahrung seiner Geldinteressen in der Anstalt, das Recht, mitzuwählen, eingeräumt werden müßte. Und wem wären die Gewählten verantwortlich, welcher Charakter wäre ihnen beizulegen, derjenige von Staatsbeamten oder derjenige von Beauftragten im privatrechtlichen Sinne? Wir dürfen uns das Zeugnis ausstellen, eine ausführbare Interessenvertretung redlich gesucht, müssen aber auch die Erklärung abgeben, sie nicht gefunden zu haben.

Wir bleiben also dabei, daß die Leitung der Anstalt durch vom Staat bestellte Beamte besorgt werde. Und zwar in Haupt und Gliedern, in der Direktion und den Agenturen; denn was mit Bezug auf die Wahlart der ersteren gilt, trifft auch mit Bezug auf die Wahlart der letzteren zu, wenn auch nicht ganz in gleicher Stärke der Gründe. Dabei lassen wir es vorderhand dahingestellt, ob der Staat die Bestellung der Anstaltsbehörden auf dem Wege der Volkswahl oder mittelst der Wahl durch die Staatsbehörden vornehmen solle.

Wir haben uns die Frage vorgelegt, ob nicht wenigstens die Kontrollbehörden, die Rechnungsrevisoren und der Versicherungsrat durch die beteiligten Kreise gewählt werden könnten. Allein entweder müßte die Bestellung erfolgen durch die Gesamtheit der Beteiligten, unmittelbar oder mittelbar; dann haben wir wieder die gleichen Schwierigkeiten, wie sie schon geschildert worden sind. Oder man läßt die Revisoren und die Mitglieder des Versicherungsrates durch kleinere Kreise bestellen und beruft abwechselnd die einzelnen Gewählten ein. Die meisten werden von dem Betrieb einer großen Versicherungsanstalt wenig verstehen. Dann wäre aber die Rechnungsrevision wertlos und der Versicherungsrat bedeutungslos, und erhielte die Anstaltsleitung eine Machtvollkommenheit, vor der wir sie gerne bewahren wollen.

So haben wir leider gänzlich davon Umgang nehmen müssen, den versicherten und den prämienpflichtigen Personen die Bestellung der Anstaltsorgane anheimzugeben oder ihnen als solchen irgend eine Mitwirkung bei dieser Bestellung einzuräumen. Was wir in der Richtung der Interessenvertretung thun konnten, das haben wir gethan. Einmal schreiben wir vor, daß von den Mitgliedern des

Versicherungsrates je mindestens drei der Klasse der prämienpflichtigen und der Klasse der versicherten Personen angehören müssen (Art. 13 des Unfallversicherungsentwurfs). Wir schaffen Raum für eine organische Bethätigung der Berufsverbände am Versicherungsgeschäft (Art. 18 daselbst). Wir ziehen die Krankenkassen, welche von den Beteiligten selbst betrieben und verwaltet werden, herbei zum Betrieb der Unfallversicherung, wobei wir allerdings nicht Ersparnisse, sondern das Gegenteil riskieren.

Und schließlich trösten wir uns mit der Zuversicht, daß die durch den Staat zum Betrieb der Anstalt, oben und in den Kreisen, berufenen Beamten, daß die staatlichen Revisoren, daß der durch den Staat bestellte Versicherungsrat ihre Pflicht erfüllen und mit den ihnen anvertrauten Geldern der Beteiligten sparsam umgehen werden, so gut wie mit den eigentlichen Staatsgeldern, welche ja auch in bedeutendem Betrag im Geschäft stecken. Das ganze Land verfolgt aufmerksam die Ergebnisse des Geschäftsbetriebs. Jedermann erwartet, daß die Prämien geringe seien, die Bundesbehörden und die Beteiligten. Die Versicherungsbeamten werden ihren Stolz darein setzen, ihre Befriedigung darin finden und Anerkennung daraus ernten, daß das neue Werk gut fährt; die von ihnen erzielten Resultate werden mit denjenigen in unseren, ähnliche Einrichtungen besitzenden, Nachbarstaaten verglichen, sowohl hinsichtlich der Höhe des Geldbedarfes als auch hinsichtlich der Leistungen. Die Staaten werden miteinander in Wettbewerb treten um das Zeugnis des besten Geschäftsbetriebes: eine Konkurrenz oberster Ordnung. Man wird die Resultate der einzelnen Agenturen (Kreisverwaltungen) sorgfältig miteinander vergleichen, und diese werden in ihrem eigenen moralischen Interesse darauf Bedacht nehmen und dafür sorgen, daß nicht unten, in den Krankenkassen, auf Rechnung der Unfallversicherungsanstalt Vergeudung einreiße, welche Gefahr allerdings scharf ins Auge gefaßt werden muß.

Wir unterlassen es, uns an diesem Orte noch näher über den Betrieb der Unfallversicherungsanstalt auszusprechen. Wir übertragen die Direktion einer oberen, dem Bundesrate unterstellten Behörde, einem eidgenössischen Versicherungsamt. Wir errichten im Lande herum eine Anzahl von Agenturen, welche das Geschäft in der Peripherie besorgen. Drittens bedienen wir uns für die Erhebung der Prämien, die Besorgung der Unfallskranken und die Ausbezahlung der Krankengelder der öffentlichen und der eingeschriebenen Krankenkassen.

13. Auf dem Gebiete der Krankenversicherung sind wir durch Schlußfolgerung dazu gekommen, verhältnismäßig kleine Anstalten in Aussicht zu nehmen. Seite 220 und 221 dieser Botschaft. Zum

gleichen Ergebnis gelangen wir, wenn wir das Bestehende zu Rate ziehen. Fast überall begegnen wir lokalen Gegenseitigkeitsanstalten, den Krankenkassen; beinahe nirgends treffen wir andere Formen der Krankenversicherung als besonderer Versicherungsbranche. Die Gründe, warum sich die auf dem Assekuranzgebiet arbeitenden Erwerbsunternehmungen von der Krankenversicherung als besonderer Branche fernhalten, liegen auf der Hand. Jeder noch so unbedeutende Fall müßte durch all die vielen Bücher und Register gehen. Der Hauptgrund aber besteht darin, daß auf Distanz eine ausreichende Überwachung des Verlaufs der Schadenfälle viel zu kostspielig wäre und den Betrag der Verwaltungsspesen ins Ungemessene steigern würde. Wer in Haftpflichtsachen Erfahrung besitzt, der weiß, welcher Mißbrauch den Unfallversicherungsgesellschaften gegenüber auf dem Gebiet der Kurquotenfälle mangels genügender Kontrolle getrieben wird.

Die nämlichen Gründe, welche uns dazu führen, die Krankenversicherung zu decentralisieren, sind auch für die innere Organisation der Krankenversicherungsanstalten maßgebend. Das System der Selbstverwaltung und des Selbstbetriebes durch die Beteiligten ist hier durchaus angezeigt.

Theorie und Erfahrung weisen uns also an, die Krankenversicherung mittelst der Krankenkassen in dem jedermann geläufigen Sinn dieses Wortes zu betreiben.

Genügt es an den bestehenden Krankenkassen? Nein. Im Jahre 1880 versicherten dieselben laut Kinkelins „Die freiwilligen Hülfsgesellschaften der Schweiz“ ungefähr 160,000 Personen. Ob und in welchem Maße sich diese Zahl seither vermehrt hat, wissen wir nicht. Rechnen wir freigebig und sagen wir: um 100,000, so gelangen wir auf eine Zahl von 260,000 gegenwärtig in den Krankenkassen versicherten Personen. Nach Greulichs Unfallstatistik pro 1886, 1887 und 1888 besaßen im letzteren Jahre von den bestehenden 1502 Kassen (jede Grütlikassensektion als eine Kasse gerechnet) die auskunftgebenden 1291 Kassen 195,897 Mitglieder (Greulichs Unfallstatistik, Seite 21). Dies ergiebt nach der Durchschnittsberechnung für sämtliche 1502 Kassen 227,914 Mitglieder. Die Durchschnittsberechnung erzeigt wahrscheinlich ein zu großes Resultat, weil die Kassen, welche dem Arbeitersekretariate keine Angaben gemacht haben, mutmaßlich eher unter den kleinen Kassen zu suchen sind. Wie viele von obigen 260,000 zur Klasse der Lohnarbeiter und Lohnarbeiterinnen gehören, wissen wir wiederum nicht. Gehen wir weit und sagen wir: $^3/_4$, so wäre also heute mittelst der bestehenden Krankenkassen für 195,000 derjenigen Personen gesorgt, welche nach unseren Gesetzesvorlagen dem Ver-

sicherungszwang unterliegen. Nun ist aber die gegenwärtige Gesamtzahl dieser Personen, wie wir später sehen werden, auf ungefähr 600,000 anzuschlagen. Die beiden Zahlen (195,000; 600,000) dürften sich kaum erheblich ändern, bis unsere Gesetzesvorlagen, deren Annahme durch die gesetzgebenden Gewalten vorausgesetzt, in Kraft treten. Es werden also dannzumal rund 400,000 Personen, welche keiner bestehenden Krankenkasse angehören, zu versichern sein.

Da der Staat, welcher den Versicherungszwang statuiert, verpflichtet ist, dafür zu sorgen, daß alle von demselben betroffenen Personen in irgend einer Versicherungsanstalt untergebracht werden, so muß er also unter allen Umständen auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens die Versicherungsgelegenheit für jene 400,000 noch nicht versicherten Personen bereit halten. Und diese Versicherungsgelegenheit muß eine zuverlässige sein. Davon, daß sie auch eine mit Bezug auf die Leistung an den Kranken genügende und eine mit Bezug auf die zu entrichtende Prämie nicht zu anspruchsvolle sein soll, sprechen wir gar nicht. Die Versicherungsgelegenheit ist aber keine zuverlässige, wenn es den Kassen frei steht, die sich anmeldenden Personen abzuweisen. Auch können wir den Versicherungspflichtigen nicht zumuten, von Pontius zu Pilatus zu laufen, bis sie irgendwo unterkommen oder bis sie sicher sind, nirgends ein Obdach zu finden.

Deshalb müssen wir neue Kassen einrichten. Und zwar im ganzen Schweizerland, nicht nur in einzelnen Teilen desselben und nicht nur für jene Obdachlosen. Und im ganzen Schweizerland sofort, auf die Zeit des Inkrafttretens der Versicherungsgesetze.

Die Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande hat dieses Postulat als „antidémocratique et antipatriotique“ (s. Seite 208 vorn) verworfen und ihm folgendes Postulat gegenübergestellt:

„Les caisses officielles ne devraient être établies que là où il n'existe pas de sociétés libres, ou lorsque ces sociétés seraient insuffisantes pour la contrée (Seite 210 vorn).“

Nach welchem Kriterium, durch wen und in welchem Verfahren ist die Frage zu beantworten, ob die freie Kasse dem Bedürfnis der Gegend genüge oder nicht? Was sollen wir mit den Versicherungspflichtigen beginnen, welche von einer „dem Bedürfnis genügenden“ freien Kasse zurückgewiesen werden? Muß die öffentliche Kasse wieder vom Erdboden verschwinden, sobald sich eine neue freie Kasse aufthut und den Willen kundgiebt, dem Bedürfnis zu genügen, oder wenn eine bisher ungenügende freie Kasse erklärt, daß sie in Zukunft „genügen“ wolle?

Die Fédération macht sich die Sache ziemlich leicht. Die von ihr ausgearbeiteten „Grundzüge“ für ein Bundesgesetz betreffend die Krankenversicherung nehmen in Art. 9 (Seite 211 vorn) in Aussicht „des caisses officielles constituées par la loi“, überlassen also die so schwierige Lösung jener so wichtigen Aufgabe, jenes Rätsels, kurzerhand „dem Gesetze“. Wir hätten doch, da wir eben mitten in der Gesetzgebungsarbeit stehen, wohl erwarten dürfen, daß wir durch die Fédération in den „Grundzügen“ einigermaßen darüber unterrichtet worden wären, wie sie sich die Ausführung jenes Grundsatzes vorstelle.

Das System, dessen Adoption die Fédération dem Schweizervolk zumutet, liefe darauf hinaus, daß im Land herum eine größere oder kleinere Anzahl von Notkassen errichtet würden mit der Aufgabe, all die ungünstigen Alimente, welche durch die den Vorrang besitzenden freien Kassen abgelehnt werden, zu sammeln, und mit der sicheren Aussicht sehr bedeutender Deficite, welche aus öffentlichen Mitteln bestritten werden müßten, während die freien Kassen infolge der Güte ihrer Alimente in voller Blüte ständen.

Wir besitzen eine andere Vorstellung von dem Begriffe der Solidarität der Glieder unserer Volksgemeinschaft unter sich und gestatten uns schließlich, in nachstehender Tabelle nachzuweisen, daß zur Zeit gerade in unserem Welschland, in dem Gebiete der Fédération, die vorhandenen Kassen dem Bedürfnis bei weitem nicht genügen.

	A. Mitglieder der Sociétés de secours mutuels.	B. Versicherungspflichtige nach den „Grundzügen“ der Fédération.	C. Ausfall.	D. %	E. Versicherungspflichtige nach dem bundesrätlichen Entwurf.	F. Ausfall.	G. %
Genf	3,656	52,755	49,099	93	21,102	17,446	83
Waadt	8,300	123,828	115,528	93	49,531	41,231	83
Wallis	1,093	50,993	49,900	98	20,397	19,309	95
Freiburg	1,490	59,578	58,088	97	23,831	22,341	94
Neuenburg	8,253	54,077	45,824	85	21,631	13,378	62
Berner Jura . . .	3,794	60.996	57,202	94	24,398	20,604	84
Summa 1893	26,586	402,227	375,641	93	160,890	134,304	83
Summa 1895	27,503	402,227	374,724	93	160,890	133,387	83

Die Rubrik A erzeigt die Zahl der Mitglieder der der Fédération angehörenden Sociétés de secours mutuels laut der Generalliste, welche den Statuten von 1893 als Anhang beigegeben worden ist. Die Gesamtzahl der Mitglieder ist seither von 26,586 auf 27,503 gestiegen (s. Seite 207 dieser Botschaft); wir wissen jedoch nicht, wie sich dieses Plus auf die verschiedenen Kantone verteilt. Ebenso ist uns unbekannt, wie viel andere Hülfskassen im Gebiete des Verbands noch bestehen und wie stark dieselben sind. Bedeutend kann diese Zahl, wie sich aus einer Vergleichung mit den Angaben von Kinkelin und von Greulich a. a. O. ergiebt, nicht sein. Endlich machen wir darauf aufmerksam, daß unzweifelhaft manche Person gleichzeitig mehreren Sociétés de secours mutuels angehört. Wir sind aber nicht im Fall, die Anzahl dieser mehrfach gezählten Personen zu bezeichnen.

Die Rubriken B und E enthalten die mutmaßliche Zahl der Versicherungspflichtigen, die Rubrik B nach den „Grundzügen" der Fédération (s. Seite 208 ff. dieser Botschaft), die Rubrik E nach Art. 1 unserer Krankenversicherungsvorlage. Rubrik B repräsentiert die Hälfte, Rubrik E den Fünftel der Wohnbevölkerung. Wir haben auf die letzte Volkszählung von 1888 abstellen müssen; die heutige Zahl wird möglicherweise größer sein.

In den Rubriken C und F wird die Differenz zwischen der Zahl der versicherungspflichtigen und der Zahl der in den Verbandskassen versicherten Personen, in den Rubriken D und G das prozentuale Verhältnis dieses Ausfalls zu der Zahl der versicherungspflichtigen Personen festgestellt.

Eine Berechnung des Ausfalls innert der weiblichen Bevölkerung würde noch viel ungünstigere Zahlen ergeben; denn der Mitgliederbestand der dem welschen Verband angehörenden Kassen rekrutiert sich fast ausschließlich aus der männlichen Bevölkerung.

14. Nach dem Gesagten steht fest, daß wir neue Kassen einrichten müssen. Im Gegensatz zu den bisherigen und künftigen privaten oder freien Kassen nennen wir diese neuen Kassen öffentliche Kassen, weil sie von Staates wegen eingerichtet werden und in erster Linie der obligatorischen Arbeiterversicherung dienen sollen, also für eine vorwiegend öffentlich-rechtliche Funktion bestimmt sind.

Es tritt nunmehr die Aufgabe an uns heran, diese neuen, öffentlichen Krankenkassen zu konstruieren. Wir werden dabei eine Kassenart in den Vordergrund stellen und einen Typus festsetzen, welcher überall im ganzen Land zur Anwendung gelangen soll und deshalb so beschaffen sein muß, daß er für sämtliche Landesteile paßt.

Wir haben zwischen zwei Kassenarten zu wählen, der territorialen und der Berufskasse. Die territoriale Kasse ist für ein bestimmtes Gebiet, die Berufskasse für eine bestimmte Berufsart berechnet. Bei dem erstern System entscheidet sich die Frage, welcher von den vielen im Lande bestehenden Kassen der einzelne Versicherungspflichtige oder Versicherungslustige zuzuteilen sei, nach dem Orte, wo der Mann wohnt oder arbeitet, beim letzteren System nach der Berufsart, welcher er angehört. Nach dem ersteren System wird das Gesamtgebiet in eine Anzahl von Kassengebieten mit je einer Kasse eingeteilt und gehört der Schreiner A zur Kasse des Gebietes Zürich, weil er in Zürich wohnt und arbeitet, wobei der Umstand ganz gleichgültig ist, daß er den Schreinerberuf betreibt. Nach dem zweiten System wird die Bevölkerung nach Berufen eingeteilt und werden für jeden Beruf oder für jede Gruppe verwandter Berufsarten je eine oder mehrere Kassen eingerichtet; unser Schreiner A gehört zu einer der Kassen des Schreinerberufs oder, weiter gefaßt, der Holzbearbeitungsberufe, während der Schlosser B und der Schuster C, welche mit A im gleichen Hause wohnen und im gleichen Quartier arbeiten, Mitglieder ganz anderer Kassen sind, B der Schlosser-, C der Schusterfachkasse.

Dem System der Berufskasse giebt die deutsche, demjenigen der territorialen Kasse die österreichische Versicherungsgesetzgebung den Vorzug.

Wir entscheiden uns für die territoriale Kasse. Für die Landesverwaltung sowohl als für die Ausübung der politischen Funktionen durch die Landeseinwohner, für das Volksschul- und in der Hauptsache auch für das Militärwesen findet überall, wo eine Teilung nötig ist, diese Teilung geographisch statt. Warum soll hier, wo es sich ebenfalls um öffentlichrechtliche Einrichtungen handelt, eine andere Regel aufgestellt, eine Einteilung nach einem ganz anderen Gesichtspunkte vorgezogen werden? Wenn wir nur einzelne bestimmte Berufsarten als versicherungspflichtig erklären würden, so ließe es sich hören, daß die Krankenversicherung nach Berufen organisiert würde. Allein wir stehen auf einem ganz anderen Boden; wir gehen gleich von Anfang an viel weiter und beabsichtigen, einen möglichst großen Bestandteil der Bevölkerung einzubeziehen, nicht nur durch Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle unselbständig erwerbenden Personen, sondern auch durch die Einführung der freiwilligen Voll- und Halbversicherung in den Thätigkeitsbereich der öffentlichen Kassen. Wir legen der Versicherungspflicht eine so ernste Bedeutung bei, wir unterstellen ihr eine so große Anzahl von Landesangehörigen, wir ziehen dabei die öffentlichen Mittel (Bundesrappen, Garantie durch die Gemeinden)

so stark in Mitleidenschaft, daß wir infolgedessen den öffentlichen Gewalten eine sehr wichtige organische Stellung im Krankenversicherungsgeschäft einräumen müssen. Dabei beabsichtigen wir insbesondere, die öffentlichen Krankenkassen in eine enge Beziehung zu den politischen Gemeinden zu bringen. Zu all diesen Thatsachen und Absichten paßt nur die geographische, nicht die berufliche Teilung.

Das System der territorialen Kasse besitzt des weitern den Vorzug der größern Einfachheit und Klarheit. Das Kassengebiet kann auf das Einfachste umschrieben werden. Der Wirkungskreis der territorialen Kasse A ist von dem Wirkungskreis der territorialen Kasse B genau unterschieden und abgegrenzt. Der Ort, wo der Versicherungspflichtige oder Versicherungslustige wohnt oder beschäftigt ist, läßt sich in 999 von 1000 Fällen leicht und zuverlässig ermitteln. Infolgedessen kann die Frage nach der Zugehörigkeit der einzelnen Person zu der Kasse A oder der Kasse B fast immer ohne Schwierigkeit beantwortet werden. Ganz anders beim System der Berufskassen. Eine vollständige Aufzählung der Berufsarten ist, wie jedes statistische Bureau bezeugen wird, sehr schwierig. Die Berufsarten gehen ineinander über. Jedes Jahrzehnt bringt neue Berufe. Tausende und Abertausende wechseln den Beruf so oft als sich eine bessere Arbeitsgelegenheit zeigt, monatlich, wöchentlich, täglich. Wie oft erhält man nicht auf die Frage: „was treiben Sie“ die Antwort: „was gerade kommt“, und auf wie vielen Zählkarten jeder Volkszählung bleibt nicht die Rubrik „Beruf“ unausgefüllt? Wir legen großes Gewicht auf die Einrichtung der freiwilligen Voll- und Halbversicherung in den öffentlichen Krankenkassen; weitaus die Mehrzahl der Personen, auf deren Beitritt wir in dieser Beziehung rechnen, wird zur Klasse der Nichterwerbenden gehören. Wir statuieren gegenüber den öffentlichen Kassen mit Bezug auf diese freiwilligen Mitglieder, sofern sie sich über den Besitz gewisser Eigenschaften ausweisen, den Aufnahmszwang. Welcher Berufskasse sollen wir die sich als freiwilliges Mitglied anmeldende berufslose Witwe N, welcher Berufskasse ihre zur Halbversicherung angemeldeten kleinen Kinder zuteilen? Diese Ausführungen zeigen, daß beim System der Berufskassen die Zuteilung der versicherungspflichtigen Person zu einer bestimmten Kasse sehr oft großen Schwierigkeiten begegnen muß und die Einführung der freiwilligen Versicherungsnahme mit Aufnahmszwang unmöglich wäre.

Sehr belehrend sind die Erfahrungen in Deutschland. Obgleich durch die dortige Versicherungsgesetzgebung die Berufskasse (sog. Ortskrankenkasse) als vornehmster Typus in den Vordergrund ge-

stellt, die territoriale Kasse aber (die sog. Gemeindeversicherung) nur für diejenigen berechnet ist, welche sonst nirgends unterkommen, und die Gemeinden stark belastet, blieb das uns benachbarte Bayern seinen bisherigen territorialen Kassen auch unter der neuen Reichsgesetzgebung treu. Ferner ermöglicht § 16 des deutschen Krankenversicherungsgesetzes die Zusammenlegung verschiedener Berufskassen für die nämliche Gemeinde. Von dieser Fakultät der Umwandlung der Berufs- in thatsächlich territoriale Kassen wird immer mehr Gebrauch gemacht. Und in der deutschen Reichshauptstadt sind es gerade die socialdemokratischen Kreise, welche die Umwandlung der dortigen Berufs- in eine oder mehrere territoriale Kassen befürworten.

Siehe: Müller, die Krankenversicherung der Arbeiter, 2. Aufl. 1885. Nördlingen, bei Beck. Seite XVIII ff.

Schicker, das Krankenversicherungsgesetz, 2. Aufl. Stuttgart, bei Kohlhammer, 1893. Seite 104 oben.

Offizielles württembergisches Formular eines Musterstatuts für gemeinsame Ortskrankenkassen, Stuttgart, bei Kohlhammer.

„Arbeiterschutz", Organ des Verbandes der Arbeitervereine Österreichs, 1894, Nr. 4.

Noch mehr. Deutschland ist für die Alters- und Invaliditätsversicherung zum Grundsatz der Territorialität übergegangen und erwägt allen Ernstes, ob es nicht auf dem Gebiet der Unfallversicherung, statt neuer Berufsgenossenschaften, territoriale Unfallversicherungsverbände gründen wolle.

Wenn trotz alledem in den schweizerischen Arbeiterkreisen daran festgehalten wird, daß die Berufskasse als Normalkasse gewählt werde, so läßt sich dieses Bestreben nur aus dem Umstand erklären, daß in jenen Kreisen die Frage nach dem besten Kassentypus mit einem Postulat höherer Ordnung, nämlich der Organisation des Arbeiterstandes und der Arbeit auf dem Weg der Berufsgenossenschaft, in Verbindung gebracht und die Berufskasse als ein zweckmäßiges Mittel zur Erreichung des bezeichneten Zieles betrachtet wird. Das Mittel wäre nun aber lediglich dann ein taugliches, wenn man den übrigen, nichterwerbenden, Bevölkerungsklassen den Zutritt zu diesen Krankenversicherungsanstalten verwehren und wenn man sowohl die Arbeitgeber als auch die öffentlichen Gewalten von der Mitwirkung und Kontrolle fernhalten wollte und könnte, was nicht der Fall ist. Und wenn auch das Mittel ein zweckdienliches im genannten Sinn wäre, so könnten wir uns erst recht nicht dazu verstehen, auf dem Umweg der Aufstellung der Berufskasse als hauptsächlichen Organes der

öffentlichen Krankenversicherung die Institution der obligatorischen Berufsgenossenschaften einzuführen. Nach all den Wahrnehmungen, welche wir machen mußten, so oft bis jetzt die Frage der obligatorischen Berufsgenossenschaften zur öffentlichen Diskussion gestellt wurde, insbesondere im Herbst 1893, als es sich darum handelte, dem Bund auf dem Wege der Verfassungsänderung die Zuständigkeit zur Gewerbegesetzgebung zu verleihen, sind wir zu der Überzeugung gelangt, daß zur Zeit das Schweizervolk von der Einführung solcher obligatorischer Berufsgenossenschaften nichts wissen will. Das Zunftwesen ist ihm eben noch frisch im Gedächtnis, und es will unserem Publikum nicht einleuchten, daß nun neuerdings nicht nur das gewerbliche, sondern das ganze sociale und politische Leben in der Richtung von mit Beitrittszwang ausgerüsteten Berufskorporationen gravitieren solle.

Sei dem übrigens wie ihm wolle, so werden wir unter allen Umständen gut daran thun, wenn wir die Kranken- und Unfallversicherung als Selbstzweck betrachten und dieselbe so einrichten, daß sie für sich selbst gut fährt. Sollte sich im Verlauf ergeben, daß sie so, wie sie zu Anfang eingerichtet worden, einem anderen Werke der socialen Reform, sei es ein Werk gleicher oder höherer Ordnung, hindernd in den Weg tritt, so werden dann allerdings entsprechende Änderungen vorzunehmen sein. Huldigen wir doch keineswegs der Anschauung, daß wir mit der Arbeiterversicherung am Ende der wünschbaren Reformen angelangt seien.

Zum Schlusse der Erörterung der Frage nach dem Normaltypus für die neu einzurichtenden öffentlichen Kassen machen wir darauf aufmerksam, daß bei Erhebung der Berufskasse zur Normalkasse die Unfallversicherung anders organisiert werden müßte, als wir es gestützt auf die Denkschrift von 1889 und die bisherigen Ausführungen dieser Botschaft in Aussicht genommen haben.

Auf die Frage, ob nicht die Vereinigung der Angehörigen verschiedener Berufsarten in einer territorialen Kasse erheische, daß die Prämie nach Maßgabe der Krankheitsgefahr abgestuft werde, kommen wir später zu sprechen.

15. Nachdem wir uns für territoriale öffentliche Krankenkassen entschieden haben, liegt es uns ob, die Einteilung des gesamten Landes in die Gebiete dieser einzelnen territorialen Kassen vorzunehmen. Wir nennen jedes solche Gebiet, auf welches also regelmäßig je eine der territorialen Kassen entfällt, eine Versicherungsgemeinde, die Kasse selbst aber eine Gemeindekrankenkasse, und gehen über zur Festsetzung der Mindestgröße einer Versicherungsgemeinde. Die Festsetzung hängt von der Be-

antwortung der Frage ab, welche Mindestzahl von Versicherten für die einzelne Gemeindekrankenkasse in Aussicht zu nehmen sei. Diese notwendige Mindestzahl beträgt, nach der Annahme der Fachleute im Versicherungswesen, zweihundert. Wie groß muß nun die Mindest-Einwohnerzahl der Versicherungsgemeinde sein, damit wir dessen sicher sind, daß die Gemeindekrankenkasse aus mindestens zweihundert Versicherten bestehe? Und zwar aus mindestens zweihundert solchen Personen, welche dem absoluten Versicherungszwang unterliegen; denn auf die nur gemäß dem Willen der Landesgegend Versicherungspflichtigen und die freiwilligen Versicherten können wir nicht zählen. Die Antwort auf die gestellte Frage lautet dahin, daß annähernd der fünfte Teil der Bevölkerung dem absoluten Versicherungszwang unterworfen sein wird; in mancher Gegend dürfte die Quote eine größere sein und bis auf einen Vierteil ansteigen. So gelangen wir dazu, daß die erforderliche Mindestzahl der Bevölkerung eintausend beträgt. Nun ist aber zu berücksichtigen, daß der Gemeindekrankenkasse durch die Betriebs- und die eingeschriebenen Kassen, von welchen beiden wir später zu sprechen haben, eine erhebliche Anzahl von Zwangsversicherten entzogen werden dürften. Durch einen Zuschlag von fünfhundert dürfte dieses Reduktionsmoment wieder ausgeglichen sein. Deshalb steigern wir jene erste Zahl von eintausend auf fünfzehnhundert.

Wir werden jedoch gut daran thun, noch höher zu gehen. Das Versicherungsinteresse erheischt eine möglichst große Zahl der zu einer Kasse gehörenden Personen. Je größer diese Zahl, desto größer wird die Gewähr für die Existenzfähigkeit der Kasse und desto geringer die Gefahr der Erschütterung des Kassenhaushalts durch außerordentliche Ereignisse, von welchen wir die Epidemien hervorheben. Desto geringer auch der auf den einzelnen Versicherten entfallende Teil der Verwaltungskosten; eine Schlußfolgerung zwar, welche kaum mehr zutreffen dürfte, sobald die Größe der Anstalt eine komplizierte Verwaltung mit besonderen Angestellten erfordert, welche diese Kassenverwaltung nicht mehr als bloßen Nebenberuf besorgen können.

Um wieviel höher als auf fünfzehnhundert sollen wir gehen?

Wir legen Gewicht darauf, daß der Betrieb der Kasse ein einheitlicher sei. Deshalb verwerfen wir das System, nach welchem die Krankenkasse in Abteilungen (Sektionen) zerfällt, von denen jede, auf Kosten der Gesamtkasse, ein gewisses Maß von Selbständigkeit erwirbt. Die Wahrscheinlichkeit liegt nahe, daß bald die Sektionen die eigentlichen Kassen würden, das eigentliche Kassenleben in die Sektionen hinunterwanderte und der nominellen Ge-

meindekrankenkasse nur noch die Bedeutung eines Verbandsorgans verbliebe. Die Krankheitsfälle würden in den Sektionen angemeldet, festgestellt, anerkannt, kontrolliert und entschädigt; dem Verband verbliebe die gemeinsame Kasse zur Bezahlung dessen, was von den Sektionen zur Zahlung angewiesen wird; die einzelne Sektion hätte ein Interesse daran, daß gerade ihre Leute möglichst viel aus der Verbandskasse beziehen, und das Sparen im gemeinsamen Interesse aller Sektionen verbliebe den ohnmächtigen Verbandsorganen. Man könnte dem Übelstand durch Verlegung eines Teils des Risikos in die einzelnen Sektionen vorbeugen, etwa nach dem System der bernischen Brandversicherungsanstalt. All das müßte organisiert, im Gesetz gehörig geordnet werden, ebenso die Verantwortlichkeit der Sektionen und die Beziehung der Sektionen zu der Versicherungsgemeinde, zu der Arbeitgeberschaft, zur Unfallversicherung. Das würde viel zu kompliziert, sowohl die Organisation im Gesetz als auch der Betrieb. Das Sektionensystem paßt nur für ganz große Gebilde, deren einzelne Bestandteile selbst noch groß sind, paßt nur für solche Gebilde, bei denen die Decentralisation im Interesse der Teile und des Ganzen liegt und nicht das Interesse des Ganzen wesentlich schädigt. Wir sehen in Art. 45, Abs. 2, der Krankenversicherungsvorlage die Vielheit der Meldestellen vor, wir nehmen in Art. 150—153 daselbst Reservenverbände in Aussicht; weitere Konzessionen an das Sektionensystem machen wir nicht.

So gewiß wir die Ungeteiltheit der Gemeindekrankenkasse verlangen, so gewiß wir des weiteren für diese den Grundsatz der wahren Selbstverwaltung durch die Beteiligten aufstellen, so gewiß müssen wir dafür sorgen, daß letztere in der Regel eine wahre Kassengemeinde bilden und Gemeindeversammlungen abhalten können, welche über das Wohl und Wehe der Kasse beratschlagen, die Interessen der Kasse beraten, die wichtigen Beschlüsse selbst fassen, die Kassenbehörden bestellen, deren Amtsführung kritisieren und deren Rechnungen gutheißen oder zurückweisen; Versammlungen, in welchen auch die von einzelnen Versicherten verübten Mißbräuche aufgedeckt und Aug in Auge erörtert werden. Wir sind warme Freunde eines gesunden Gemeindelebens mit Gemeindeversammlungen; wir haben erfahren, daß letztere einen hohen politischen und sittlichen Wert, in guten und in schlimmen Tagen, besitzen; und wir betrachten das wirkliche Gemeindeleben mit Gemeindeversammlungen als eine Grundbedingung, als den Hauptpfeiler des gesunden Volksstaates. Wir tragen diese Einrichtungen auf die Gemeindekrankenkasse über und hegen die Überzeugung, daß dieselben auch hier segensreich wirken werden. Dann darf aber diese Kasse nicht zu groß, sondern nur so groß sein, daß die Kassengenossen sich in Einer Versammlung zusammenfinden können, in

welcher eine wirkliche mündliche Beratung möglich ist und für welche man im Gemeindegebiet auch ein ausreichendes Lokal findet.

Berücksichtigen wir nicht nur das technische Versicherungsinteresse, sondern auch die letztangeführten Gründe, so gelangen wir zwar zu einer Erhöhung der Mindestzahl über 1500 hinaus, aber nicht um ein bedeutendes, und setzen solche auf 2000 fest.

Wir lassen nur Eine Ausnahme zu, nämlich für entlegene Gebirgsthäler mit spärlicher Bevölkerung. Dieselben bereiten dem Kranken- und Unfallversicherungsgeschäft mehr als Eine Verlegenheit: der Arzt kostet viel Geld, die Krankenkontrolle ist schwierig, der Versicherungspflichtigen sind verhältnismäßig wenige, auch diese wenigen aber haben Distanzen von Stunden zurückzulegen, um an den Generalversammlungen teilzunehmen. Die einen der erwähnten Umstände sprechen für Versicherungsgemeinden mit großer, die anderen Umstände für Versicherungsgemeinden mit kleiner Einwohnerzahl. Wir stehen hier vor einer specifisch schweizerischen Schwierigkeit. Das Leben muß da der Lehrmeister sein und die Auswege zeigen. Stecken lassen kann man die Krankenkassen in den entlegenen Gebirgsgegenden nicht, und der Vorhalt: Ihr habt's ja so gewollt; warum wohnt Ihr so weit weg im unwegsamen, fernen Gebirge! ist kein schweizerischer. Am einen Ort wird dieses, am andern jenes Korrektiv als angezeigt erscheinen. Unter allen Umständen ist hier, wo es sich um die Konstruktion der Versicherungsgemeinde handelt, dafür zu sorgen, daß das Erfordernis der Mindestzahl von zweitausend nicht unbedingt auch für entlegene Gebietsteile gilt.

Nach dem oben Gesagten ergiebt sich die Ziffer von 2000 nicht nur als Mindest-, sondern gleichzeitig auch als Normalzahl für die Größe der Bevölkerung der Versicherungsgemeinde, d. h. die Einteilung des Landes in Versicherungsgemeinden soll in der Weise stattfinden, daß eine solche in der Regel auch nicht mehr als 2000 Einwohner besitzt.

Obgleich nun die Versicherungsgemeinde in der Hauptsache lediglich ein geographischer Begriff ist, so werden wir doch gut daran thun, bei dessen Umschreibung auf die bestehende politische Einteilung des Landes Rücksicht zu nehmen. Daraus ergiebt sich in erster Linie, daß eine Versicherungsgemeinde nicht aus Gebietsteilen verschiedener Kantone bestehen soll. Eine Ausnahme von dieser Regel rechtfertigt sich nur mit Bezug auf kleine Enclaven, z. B. das bernische Münchenwiler mit 493 Einwohnern, welches rings von freiburgischem Gebiet umgeben ist. In zweiter Linie, daß eine politische Gemeinde von 2000 oder mehr Einwohnern eine eigene

Versicherungsgemeinde bilden und von dieser Regel nur dann eine Ausnahme zugelassen werden soll, wenn eine anstoßende politische Gemeinde weniger als 2000 Einwohner besitzt und deshalb eine Zusammenlegung erforderlich wird, oder wenn ein Bevölkerungscentrum aus verschiedenen politischen Gemeinden besteht, welche richtigerweise zusammen nur eine territoriale Kasse besitzen sollen, obgleich jede dieser politischen Gemeinden mehr als 2000 Einwohner besitzt. In dritter Linie erfordert die Rücksicht auf die politische Einteilung des Landes, daß, wo Zusammenlegungen nötig sind, um die Minimaleinwohnerzahl zu erreichen, eine politische Gemeinde nicht auseinandergerissen, sondern ganz einer Versicherungsgemeinde zugeteilt werde; daß also nicht die Ortschaft A der politischen Gemeinde B zu der Versicherungsgemeinde C, die Ortschaft D der nämlichen politischen Gemeinde B aber zur Versicherungsgemeinde E gehöre.

Die Rücksicht auf die politische Einteilung, insbesondere auf die bestehenden politischen Gemeinden, und die damit zusammenhängende Rücksicht auf die besonderen Verhältnisse der Bevölkerungscentren geraten, wie wir sehen, oft in Widerspruch mit jenem ersten Grundsatz, nach welchem die Ziffer von 2000 nicht nur die Mindest-, sondern auch die Normalzahl bilden soll, und damit in Widerspruch mit unserm Postulat, daß jede öffentliche Krankenkasse ihre eigene, wirkliche Generalversammlung abhalten soll, an welcher alle Versicherten teilnehmen. Wenn die Versicherungsgemeinde 50,000 Einwohner, die Gemeindekrankenkasse also cirka 10,000 obligatorisch Versicherte besitzt, so wird eine solche wirkliche Generalversammlung ein Ding der Unmöglichkeit und muß eine andere Formel für die Gestaltung des obersten Kassenorgans aufgestellt werden. Wir führen für diese großen Kassen die Generalversammlung der Delegierten ein und nehmen daneben noch das Urnen-Referendum in Aussicht (Art. 90, 92 und 93 der Krankenversicherungsvorlage).

Immerhin muß der Fall vorgesehen werden, daß einzelne unserer Städte Großstädte werden und alsdann für die eine Gemeindekrankenkasse einer solchen Großstadt, welche nur eine politische und deshalb nur eine Versicherungsgemeinde bildet, selbst eine Generalversammlung von Delegierten als Unmöglichkeit erscheint, insofern man den Quotienten der Versicherten, auf welchen je ein Delegierter entfällt, nicht ungebührlich hoch beziffert. Wir stellen es deshalb als ausnahmsweise zulässig auf, daß eine große Versicherungsgemeinde mehr als eine Gemeindekrankenkasse besitze, d. h., daß für einzelne Gebietsteile einer solchen Versicherungsgemeinde besondere Gemeindekrankenkassen errichtet werden.

So viel mit Bezug auf die räumliche Umschreibung des Begriffes der Versicherungsgemeinde. Diese räumliche Umschreibung wird mittelst der Art. 12, 14 und 24 des Krankenversicherungsentwurfes in Gesetzesform ausgeführt.

Nunmehr sind wir auch im stande, einen Begriff näher zu umschreiben, welchen wir in einem früheren Abschnitt dieser Botschaft (siehe Seite 239) aufgestellt haben.

Die „Landesgegend", welcher wir es überlassen, die Tagelöhner und die selbständig erwerbenden Angehörigen der Hausindustrie dem Versicherungszwang zu unterstellen, soll in dem einzelnen Kanton und den zu ihm gehörenden einzelnen Versicherungsgemeinden bestehen und sowohl der Kanton mit Bezug auf sein ganzes Gebiet als auch jede einzelne Versicherungsgemeinde für sich jene Befugnis besitzen. Anderen Arten von Gebietsteilen (Orts-, Kirch-, politischen Gemeinden, politischen Kreisen und Bezirken), welche wir in unserer Versicherungsorganisation nicht kennen, erteilen wir die Befugnis nicht, ebensowenig den Versicherungskreisen, da wir dieselben nicht mit Organen ausstatten, welche sich dazu eignen würden, die Versicherungspflicht auszusprechen.

Wir formulieren die Befugnis der Versicherungsgemeinden und der Kantone, mit Bezug auf gewisse Klassen der Bevölkerung die Versicherungspflicht auszusprechen, in den Art. 6 und 7 des Gesetzesentwurfs betreffend die Krankenversicherung.

16. Nachdem wir die Gemeindekrankenkasse und die damit in Verbindung stehende Versicherungsgemeinde besprochen, haben wir des weiteren die Frage zu beantworten, ob neben jenem Haupttypus noch andere Typen von neuen, öffentlichen Kassen als zulässig erklärt und aufgestellt werden sollen. Auch hier weisen uns Erfahrung und Abstraktion übereinstimmend den Weg.

Wir besitzen in der Schweiz eine große Anzahl von Krankenversicherungsanstalten, welche einzelnen bestimmten Betrieben dienen, nämlich einerseits die vielen Fabrik-, anderseits die Eisenbahnkrankenkassen. Jede Eisenbahn- und Dampfschiffunternehmung und fast jedes größere industrielle Etablissement besitzt eine solche Kasse.

Die Bundesbehörden und die Bundesgesetzgebung haben sich schon wiederholt mit diesen zwei Kassenarten beschäftigt.

Die sog. Normalkonzession (siehe: „Die eidg. Eisenbahngesetzgebung" von Dr. H. Hürlimann, Zürich, bei Orell Füßli & Cie., 1887, Seite 46 ff.) schreibt seit 1885 in dem neuen Art. 25 die Errichtung von Pensions- und Unterstützungskassen für das Bahnpersonal vor.

Mit Rücksicht auf kleinere Unternehmungen mit wenig Personal wurde dieser Vorschrift später folgender Wortlaut verliehen, der heute noch gilt: „Die Gesellschaft ist verpflichtet, ... für das Personal eine Kranken- und Unterstützungskasse einzurichten oder dasselbe bei einer Anstalt zu versichern. ....."

Ein Bundesgesetz vom 20. Dezember 1878 (Neue Folge Bd. IV, p. 51) ordnet die Ausscheidung und getrennte Verwaltung des Vermögens solcher Kassen an. Ein späteres Bundesgesetz, betreffend die Hülfskassen der Eisenbahn- und Dampfschiffsgesellschaften, vom 28. Juni 1889 (Neue Folge Bd. XI, Seite 265), stellt diese Kassen unter Bundesaufsicht.

Eine bundesrechtliche Vorschrift, daß der Inhaber einer Fabrik eine Krankenkasse errichten müsse, besteht nicht. Wohl aber bestimmt das Bundesgesetz betreffend die Arbeit in den Fabriken, vom 23. März 1877 (Neue Folge Bd. III, Seite 241 ff.), in Art. 7, daß die Fabrikbußen im Interesse der Arbeiter, namentlich für Unterstützungskassen, zu verwenden seien. Zweitens schreibt das Bundesgesetz betreffend die Haftpflicht aus Fabrikbetrieb, vom 25. Brachmonat 1881 (Neue Folge Bd. V, Seite 562 ff.), in Art. 9 vor, daß die seitens einer Krankenkasse erfolgten Leistungen an Personen, welche von einem Unfall betroffen wurden, oder an deren Hinterlassene, unter gewissen Bedingungen an der Haftpflichtentschädigung in Abzug fallen; und unter diesen Krankenkassen sind vornehmlich die Fabrikkrankenkassen verstanden.

Wir werden also gut daran thun und im Sinne der bisherigen Bundesgesetzgebung handeln, wenn wir nicht nur die heute bestehenden Eisenbahn-, Dampfschiff- und Fabrikkrankenkassen fortexistieren lassen, sondern die Betriebskrankenkassen als eine zweite Art der öffentlichen Krankenkassen aufstellen und organisieren. Schon heute unterscheiden sie sich wesentlich von den freiwilligen Kassen. Schon heute ist die Zugehörigkeit thatsächlich durchaus nicht Sache der freien Entschließung, sondern wird eben gewöhnlich derjenige, welcher bei einer Eisenbahnunternehmung oder in einer Fabrik in Arbeit tritt, eo ipso Mitglied der betreffenden Betriebskasse. Warum sollen wir diese thatsächliche Zwangszugehörigkeit nicht gesetzlich sanktionieren; warum nicht die Betriebskassen neben den Gemeindekrankenkassen als Organe für die Zwangsversicherung aufstellen, und zwar speciell für die Zwangsversicherung der in solchen Betrieben beschäftigten Arbeiter und Arbeiterinnen?

Die Sache macht sich deshalb einfach, und das Verhältnis der Betriebs- zur Gemeindekrankenkasse wird deswegen ein klares, weil die Zugehörigkeit zu einem Betrieb, welcher eine eigene

Krankenkasse besitzt, mit der größten Leichtigkeit festgestellt werden kann, besonders weil es sich hier um solche Betriebe handelt, welche heute schon genaue Arbeiterlisten führen müssen.

Zum nämlichen Schluß wie bei der Rücksicht auf das Bestehende, gelangen wir durch folgende Erwägungen:

Erstens wäre es außerordentlich schwierig, ja geradezu unmöglich, diejenigen Versicherungspflichtigen, welche bei einer Eisenbahnunternehmung beschäftigt sind, je in einer oder mehreren bestimmten Gemeindekrankenkassen unterzubringen. Welches ist der Betriebsort einer Eisenbahnunternehmung? Die ganze Gegend, durch welche sich die Bahn hinzieht. Diese ganze Gegend ist jedoch regelmäßig sehr bedeutend größer als eine Versicherungsgemeinde; die einzelnen Punkte des von der Bahn bedienten Gebietes liegen weit auseinander, wie es eben die Natur einer Transportunternehmung erheischt. Daraus ergiebt sich, daß für die Erfüllung der Versicherungspflicht durch das Bahnpersonal eine andere Versicherungsgelegenheit als diejenige der Gemeindekrankenkasse geschaffen werden muß.

Zweitens kann ein Betrieb mit solcher Erkrankungs- oder Unfallgefahr verbunden sein, daß es im höchsten Interesse der Gemeindekrankenkasse liegt, dieses Risiko nicht aushalten zu müssen, nicht einmal um den Preis einer Prämienerhöhung, sondern es sich ganz vom Leibe zu halten. Oder es kann sich irgendwo im Lande eine größere Unternehmung für einige Monate oder einige Jahre etablieren, durch welche der bisherige stabile und ruhige Betrieb einer oder mehrerer unter sich benachbarter Gemeindekrankenkassen über den Haufen geworfen und ganz anderen, großartigeren Verhältnissen Platz machen würde, jedoch eben nur für jene paar Monate oder Jahre. Man denke sich eine große Tunnelunternehmung oder die Erstellung eines bedeutenden Wasserwerks in einer heute öden und bald wieder öde sein werdenden Gegend. Da erscheint es doch als das einzig Vernünftige, daß man die Arbeiter einer solchen Unternehmung nicht in die Gemeindekrankenkassen hineinzwängt, sondern ihnen eine andere Versicherungsgelegenheit schafft und vorschreibt: die Betriebskrankenkasse.

Wenn wir also diese Kassenart noch gar nicht besäßen, so müßten wir sie erfinden, zu den eben angeführten Zwecken.

In der Expertenkommission ist von socialdemokratischer Seite vorgeschlagen worden, die Betriebskassen zu unterdrücken und an deren Stelle die obligatorischen Berufskassen zu setzen. Der Vorschlag wurde jedoch mit 28 gegen 4 Stimmen abgelehnt (Stenographisches Bulletin, Seite 469), und wir schließen uns der damals für den Gegenantrag vorgebrachten Begründung an.

Von der nämlichen Seite wurde eventuell angeregt, daß eine Vereinigung mehrerer gleichartiger oder ähnlicher Betriebe zur Bildung einer Betriebskasse als zulässig erklärt werde. Wir halten uns nicht dabei auf, darzuthun, daß eine solche, aus den Arbeitern mehrerer Betriebe der nämlichen Betriebsart bestehende Krankenkasse nichts anderes ist als die bereits besprochene Berufskrankenkasse. Wir machen lediglich darauf aufmerksam, daß bei diesem System die Feststellung des Verhältnisses der einzelnen Betriebsinhaber zu einander auf fast unüberwindliche Schwierigkeiten stößt. Der Bauunternehmer A beschäftigt 1000, der Bauunternehmer B 500, der Bauunternehmer C 50 Arbeiter. Für die 3 Betriebe wird eine gemeinsame Krankenkasse errichtet. Das durch die Arbeitgeber zu deckende Jahresdeficit beträgt Fr. 3100; daran haben zu zahlen: A Fr. 2000, B Fr. 1000, C Fr. 100. Wie soll das Stimmrecht in der Generalversammlung der Arbeitgeber geordnet werden, nach Maßgabe der Arbeiterzahl und der Verantwortlichkeit, so daß A 20, B 10, C 1 Stimme haben, oder nach Köpfen, so daß A, B und C gleiches Stimmrecht besitzen? Im ersteren Fall könnten sich B und C, im zweiten Fall könnte sich A mit vollem Recht beklagen. Eine Zusammenlegung verschiedener Betriebe zur Bildung einer Kasse geht nur an, wenn die Betriebsinhaber nichts beizutragen und darum auch nichts zu sagen, oder wenn sie zwar beizutragen, aber dennoch nichts zu sagen haben.

Wir halten also mit Bezug auf die Betriebskasse an der Formel fest: Ein Betrieb, Eine Kasse.

Es kann sich fragen, ob wir nicht die Berufskrankenkasse neben der Gemeinde- und der Betriebskrankenkasse als eine dritte Art der öffentlichen Krankenkassen aufstellen wollen. Wir verneinen diese Frage, und zwar in der Hauptsache aus den nämlichen Gründen, welche uns dazu geführt haben, die Berufskrankenkasse als Haupttypus der öffentlichen Krankenkassen, statt der Gemeindekrankenkassen, abzulehnen.

Wir belassen also die Berufskassen gänzlich bei den freien Kassen.

17. Hinsichtlich der Betriebskrankenkassen seien uns in diesem allgemeinen Teil der Botschaft noch folgende vier Bemerkungen gestattet:

Erstens wird es regelmäßig Sache des Arbeitgebers sein, sich darüber schlüssig zu machen, ob für seinen Betrieb eine eigene Krankenkasse errichtet werden solle, und, wenn ja, die Errichtung zu veranlassen. Denn nach den später festzustellenden Grundsätzen der Maximalprämie und der Verantwortlichkeit des Betriebsunternehmers für ein Deficit gebührt die Initiative ihm.

Die Bewilligung zur Errichtung ist Sache der Behörden. Der Betriebsunternehmer besitzt kein Recht auf die Errichtung einer eigenen Kasse. Die Behörde wird, bevor sie über die Frage der Bewilligung Beschluß faßt, die interessierten Kreise konsultieren, in erster Linie die Arbeiter des in Frage kommenden Betriebes, und alsdann gestützt auf die Prüfung sämtlicher Verhältnisse den Antrag des Betriebsinhabers nach freiem Ermessen gutheißen oder ablehnen.

Zweitens erscheint es auch hier angezeigt, eine Mindestzahl festzusetzen und den Antrag des Betriebsunternehmers nur dann gutzuheißen, wenn das Erfordernis der Mindestzahl erfüllt ist. Freilich kann man diesfalls ohne Bedenken tiefer gehen als bei der Gemeindekrankenkasse. Hat doch der Arbeitgeber schließlich das Deficit auszuhalten, so daß unsere Fürsorge nur darauf gerichtet sein soll, daß keine öffentlichen Kassen entstehen, welche von vorneherein der Lebensfähigkeit als Gegenseitigkeitsanstalten entbehren. Wir setzen die Mindestzahl auf 100 fest. Selbstverständlich findet das Mindestzahlerfordernis in denjenigen Fällen keine Anwendung, in denen die Behörde aus besonderen Gründen, ohne den Antrag des Betriebsinhabers abzuwarten, oder auch gegen seinen Willen, von sich aus die Errichtung einer besondern Betriebskrankenkasse anordnet.

Drittens ist zu betonen, daß die Betriebskrankenkasse zwar ebenfalls eine Art der öffentlichen Krankenkasse ist, jedoch mit der Gemeindekrankenkasse nicht in gleichen Rechten steht. Letztere ist notwendig, sie kann nicht eingehen, und bietet jedem Versicherungspflichtigen Unterkunft, wenn sonst kein Obdach für ihn vorhanden ist. Ob auch sämtliche Betriebe, welche bislang eigene Krankenkassen besaßen, eingehen, ob auch sämtliche freien Kassen auffliegen: die Gemeindekrankenkasse ist immer da. Deshalb besitzt sie aber auch Anspruch auf besonderen Schutz. Daraus ergiebt sich, daß die Betriebskrankenkasse weichen muß, falls durch deren Bestehen die Gemeindekrankenkasse gefährdet wird. Gesetzt, es befinden sich in einer Versicherungsgemeinde 500 Versicherungspflichtige; davon absorbieren zwei Fabrikkrankenkassen 350, und es verbleiben für die Gemeindekrankenkasse 150; jene gedeihen nicht, und diese befindet sich in bedenklichem Zustand. Die Zumutung an jene, daß sich wenigstens eine zu gunsten der Gemeindekrankenkasse auflöse, findet nur taube Ohren. Das Gebiet der Gemeindekrankenkasse ist ein so ausgedehntes, daß eine Verschmelzung der Versicherungsgemeinde mit einer benachbarten als unthunlich erscheint. Da giebt es kein anderes Mittel, als eine oder beide Betriebskrankenkassen aufzuheben und die Arbeiter der einen Fabrik oder beider Fabriken

der. Gemeindekrankenkasse zuzuweisen. Ein solcher Akt der Notwehr verletzt keine wohlerworbenen Rechte und ist nicht einmal eine Unbilligkeit; denn wenn die Fabriken eingehen, muß die Gemeindekrankenkasse deren Arbeiterpersonal auch aufnehmen, sei es als obligatorische, sei es als freiwillige Mitglieder. Und das Äquivalent für die Vorzugsstellung der Gemeindekrankenkasse besteht darin, daß die Freizügigkeitsbestimmungen, welche wir aufstellen, auch den gewesenen Mitgliedern der Betriebskrankenkassen gegenüber den Gemeindekrankenkassen zu gute kommen, nicht aber den gewesenen Mitgliedern der letzteren gegenüber den Betriebskrankenkassen.

Um eine Garantie dafür zu schaffen, daß die zwangsweise erfolgende Auflösung einer Betriebskrankenkasse nicht so leichthin, sondern nur im äußersten Notfalle stattfinde, bestimmen wir, daß sie Sache der obersten Versicherungsbehörde sei, und daß gegen den Entscheid derselben an den Bundesrat rekurriert werden könne (Artikel 146 des Krankenversicherungs-Entwurfs). Ein allfälliger Liquidationsüberschuß kommt der Gemeindekrankenkasse zu gute.

Viertens und endlich liegt uns daran, hier festzustellen, daß wir das Vermögen der bisherigen Fabrik- und Eisenbahnkrankenkassen in keiner Weise antasten. Im Fall des Inkrafttretens der Gesetzesentwürfe wird sich jede solche Kasse darüber schlüssig machen, ob sie als Betriebskrankenkasse im Sinne der neuen Ordnung der Dinge fortbestehen wolle, und wird im Bejahungsfalle der Betriebsinhaber die gesetzliche Anmeldung einreichen. Sowieso aber bleibt der bisherigen Kasse das volle Verfügungsrecht über ihr Vermögen nach Maßgabe der Liquidationsbestimmungen der bisherigen Statuten. Wir wünschen auch gar nicht, daß irgend welches bisherige Vermögen in die neuen Betriebskrankenkassen übergetragen, sondern halten dafür, daß solches am richtigsten einem Zwecke zugewendet werde, welcher außerhalb des Bereiches der Kranken- und Unfallversicherung liegt, so einer Altersversorgungs- oder einer Witwen- und Waisenkasse.

IV. Leistungen.

18. Wir haben nunmehr die Gebilde der obligatorischen Unfall- und Krankenversicherung umschrieben und gehen dazu über, die Leistungen derselben an die Versicherten festzustellen und bei diesem Anlasse sowohl die Gebiete der beiden Versicherungsarten hinsichtlich der Leistungen gegeneinander abzugrenzen, als auch die freiwillige Versicherungsnahme bei den öffentlichen Krankenkassen zu besprechen.

Während es sich ohne weiteres empfiehlt, die Leistungen der Unfallversicherungsanstalt möglichst genau festzusetzen und den Betriebsbehörden der letzteren hinsichtlich der Bemessung der Leistungen möglichst genaue Vorschriften im Gesetze zu erteilen, kann man im Zweifel darüber sein, wie es diesfalls in der Krankenversicherung zu halten sei. Soll da nur ein Minimum im Gesetze festgestellt und es alsdann der einzelnen Krankenkasse überlassen werden, in ihren Statuten nach Belieben über das Minimum hinauszugehen? Oder soll im Gesetze ein Minimum und ein Maximum festgestellt und den Statuten innerhalb der zwei Grenzen freier Spielraum gelassen werden? Oder endlich, sollen wir es in der Krankenversicherung halten wie in der Unfallversicherung und die Leistungen in einer für alle öffentlichen Krankenkassen des Landes maßgebenden Weise möglichst genau einheitlich fixieren?

Wir haben uns mit Bezug auf die Gemeindekrankenkasse für den letzteren Weg entschieden. Daß ein Minimum festgestellt werden muß, versteht sich von selbst. Das Minimum soll aber gleichzeitig das Maximum sein, das heißt die Leistungen sollen im Gesetze fixiert werden, soweit dies überhaupt möglich ist. Wenn wir es den Statuten überlassen, Mehrleistungen vorzuschreiben, so unterliegen die diesfälligen Bestimmungen geradeso der Revision wie die übrigen. Je nach dem Jahresergebnis des Kassenbetriebes würde eine Statutenrevision zum Behuf der Reduktion oder Vermehrung der Leistungen verlangt, und die Bestimmungen betreffend die Leistungen wären beständig im Fluß begriffen. Das könnte nicht vom guten sein. Und da sind wir es zweitens den Prämienpflichtigen, welchen wir allerdings schon durch die Festsetzung eines Prämienmaximums einen Schutz angedeihen lassen, noch viel mehr aber dem Garanten der Kasse, der Versicherungsgemeinde, schuldig, dafür zu sorgen, daß sie von Gesetzes wegen wissen, woran sie sind, und nicht stets gegen anbegehrte Statutenrevisionen ankämpfen und gegen beschlossene rekurrieren müssen, um nicht übermäßig belastet zu werden. Drittens wäre eine Differenzierung der Leistungen nach den einzelnen Gemeindekrankenkassen nicht wohl mit der Institution der Freizügigkeit vereinbar. Allerdings bildet dieser dritte nicht einen durchschlagenden Beweggrund für unseren Entscheid in der vorwürfigen Frage.

Bei den Betriebskrankenkassen kann es anders gehalten werden; hier scheint uns die Aufstellung von bloßen Minima als gerechtfertigt. Die Arbeiter sind durch das zu ihren Gunsten festzustellende Prämienmaximum genügend vor zu starker Belastung geschützt. Garant für die Betriebsausfälle ist allein der Betriebsunternehmer. Die Feststellung der Leistungen muß durch die Statuten erfolgen. Sowohl mit Bezug auf die anfänglichen

Statuten als auch mit Bezug auf jede Revision derselben hat der Betriebsunternehmer ein gewichtiges Wort mitzureden. Wozu sollen wir ihn daran hindern, für seine Arbeiter eine Mehrausgabe zu übernehmen, zu welcher er nicht verpflichtet ist?

19. Worin sollen die Leistungen der Gemeindekrankenkassen, beziehungsweise die Minimalleistungen der Betriebskrankenkassen bestehen?

Für die Krankenversicherung schreiben wir folgende Leistungen vor:

I. unentgeltliche ärztliche Pflege und Arznei, und

II. ein tägliches Krankengeld, an den erkrankten Versicherten;

III. ein mäßiger Ersatz der Kosten des geburtshülflichen Beistandes und ein Wöchnerinnengeld, falls die Wöchnerin schon seit mindestens 6 Monaten der Krankenkasse angehört hat;

IV. ein angemessener Beitrag an die Bestattungskosten, wenn ein Versicherter stirbt.

Als vorderste Aufgabe der Krankenversicherung ergiebt sich die Bewirkung oder der Versuch der baldigen und vollständigen Heilung des Kranken. Hieran besitzen sowohl dieser als die Krankenkasse ein Interesse. Sodann sollen der Kranke und dessen Familie mittelst der Versicherung vor Not und Elend geschützt werden. Von diesen zwei Gesichtspunkten aus rechtfertigt es sich und erscheint es als notwendig, die drei ersten der oben bezeichneten Leistungen zu gewähren. Der Tod ist regelmäßig die Folge einer Krankheit, für deren schädliche wirtschaftliche Folgen die Kasse aufzukommen hatte. Deshalb und aus Gründen der Humanität rechtfertigt sich die vierte Art der Leistung, zumal sie bei den bisherigen Krankenkassen fast durchweg bereits stattfindet.

Wir erörtern in diesem allgemeinen Teil der Botschaft nur eine der vier Leistungsarten, nämlich das Krankengeld, und auch diese nur nach drei Richtungen, nämlich betreffend die Abstufung nach der Lohnhöhe, betreffend die Größe des Krankengeldes im Vergleich mit der Größe des Lohnes, und endlich betreffend den Beginn der Bezugsberechtigung.

a. Das Krankengeld soll nach der Lohnhöhe festgesetzt werden. Wir verwerfen das System des einheitlichen Krankengeldes aus zwei Gründen.

Einmal halten wir es für gerechtfertigt, daß dem Kranken und seiner Familie die ununterbrochene Fortdauer der bisherigen Lebensweise im großen und ganzen gesichert werde. Diese Lebensweise ist verschieden, ebenso die Zahl der Familienglieder.

Je höher diese Zahl, desto größere Ansprüche stellt sie an die Leistungsfähigkeit des Ernährers, desto mehr muß und wird er durch seine Arbeit erwerben; und je vorzüglicher und lohnender seine Arbeit, an eine desto bessere Lebensweise gewöhnt er sich. Es handelt sich da um die redlichsten aller Bedürfnisse und Angewöhnungen; beide basieren auf der gesteigerten Leistungsfähigkeit und der bessern Leistung des arbeitenden Menschen. Darum sind wir verpflichtet, auf die Verschiedenheit des Arbeitslohnes in der Weise billige Rücksicht zu nehmen, daß wir das Krankengeld nach der Lohnhöhe abstufen. Was bedeutet der tägliche Franken aus der Krankenkasse für eine Familie, deren bisheriger Ernährer bis zu seiner Erkrankung täglich fünf Franken verdient hat? Selbstverständlich entspricht der Abstufung des Krankengeldes auch eine Abstufung der Prämie. Es stößt allerdings denjenigen Versicherten, welcher zwei Franken verdient, wenn er zusehen muß, wie aus der gleichen Kasse, welche er mitspeisen hilft, der erkrankte Mitversicherte zehn Franken Krankengeld bezieht. Wir tragen diesem Gefühl Rechnung, indem wir keinen Lohn höher denn mit Fr. 7. 50 als anrechenbar erklären (Art. 50 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung).

Wir können jedoch, um einen vielfach herrschenden Irrtum zu berichtigen, nicht umhin, zu bemerken, daß die Versicherten mit hohen Löhnen deswegen ein günstiges Aliment für die Krankenkassen sind, weil zwei Arten der Kassenleistungen, nämlich ärztliche Hülfe und Arznei einer- und Bestattungsgeld andererseits, von der Lohnhöhe unabhängig und für alle Versicherten gleich groß sind, dennoch aber die ganze Prämie nach der Lohnhöhe abgestuft wird.

Der zweite Grund, weswegen wir das System des einheitlichen Krankengeldes ablehnen, besteht darin, daß wir in der Unfallversicherung als der Rechtsnachfolgerin des Haftpflichtsystems sowieso genötigt sind, das Krankengeld auch für die Kurquotenfälle und die Rente nach der Lohnhöhe zu bemessen, und es eine offenbare Ungerechtigkeit wäre, wenn wir für gewöhnliche Krankheiten ein fixes, für die zum größeren Teil ebenfalls durch die Krankenversicherung auszuhaltenden Unfallkrankheiten dagegen ein nach der Lohnhöhe abgestuftes Krankengeld einführen würden.

b. Das Krankengeld darf nicht die volle Lohnhöhe erreichen. Sonst würde sich die sowieso schon große Simulationsgefahr vermehren. Immerhin muß das Krankengeld aus den bereits angeführten Gründen die größere Hälfte des Lohnes betragen. Wir haben diese Quote auf zwei Drittel festgesetzt und geben uns der Hoffnung hin, daß man sich allseitig damit befreunden werde. Thatsächlich beträgt das Krankengeld mehr als $^2/_3$ des täglichen

Lohnes; denn es wird für alle Tage, die Sonntage inbegriffen, ausbezahlt. Auch bewirkt das Klassensystem (Art. 79 und 50 des Krankenversicherungsentwurfes) eine erhebliche Steigerung der Quote für die mit den niedersten Löhnen Eingeschätzten über die $^2/_3$ hinaus. In der Expertenkommission wurde die Anregung gemacht, die Quote nicht einheitlich auf $^2/_3$ festzusetzen, sondern eine Limite zu geben und das Krankengeld in jedem einzelnen Erkrankungsfalle nach Maßgabe des Bedürfnisses, innert der Limiten, zu bestimmen. Wir lehnen diese Anregung ab. Einmal würden wir uns dadurch noch mehr als es sonst schon der Fall ist und in geradezu unzulässiger Weise von dem Grundsatz der Äquivalenz von Prämie und Leistung entfernen. Zweitens wäre der Entscheid über das Bedürfnis, werde er nun dieser oder jener Instanz anheimgestellt, im einzelnen Falle äußerst schwierig und verantwortungsvoll. Drittens müßte alsdann auch die Rente in der Unfallversicherung nach dem Bedürfnis abgestuft werden. Nun bedeutet die Rente eine sich durch Jahre, ja Jahrzehnte hindurchziehende Leistung. Innert des langen Zeitraumes würde das Bedürfnis oft wechseln, und müßte bei jedem Wechsel die Rente erhöht oder reduziert werden. Das ginge natürlich nicht an.

e. Während im Erkrankungsfall unentgeltliche ärztliche Behandlung und Arznei selbstverständlich von Anfang an gewährt werden, setzt Art. 50 des Entwurfes betreffend die Krankenversicherung fest, daß das Krankengeld erst vom dritten Tage nach dem Tage der Erkrankung an zu laufen beginne.

Warum das Krankengeld nicht für solche Krankheiten oder, besser gesagt, nicht für solches Unwohlsein gewährt wird, welches schnell vorübergeht, braucht nicht näher begründet zu werden. Minima non curat prætor. Es wäre nun ein Unrecht, wenn derjenige, welcher, wenn auch nur um einen Tag, länger krank ist, die ersten zwei Tage ersetzt erhielte. Zudem läge alsdann die Versuchung, das Unwohlsein um einen Tag zu verlängern, doch sehr nahe. Daher die Bestimmung, daß auch bei längerer Krankheit für den Erkrankungs- und die zwei folgenden Tage kein Krankengeld ausgerichtet wird.

20. Soll der zeitliche Umfang der Leistungen der Krankenversicherung ein unbeschränkter sein?

Wir haben bereits ausgeführt, daß und warum wir zur Zeit von der Einführung der Invaliditätsversicherung, soweit nicht ein Stück davon in der Unfallversicherung steckt, Umgang nehmen müssen. Alsdann kann aber nicht mehr die Rede davon sein, daß unsere Krankenversicherung jeden Krankheitsfall, daure er solange

er wolle, also im ganzen zeitlichen Umfang, decke; denn lange Krankheit und Invalidität sind zwei ineinander übergehende Begriffe mit beinahe identischen Merkmalen. Die Krankenversicherung darf also den einzelnen Krankheitsfall nur bis auf eine bestimmte Dauer desselben decken.

Wie groß soll diese Dauer sein?

Wir setzen sie auf ein Jahr fest. Damit gehen wir im Vergleich mit den meisten bisherigen Krankenkassen sehr weit, besonders wenn berücksichtigt wird, daß wir von einer Abstufung der Höhe der Leistungen innert dieses Jahres in der Weise, daß z. B. für das zweite Halbjahr nur noch das halbe Krankengeld entrichtet würde, Umgang nehmen. Das Verhältnis der Belastung der Krankenversicherung gestaltet sich zwischen den verschiedenen Dauerlängen, welche in Frage kommen können, folgendermaßen, wenn wir die Belastung durch sämtliche Krankheiten, welche ein Jahr und weniger als ein Jahr dauern, mit 100 beziffern:

Drei Wochen	49
Sechs Wochen	66
Ein Vierteljahr	82
Ein halbes Jahr	93
Drei Vierteljahre	97
Ein Jahr	100

(Tabelle I*f* der auf Seite 204 der Botschaft unter Ziffer 7 erwähnten Denkschrift.)

Diese Verhältniszahlen beziehen sich auf gemischte Kassen, d. h. auf solche mit männlichen und weiblichen Mitgliedern. Die Krankheiten der weiblichen Personen dauern durchschnittlich länger als die der männlichen. Deshalb kommt die längere Dauer hauptsächlich den weiblichen Versicherten zu gute.

Wir machen darauf aufmerksam, daß sich die Beschränkung des zeitlichen Umfangs lediglich auf die zwei ersten Leistungsarten, ärztliche Behandlung und Arznei einer- und das Krankengeld anderseits, bezieht und nur für die Gemeinde-Krankenkassen gilt, während für die Betriebs-Krankenkassen das oben festgesetzte Jahr die Bedeutung einer Minimaldauer besitzt.

Die Frage, ob und in welchen Fällen die Leistungen der Krankenversicherung, ganz oder teilweise, dahinfallen oder verwirkt werden, besprechen wir nicht, sondern verweisen einfach auf die einschlägigen Bestimmungen des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung (Art. 46, 3. Absatz; 47, 4. Absatz; 52; 53, 4. Absatz; 57—62; 63, 3. Absatz; 64, 3. Absatz; 65 und Art. 138, 5. und 6. Absatz). Nur so viel sei hier bemerkt, daß

auf bloß leichte Fahrlässigkeit gar kein Nachteil gesetzt ist und bei grober Fahrlässigkeit lediglich das Krankengeld und auch dieses nur bis zur Hälfte gekürzt werden darf.

21. Bereits haben wir auf Seite 225 und 231 der freiwilligen Versicherung gedacht und am ersteren Orte den Grund oder, besser gesagt, einen der Gründe angegeben, warum wir zur Zeit darauf verzichten, dieselbe auf dem Gebiet der Unfallversicherung einzuführen. Was die öffentlichen Krankenkassen anbetrifft, so sind wir nunmehr, nachdem wir die Leistungen derselben festgestellt, in der Lage, den Faden der freiwilligen Versicherungsnahme bei derselben weiter zu spinnen.

Wir nennen die zwangsweise versicherten Personen obligatorische, die freiwillig versicherten Personen freiwillige Mitglieder der öffentlichen Krankenkassen.

An und für sich läge es nahe, daß es jedem, welcher ein freiwilliges Mitglied werden will und beim Eintritt gesund ist, überlassen werde, sich nach seinem Belieben gegen entsprechende Prämie auf eine oder mehrere derjenigen Leistungen zu versichern, welche in das Gebiet der Krankenversicherung gehören, z. B. könnte der eine lediglich auf unentgeltliche ärztliche Behandlung und Arznei, der andere lediglich auf Krankengeld, der dritte auf Krankengeld und Bestattungskosten sich versichern. Es liegt jedoch auf der Hand, daß solches den Kassenbetrieb sehr erschweren müßte und auch aus Rücksicht auf die obligatorischen Mitglieder, welche auf genau bestimmte Leistungen angewiesen sind und sich infolgedessen gegenüber den freiwilligen Mitgliedern zurückgesetzt fühlen müßten, nicht wohl angeht. Deshalb stellen wir lediglich zwei Kategorien von freiwilligen Mitgliedern auf: solche, welche genau auf die gleichen Leistungen Anspruch besitzen wie die obligatorischen Mitglieder, und solche, welche lediglich auf unentgeltliche ärztliche Behandlung und Arznei, auf mäßigen Ersatz der Kosten des geburtshülflichen Beistandes und auf das Bestattungsgeld, nicht aber auch auf Krankengeld versichert sind. Erstere nennen wir voll-, letztere halbversicherte freiwillige Mitglieder.

Die Gemeindekrankenkassen müssen jeden, der sich als voll- oder als halbversichertes freiwilliges Mitglied anmeldet, als solches aufnehmen, sofern er bei der Anmeldung die im Gesetz festgestellten und im speciellen Teil dieser Botschaft zu erörternden Eigenschaften besitzt. Den Betriebskrankenkassen steht es frei, die eine und andere Art der freiwilligen Mitgliedschaft oder nur eine derselben oder gar keine einzuführen.

Die ersten Entwürfe betreffend die Krankenversicherung kannten nur die freiwillige Vollversicherung mit den gleichen Ansprüchen

und der gleichen Prämie wie in der obligatorischen Versicherung. Wir haben uns jedoch anläßlich der Initiativbewegung für allgemeine unentgeltliche Krankenpflege davon überzeugt, daß die Entwürfe in zu engem Rahmen gehalten waren und irgend ein Weg gesucht werden müsse, welcher nicht nur den erwachsenen und erwerbenden Personen die Wohlthat der öffentlichen Krankenversicherung gewährt, sondern auch solchen Personen, welche nicht erwerben und denen also im Erkrankungsfalle kein Lohnausfall erwächst, die Versicherungsnahme auf diejenigen Kassenleistungen, an denen allein ein Interesse für sie besteht, gegen eine geringere Prämie, ermöglicht.

Erst wurde projektiert, diesen Gedanken in der Weise auszuführen, daß den obligatorischen und freiwilligen (vollversicherten) Mitgliedern gestattet werde, für ihre nicht erwerbenden Familienangehörigen gegen eine Zusatzprämie auf unentgeltliche ärztliche Behandlung und Arznei Versicherung zu nehmen. Allein diese Idee wurde fallen gelassen, weil man sich sagen mußte, daß es nicht recht wäre, wenn die Möglichkeit, Nichterwerbende auf jene Leistungen zu versichern, von der Bedingung abhängig gemacht würde, daß die zu versichernde nichterwerbende Person zufällig einer solchen Familie angehöre, deren Haupt obligatorisches oder freiwilliges Mitglied einer öffentlichen Krankenkasse ist.

Dieses Bedenken hat zur nunmehrigen Formel der Halbversicherung geführt.

Freilich bot dann die Einfügung dieser neuen Einrichtung in den Organismus der öffentlichen Krankenversicherung wiederum der Schwierigkeiten genug.

Sie hatte auch ihre Konsequenzen mit Bezug auf die Unfallversicherung. Wir haben bereits (Seite 225) mitgeteilt, daß die projektiert gewesene Identität der an beiden Orten versicherten Personen von der Expertenkommission abgelehnt wurde und aus welchem Grunde diese Ablehnung erfolgt war. Mit der Aufnahme der Halbversicherung auf dem Gebiet der Krankenversicherung fiel nun die Möglichkeit, diese Identität beizubehalten, überhaupt weg. Worin könnten die Leistungen der Unfallversicherung im Invaliditäts- und Todesfall mit Bezug auf versicherte kleine Kinder bestehen? und hat da die Hinterlassenenrente einen Sinn? wer sollen die Anspruchsberechtigten sein? Es ist nicht unmöglich, aber doch sehr schwierig, diese Fragen zu beantworten. Diese Schwierigkeit bestärkte uns in dem Entschlusse, die Forderung der Identität aufzugeben und für einmal die öffentliche Unfallversicherung überhaupt nur für die Versicherungspflichtigen einzurichten.

Trotz dem eben signalisierten Übelstand, welchen die Einführung der Halbversicherung im Gefolge hatte, halten wir dafür, daß sie einen entschiedenen Fortschritt in der successive erfolgten Ausgestaltung des Projektes einer schweizerischen Krankenversicherung, wie es nunmehr in der Form eines ins einzelnste ausgearbeiteten Gesetzesentwurfes vor uns liegt, bedeute. Wir haben uns dem Gedanken einer allgemeinen Krankenversicherung so weit genähert, als es möglich war, wenn man den Versicherungsgedanken überhaupt noch festhalten und nicht mit klingendem Spiel auf den Boden der Versorgung hinübertreten wollte.

Gegen eine verhältnismäßig geringe Prämie, an welche der Bund jährlich Fr. 3. 65 beiträgt, kann nun von jedem im Lande wohnenden Schweizerbürger der Anspruch auf ausreichende ärztliche Behandlung und Arznei erkauft werden.

Wir geben uns mit Bezug auf die freiwillige Voll- und Halbversicherung in den öffentlichen Krankenkassen großen Hoffnungen hin und hegen die Zuversicht, daß dieselbe schnell eine bedeutende Ausdehnung gewinnen, im besten Sinn des Wortes populär werde. Dabei liegt es uns ferne, die freien Kassen entvölkern zu wollen, und haben wir es vielmehr auf die Hunderttausende derjenigen Personen abgesehen, welche zur Stunde gar keiner Kasse angehören.

Wir rechnen darauf, daß die Männer, welchen die Nation den Betrieb der neuen Einrichtungen anvertraut, ihr Hauptaugenmerk darauf richten werden, die in beiden Entwürfen niedergelegten Keime zu einer, möglichst große Volkskreise umfassenden, Versicherung zur Entwicklung zu bringen. Sie werden dabei von der fortschreitenden Erkenntnis des Schweizervolkes, daß ihm die Versicherung Segen bringe, unterstützt werden.

22. Begeben wir uns noch, bevor wir die Leistungen der Unfallversicherungsanstalt festsetzen, nach der Grenze zwischen der Kranken- und der Unfallversicherung. Wir treffen hier diejenigen Unfälle, welche eine Krankheit zur Folge haben, oder, mit andern Worten, die Unfallskrankheiten. An und für sich gehören dieselben gleichzeitig in das Gebiet beider Versicherungsarten. Selbstverständlich soll aber nicht eine doppelte Leistung auf die Unfallskrankheiten entfallen. Wir müssen uns also darüber schlüssig machen, wohin wir sie zuteilen wollen. Man kann sie ganz aus dem Bereich der Krankenversicherung ausscheiden und der Unfallversicherung zuweisen. Man kann auch umgekehrt verfahren, die Unfallsfolge, soweit sie in einer Krankheit besteht und solange diese Krankheit dauert, mittelst der Krankenversicherung decken, und lediglich, soweit sie in Invalidität und Tod besteht, und sobald die Invalidität oder der

Tod eintritt, durch die Unfallversicherung aushalten lassen. Bei der Entscheidung darf der Gesichtspunkt der größeren oder geringeren ökonomischen Be- und Entlastung der einen Versicherungsart gegenüber der andern gar nicht oder jedenfalls nicht in erster Linie maßgebend sein, sondern es muß lediglich oder doch in erster Linie die Rücksicht auf die Verschiedenheit der Organisation und des Betriebes der einen und der zweiten Versicherungsart den Ausschlag geben. Und je nach dem Entscheid können alsdann die Lasten so oder anders auf die verschiedenen beitragspflichtigen Faktoren verlegt werden. Die Rücksicht auf die Art der Organisation spricht nun ganz entschieden dafür, daß wir die Unfallskrankheiten den Krankenkassen zuweisen. Die Unfallversicherungsanstalt arbeitet verhältnismäßig schwerfällig; sie ist centralisiert, alles gravitiert nach dem Einen Centrum, jeder Unfall, der schwerste wie der leichteste, bildet gleichmäßig eine Geschäftsnummer, muß durch die Bücher der Anstalt gehen und bedarf im Interesse des sparsamen Anstaltshaushaltes beständiger Kontrolle. Lohnt sich nun ein solcher Aufwand für die in ihrer großen Mehrzahl unbedeutenden und in kurzer Zeit abheilenden Unfallskrankheiten? Gewiß nicht. Der ganze Apparat der Unfallversicherungsanstalt paßt für die schweren Fälle des dauernden Nachteils und der tödlichen Folge. Erst sofern und wenn sich die Unfallskrankheit als eine in Ansehung der Folgen schwere herausstellt, rechtfertigt sich die Überweisung desselben *an* und die Übernahme desselben *durch* die Unfallversicherung, welche, weil sie für Invalidität und Tod aufkommen muß, nunmehr ein ganz anderes, ein ungleich größeres Interesse an der möglichst guten und zweckmäßigen Behandlung des Kranken besitzt als die Krankenkasse, welche jenen bedeutenden Risiko nicht zu tragen hat und deren Verbindlichkeit mit dem Ablauf eines Jahres sowieso ein Ende nimmt.

Wenn man nun nach einem allgemeinen, die größte Wahrscheinlichkeit für sich besitzenden Kriterium zur Beantwortung der Frage, ob eine Krankheit in Ansehung der mutmaßlichen Folgen eine schwere oder eine leichte sei, sucht, so ist die konstatierte bisherige Krankheitsdauer das verhältnismäßig Zuverlässigste. Es empfiehlt sich deshalb, auf dieselbe abzustellen und die Unfallskrankheit, welche und soweit sie eine gewisse Dauer nicht überschreitet, der Krankenversicherung zu belassen, von da an jedoch der Unfallversicherung zu überweisen.

Die Krankheitsdauer, während deren die Unfallversicherung für die Unfallkrankheit nicht aufzukommen hat und der Unfallkranke der Leistungen der Unfallversicherung entbehrt, heißt, mit Bezug auf letztere, die *Karenzzeit*.

Wie lange soll diese dauern? Wir schwanken zwischen 4, 6 und 8 Wochen. Die deutsche von 13 Wochen = 1/4 Jahr ist zu lang. Nach dem Zeugnis der Ärzte gilt eine Krankheit von 6 Wochen bereits als eine schwere. Darum entscheiden wir uns für diese Ziffer, im Gegensatz zur Denkschrift von 1889, welche 4 Wochen vorschlug. Der Unterschied in der Belastung ist unbedeutend, ob wir nun die Karenzzeit auf 4 oder 6 oder 8 Wochen ansetzen. Nach der schweizerischen dreijährigen Unfallzählung ergiebt sich mit Bezug auf die unselbständig erwerbenden Personen, die ja hier allein in Frage kommen, weil die Unfallversicherungsanstalt nach unserm Vorschlage vorderhand nur solche versichert, folgendes Belastungsverhältnis:

Von der gesamten Nettobelastung der Unfallversicherung für sämtliche Unfälle erfordern die Renten 84, die Kurzeit 16 %. Von diesen 16 entfallen auf

die ersten 4 Wochen 12,
die weitern 2 Wochen 1, die ersten 6 Wochen also 13,
die weitern 2 Wochen 1, die ersten 8 Wochen also 14,
die länger dauernden Krankheiten 2, alle zusammen also 16 %.

(Siehe Seite 650 des stenographischen Bulletins der Verhandlungen der Expertenkommission.)

Müßte nicht auf das Interesse der Unfallversicherungsanstalt, über den schweren Fall sobald als möglich disponieren zu können, Rücksicht genommen werden, so würden wir gar keinen Anstand nehmen, die Karenzzeit der allgemeinen Unterstützungsdauer der Krankenversicherung gleichzustellen und auf ein Jahr anzusetzen.

Die die Karenzzeit umschreibende Formel lautet nunmehr:

Art. 19 des Unfallversicherungsgesetzes:

„Jede nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung (Art. 1 und Art. 6 und 7 daselbst) versicherungspflichtige Person wird bei der Anstalt gegen die wirtschaftlichen Folgen von körperlichen Unfällen versichert, sofern und soweit diese den Tod oder einen dauernden körperlichen Nachteil oder eine mehr als sechs Wochen dauernde Krankheit verursachen. Im letzteren Fall bezieht sich die Versicherung nur auf die sechs Wochen übersteigende Dauer der Krankheit."

Wir müssen beifügen, daß es, infolge der Überweisung der ersten 6 Wochen der Unfallkrankheit an die Krankenversicherung und zur Vermeidung von zweierlei Recht, nötig wird, auch für Unfallkranke das Krankengeld erst vom dritten Tag mit dem Tag der Erkrankung an laufen zu lassen.

23. Die Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung an die Versicherten und deren Hinterlassene sind in der schon mehrfach erwähnten Denkschrift vom Jahre 1889 ausführlich erörtert worden, und die Gesetzesvorlage betreffend die Unfallversicherung schließt sich im großen und ganzen dem Ergebnis jener Erörterungen an.

Die Versicherungsanstalt gewährt hiernach

I. während der ganzen Dauer der Unfallskrankheit, vom Beginn der siebenten Woche an, unentgeltlich ärztliche Behandlung und Arznei, sowie ein nach der Lohnhöhe abgestuftes tägliches Krankengeld, welches $^2/_3$ des Taglohnes beträgt;

II. bei eintretender gänzlicher oder teilweiser Invalidität infolge des Unfalles eine Entschädigung, welche wiederum $^2/_3$ des künftigen Lohnausfalls beträgt;

III. bei tödlicher Folge des Unfalls eine Entschädigung an die Hinterlassenen, für den entgehenden Unterhalt, sowie ein angemessenes Bestattungsgeld.

Bei Berechnung des Krankengeldes sowohl als bei Feststellung der Entschädigung für Invalidität und Tod kommt auch hier der bisherige Taglohn nur bis auf die Höhe von Fr. 7. 50 in Betracht.

Die Entschädigungen an den Invaliden und an die Hinterlassenen bestehen regelmäßig in einer Rente. Die Hinterlassenenrente darf 50 % des Lohnausfalls nicht übersteigen.

Die Unfallversicherungsanstalt kommt auch für die Nichtbetriebsunfälle auf. Dieses Postulat der Denkschrift von 1889 war damals sehr bestritten, findet jedoch immer mehr Zustimmung. Hinsichtlich seiner ökonomischen Tragweite vergleiche die Spalten 5 und 6 der auf den Seiten 459 und 460 dieser Botschaft enthaltenen Tabellen.

Die Frage des Selbstverschuldens des Verletzten spielt bei weitem nicht mehr die bedeutende Rolle wie im Haftpflichtsystem und wird, wie die Hinfälligkeits- und Verwirkungsfrage überhaupt, im großen und ganzen gleich behandelt wie in der Krankenversicherung. Siehe die Art. 29, 30 und 48—53 des Gesetzesentwurfes betreffend die Unfallversicherung.

Die bloß leichte Fahrlässigkeit des Verletzten berechtigt die Versicherungsanstalt weder zur Ablehnung noch zur Verminderung ihrer Leistungen, die grobe Fahrlässigkeit lediglich zu einer Verminderung der Geldleistungen um höchstens die Hälfte. Nur dann dürfen sämtliche Leistungen als verwirkt erklärt werden, wenn sich der Versicherte die Verletzung oder den Tod vorsätzlich oder durch ein strafbares Verbrechen oder Vergehen oder auf arglistige Weise

zugezogen hat. Siehe die Artikel 50 und 51 des Unfallversicherungsgesetzes. In dieser Beziehung weichen unsere Vorschläge von den diesfälligen Ausführungen der Denkschrift (siehe dort § 67 A) einigermaßen ab.

Berücksichtigen wir alles Gesagte und legen wir auch die sogenannte Maximalklausel unserer Arbeiter-Fabrikhaftpflichtgesetzgebung in die Wagschale, so können wir mit Fug und Recht die Gesamtleistung der Unfallversicherung an den vom Unfall Betroffenen und an die Hinterlassenen des durch einen Unfall Getöteten als erheblich größer bezeichnen als diejenige des bisherigen Haftpflichtsystems.

V. Aufbringung der Mittel.

24. Wir gehen zu der wichtigen Frage der Aufbringung der Mittel und der Lastenverteilung über.

Wir halten uns hier nicht bei der Frage auf, ob Umlage- oder Deckungsverfahren. In der Krankenversicherung haben wir uns für das erstere, in der Unfallversicherung für das letztere entschieden, wie es die Forrersche Denkschrift von 1889 unter eingehender Begründung vorgeschlagen hatte.

Wir schreiten sofort weiter und untersuchen nun vorerst, ob und welche Leistungen die Volksgemeinschaft, und zwar, da die Gemeinden und Kantone in der Hauptsache aus dem Spiel gelassen werden müssen, die weitere Volksgemeinschaft, der Bund, zu übernehmen habe.

Die früheren Entwürfe hatten vorgesehen, daß der Bund die Einrichtungsunkosten der Unfallversicherungsanstalt trage, die Kosten des eidgenössischen Versicherungsamts, der Kreisbehörden und der Versicherungsrechtspflege bestreite und den öffentlichen Krankenkassen für deren Beihülfe bei dem Unfallversicherungsgeschäft jährlich angemessene Beiträge an die Verwaltungskosten leiste. Der Gedankengang, welcher zu diesen Vorschlägen führte, ist ziemlich einfacher Natur. Der Bund soll die Kosten der Bundesbehörden, also auch des eidgenössischen Versicherungsamtes, der Kreisbehörden und der Versicherungsgerichte übernehmen. Die ersteren zwei Organe sind gleichzeitig die Hauptorgane der Unfallversicherungsanstalt. Müßte letztere ihre Verwaltungskosten selbst tragen, so wäre eine Ausscheidung der auf die Krankenversicherung einerseits und der auf die Unfallversicherung anderseits entfallenden Kosten des Versicherungsamts und der Kreisbehörden notwendig und würden die Kosten von Bundesbehörden teilweise aus den Prämien der Un-

fallversicherung bestritten. Eine Arbeiterschutzgesetzgebung, welche solches vorschreibt, würde aber in einem höchst eigentümlichen Licht erscheinen. Darum soll der Bund diese Kosten gänzlich übernehmen. Das nämliche gilt, aus den nämlichen Gründen, hinsichtlich der Einrichtungskosten der Unfallversicherungsanstalt, welche ja im einzelnen nur schwer von den Verwaltungskosten auszuscheiden wären. Endlich ließe es sich nicht rechtfertigen, die Krankenkassen diejenigen Verwaltungskosten an sich selbst tragen zu lassen, welche ihnen dadurch entstehen, daß sie durch die Unfallversicherungsanstalt als Hülfsorgane für den Einzug der Prämien und die Behandlung der Unfallkranken über die Karenzzeit hinaus in Anspruch genommen werden. Würde den Krankenkassen solches zugemutet, so müßten in letzter Linie die Unfallkranken notwendig darunter leiden und würde der Einzug der Unfallprämien nur lässig betrieben. Deshalb wurden Beiträge an die Verwaltungskosten der Krankenkassen in Aussicht genommen. Diese Beiträge rangieren sich richtigerweise unter die Rubrik: Verwaltungskosten der Unfallversicherungsanstalt, und sollen mithin ebenfalls durch den Bund getragen werden.

Weitere Bundesleistungen waren nicht in Aussicht genommen; die unentgeltliche Beanspruchung der Postverwaltung (Art. 54 des Krankenversicherungsgesetzes) lassen wir außer Betracht. Die jährliche Auslage des Bundes hätte nach diesen ersten Entwürfen ungefähr eine Million Franken betragen.

Die Beschränkung der Bundesleistung auf diesen Betrag hatte ihren Grund nicht etwa in einer grundsätzlichen Abneigung dagegen, daß sich der Bund an den eigentlichen Versicherungsausgaben, im Gegensatz zu den Verwaltungskosten, beteilige, sondern in der Rücksicht auf die Finanzlage des Bundes, welche eine solche Mehrleistung nicht gestattet, wenn nicht eine neue Einnahmsquelle geschaffen wird, und in der Befürchtung, daß das ganze Werk an der Schwierigkeit der Einführung einer neuen indirekten oder gar einer direkten Steuer für die Zwecke der Kranken- und Unfallversicherung scheitern möchte. Zudem wurde darauf hingewiesen, daß der Bund wohl daran thue, die ihm allfällig zur Verfügung stehenden Mittel zusammenzuhalten für die Invaliditätsversicherung, welche ja doch in absehbarer Zeit kommen müsse und welche einer erheblichen Bundesleistung schon deswegen nicht werde entraten können, weil die Zumutung an den Arbeitgeber, für die Invaliditätsversicherung wiederum sehr bedeutende Beiträge zu leisten, als ungerechtfertigt erscheinen würde (siehe das stenographische Bulletin Seite 12).

Es konnte jedoch niemandem entgehen, daß diese mit Bezug auf die Frage größerer Bundesleistungen ablehnende Haltung der

Entwürfe bei unserem schweizerischen Publikum ein Gefühl der Enttäuschung hervorrief und daß fast allgemein mit Bezug auf die Frage der Bundesbeteiligung andere Anschauungen herrschen, als wie sie in jenen Entwürfen zum Ausdruck gelangt waren.

Die Verhandlungen der Expertenkommission bildeten das Echo der abweichenden Anschauungen.

Diese gelangten dort zum Ausdruck, als es sich um die Frage handelte, ob auch die unselbständig erwerbenden Personen in der Landwirtschaft dem Versicherungszwang zu unterstellen seien. Mit größter Entschiedenheit erklärten die Vertreter der Landwirtschaft, daß diese nicht im stande sei, die auf sie entfallende Prämie ganz aus eigenen Mitteln zu bestreiten. Gleichzeitig lehnten sie aber auch, mit der nämlichen Bestimmtheit, den vorgeschlagenen Ausweg ab, die landwirtschaftlichen Betriebe von der Versicherungspflicht auszunehmen und sich für dieselben mit den Bestimmungen von Art. 341 des schweizerischen Obligationenrechts zu begnügen.

Nach langer Beratung wurde in der Sitzung der Expertenkommission vom 4. Oktober 1893 mit überwiegendem Mehr die Beibehaltung des „Obligatoriums" für die Landwirtschaft beschlossen, gleichzeitig aber der Antrag von Herrn Göttisheim, daß der Bund die Landwirtschaft mit Bezug auf die Prämienleistungen entlasten, d. h. ihr eine Subvention an dieselben leisten solle, und zwar sowohl an die Kranken- als auch an die Unfallversicherungsprämie, mit 17 gegen 13 Stimmen angenommen.

Als die Expertenkommission sodann die Beratung der Unfallversicherungsvorlage vornahm, gingen zwar die Meinungen sehr auseinander darüber, ob auch der Arbeiter an die Unfallversicherung beizutragen habe, war man jedoch darüber einig, daß von dem Bund die Übernahme einer Quote der eigentlichen Versicherungsauslagen erwartet werde, und zwar nicht nur zu gunsten der landwirtschaftlichen Betriebe, sondern allgemein.

Unser Industriedepartement glaubte, jenen Beschlüssen und der vorhin erwähnten einmütigen Auffassung der Expertenkommission nachleben zu sollen.

Es stellte sich jedoch im Verfolge als sehr schwierig heraus, die richtige Formel zu finden. Mehrfache Projekte wurden aufgestellt und wieder fallen gelassen.

So viel ergab sich in Bälde, daß eine specielle Bundessubvention an die Versicherungsleistungen der landwirtschaftlichen Betriebe unthunlich sei und die allergrößten Ungerechtigkeiten zur Folge haben müßte.

Dem Großbauer für die Versicherung seiner zwanzig Knechte und Mägde Bundessubvention verabfolgen, den Schuster und seinen Gesellen, welche bei jenem Großbauer auf der Stör arbeiten, die ganze Prämie selbst zahlen lassen? Unmöglich.

Und wenn der Bund nur dem kleinen Bauern unter die Arme greifen wollte, wie soll die Grenze zwischen der Klasse der kleinen und derjenigen der Großbauern gezogen werden? nach der Zahl der unselbständig erwerbenden Personen? soll diese Maximalzahl 2 oder 3 oder in Analogie zu der bezüglichen Bestimmung der Haftpflichtnovelle 5 sein? und wer mehr als 5 Arbeiter hält, soll der für die ersten 5 doch einen Bundesbeitrag erhalten?

Die Abgrenzung der landwirtschaftlichen von den verwandten Betrieben, sowie die Behandlung der gemischten Betriebe würden die größten Schwierigkeiten bereiten.

Ganz verfehlt wäre der Gedanke, daß durch das Gesetz oder den jährlichen Voranschlag des Bundeshaushaltes eine Pauschalsumme auszusetzen und alsdann durch irgend welche Behörden nach Billigkeit oder nach Maßgabe bestimmter, zu kombinierender, Faktoren unter die landwirtschaftlichen Betriebe zu verteilen sei. Der Klagen über ungleiche Behandlung wäre schon nach der erstmaligen Applikation Legion.

Aus diesen Gründen wurde von einer besonderen Bundesleistung an die Versicherungskosten der Landwirtschaft Umgang genommen und die ganze Angelegenheit auf einen breiteren Boden gestellt: Die Bundesleistung soll allen Prämienpflichtigen zu gute kommen, mit einer einzigen Ausnahme, von der wir sprechen werden, nämlich mit Ausnahme der nichtschweizerischen freiwilligen Versicherten.

25. Welcher Art soll nun diese umfassende Bundesleistung sein? Wir stehen vor einer Angelegenheit von großer Bedeutung. Darum muß die Leistung im Gesetze selbst so genau als möglich begrifflich festgestellt werden. Wo es sich um verhältnismäßig geringfügige Bundesleistungen oder um Bundesbeiträge an solche Schöpfungen handelt, bei welchen der Bund, die Initiative und die Durchführung den Kantonen oder Privaten überlassend, nur eine untergeordnete Rolle spielt: überall da mag es sich empfehlen, die elastische Form der Festsetzung von Fall zu Fall, nach dem Ermessen der Behörde, anläßlich der Beratung des Bundesbudgets, zu wählen. Ganz anders im vorliegenden Falle. Hier handelt es sich um eine Bundesschöpfung ersten Ranges, hier muß nach der Natur der Sache das Gebilde fix und fertig sein, bevor es in die Außenwelt tritt, hier geht es nicht an, anfänglich nur zu tasten und zu probieren. Hier

handelt es sich ferner um solche Vorschriften, welche das ökonomische Interesse von Hunderttausenden unserer Bevölkerung empfindlich berühren und alljährlich hunderttausendfach zur Anwendung gelangen. Wir besitzen die Pflicht, es im Gesetze dem Bürger möglichst genau zu sagen, in welchem Maße er in Mitleidenschaft gezogen wird, damit jeder weiß, woran er ist und wie er sich einzurichten hat. Dieser Pflicht genügen wir aber nur dann, wenn wir die Bundesleistung an die eigentlichen Versicherungsausgaben genau im Gesetze feststellen; denn von der Höhe dieser Bundesleistung hängt, der zu bestreitende Aufwand als gegeben angenommen, die Höhe der Prämie ab.

Für Bundesleistungen sekundärer Natur (Beiträge an die Verwaltungsauslagen der Krankenkassen für deren Mithülfe beim Unfallversicherungsgeschäft, Beiträge an das Samariterwesen u. s. w.) mag der entgegengesetzte Weg der Feststellung im Bundesbudget angezeigt sein.

In der Unfallversicherung gestaltet sich die Formel ziemlich einfach, da es sich um die Bundesleistung an eine Anstalt, in welcher lediglich Versicherungspflichtige untergebracht sind, handelt. Hier soll diese Leistung in einer Quote der Gesamtauslage der Anstalt an die Versicherten bestehen. Dabei tritt allerdings, ganz abgesehen von der Entlastung der hohen Gefahrenklassen und den mit hohen Löhnen arbeitenden Betrieben, ein bedauerlicher Übelstand zu Tage. Diejenigen Auslagen der Anstalt an den einzelnen Versicherten, welche in Krankengeld und in Rente bestehen, werden nach der Lohnhöhe abgestuft. Infolgedessen kommt die Bundesleistung, auf die Bezugsberechtigten verteilt gedacht, gerade denjenigen in geringerem Maße zu gute, welchen wir lieber mehr als den andern zuwenden möchten. Allein es ist uns sehr daran gelegen, die Berechnungsweise überall möglichst einfach und verständlich einzurichten. Deshalb nehmen wir jene Nachteile hier in den Kauf, zumal sie teilweise durch einen Vorteil ausgeglichen werden. Dieser Vorteil besteht in der Förderung der gesetzgebungspolitischen Tendenz der Erreichung einer richtigen, nicht zu niederen, Lohnangabe und Einschätzung.

Wir bemessen die Quote auf einen Vierteil und nennen diesen Bundesbeitrag den Bundesviertel. Indem wir so hoch gehen, verleihen wir der Bundesleistung den Charakter einer wirksamen Beihülfe. Und indem wir nicht höher gehen, bewahren wir der Einrichtung den Charakter der Gegenseitigkeitsanstalt.

Es bleibt in das Ermessen der eidgenössischen Räte gestellt, eine geringere Quote ($^1/_5$, $^1/_6$) festzusetzen. Wir raten jedoch vor einer derartigen Reduktion ab. Ganz entschieden müßten wir uns

jedoch aus bereits angegebenen Gründen dagegen aussprechen, daß die Quote nicht gesetzlich, sondern jeweilen für ein Jahr bei der Beratung des Bundesbudgets festgestellt würde.

Die Formulierung der Bundesleistung an die Krankenversicherung ist ungleich schwieriger. Hier stehen wir nicht einer einzigen Anstalt gegenüber, die thatsächlich durch den gleichen Bund betrieben wird, welcher gleichzeitig auch den Beitrag leistet. Vielmehr werden hier die Bundesbeiträge einer sehr großen Anzahl von Versicherungsanstalten zufließen, welche sich selbst verwalten, in deren Betrieb sich der Staat möglichst wenig einmischt und deren natürliches Bestreben darauf gerichtet ist, vom Bund, als einem Dritten, einen möglichst hohen Beitrag erhältlich zu machen, um die eigenen Angehörigen möglichst zu entlasten.

Unsere Aufgabe besteht hier darin, eine Formel festzustellen, welche möglichst einfach und handlich ist, und welche die Bundesmittel, ohne daß eine weitläufige Kontrolle nötig wird, vor jeder Ausbeutung schützt. Auch hier soll der Beitrag ein wirksamer sein und doch nicht so hoch bemessen werden, daß der Gegenseitigkeitscharakter der Kassen verloren geht.

Der also umschriebenen Aufgabe werden wir dadurch gerecht, daß wir den Krankenkassen für jede versicherte Person auf jeden Versicherungstag einen Bundesbeitrag von einem Rappen zusichern. Diesen Bundesbeitrag nennen wir den Bundesrappen. Er bedeutet eine jährliche Bundesleistung von Fr. 3. 65 beziehungsweise Fr. 3. 66 auf den Kopf des Versicherten.

Erscheint dieser Beitrag den gesetzgebenden Räten als zu hoch bemessen, so kann eine Reduktion in der Weise stattfinden, daß er auf den Monat berechnet und alsdann auf zwanzig oder auch nur auf zehn Rappen festgesetzt wird. Wir raten jedoch dringend von einer derartigen Reduktion ab und machen beinebens darauf aufmerksam, daß der Monatsbeitrag bei dem beständigen Wechsel des Arbeitsein- und -austritts innerhalb eines Monats sehr oft in Bruchteile zerlegt werden, das umgekehrte System aber, wonach der Monatsbeitrag stets nur entweder ganz verabfolgt oder ganz vorenthalten wird, zu großen Ungleichheiten und Mißbräuchen führen müßte.

Weil uns sehr viel daran gelegen ist, die freiwillige Versicherungsnahme zu fördern, so sichern wir den Bundesrappen nicht nur den obligatorischen, sondern auch den freiwilligen Mitgliedern der öffentlichen Krankenkassen zu. Und zwar auch den Halbversicherten; denn der Bundesrappen soll derjenigen Kassenleistung gelten, welche allen Mitgliedern, welche erkranken, in gleichem Maße zukommt,

nämlich der unentgeltlichen ärztlichen Pflege und Arznei. Dabei machen wir lediglich Eine Ausnahme: auf den Bundesbeitrag haben die nichtschweizerischen freiwilligen Mitglieder keinen Anspruch. Wir wüßten nicht, wie wir das Gegenteil rechtfertigen könnten.

Und um durch Thatsachen zu beweisen, daß es uns keineswegs daran gelegen ist, die freien Kassen in eine nachteilige Stellung zu versetzen, so wenden wir den eben festgestellten Grundsatz auch auf die freien Kassen an. Wir verabfolgen die Bundesleistung den eingeschriebenen Kassen auf den Kopf jedes obligatorisch Versicherten, welcher seiner Versicherungspflicht dort Genüge leistet. Nicht nur das, vielmehr sichern wir sie sämtlichen, eingeschriebenen und nichteingeschriebenen, freien Hülfskassen, welche ihren Mitgliedern an ärztlicher Pflege und Arznei mindestens so viel leisten wie die öffentlichen Kassen, auf den Kopf jedes, auch des nicht versicherungspflichtigen, schweizerischen Mitgliedes zu.

Mit Bezug auf die Einzelheiten der Formeln für die Bundesbeiträge an die Kranken- und Unfallversicherung verweisen wir auf die Artikel 67, 68, 139, 154, 172, 177 und 183 des Krankenversicherungsgesetzes und auf den Abschnitt B des Unfallversicherungsgesetzes. Ferner verweisen wir, bezüglich der finanziellen Tragweite, auf Abschnitt C dieser Botschaft.

Wir stehen mit der in Aussicht genommenen neuen Bundesleistung, zu welcher noch die ebenfalls erhebliche künftige Mehrauslage für die sog. Militärversicherung hinzugerechnet werden muß, vor einer bedeutsamen Wendung im Bundesleben.

Zum erstenmal tritt die Eidgenossenschaft einer großen socialen Frage in der Weise näher, daß sie nicht nur, wie in der Fabrik- und Haftpflichtgesetzgebung, solche Vorschriften aufstellt, welche durch den Bürger auf seine Kosten befolgt werden müssen, sondern daß sie öffentliche Mittel in bedeutendem Betrage für solche sociale Zwecke auswirft, deren Erfüllung bei uns bisher als eine Privatsache behandelt worden ist.

Wir sind uns der Bedeutung des Schrittes wohl bewußt. Er ist insofern nicht ein Schritt ins Ungewisse, als die Art und der Umfang der Bundesleistung begrifflich genau bestimmt sind und weil die unmittelbare finanzielle Tragweite mit ausreichender Genauigkeit bestimmbar ist. Jeder weitere Schritt aber auf der betretenen Bahn bedarf der Zustimmung des besonnenen Schweizervolkes.

Wir enthalten uns einer weiteren Erörterung des Gegenstandes. Wir haben uns, wie bereits erwähnt, davon überzeugen müssen, daß die Versicherungsgesetze vom Volk abgelehnt werden, wenn

sie nicht einen bedeutenden Bundesbeitrag an die eigentlichen Versicherungsauslagen in Aussicht nehmen. Weil wir nun das Versicherungswerk als eine Bundesschöpfung ersten Ranges betrachten, so dürfen wir uns der Hoffnung hingeben, daß auch diejenigen, welchen sein nunmehriger, stark staatssocialer, Charakter mißfällt, demselben um seiner unter allen Umständen größeren Vorteile willen ebenfalls ihre Zustimmung erteilen werden.

26. Soweit die Bundesleistung nicht ausreicht, muß der Aufwand der schweizerischen Kranken- und Unfallversicherung durch die Versicherungsbeiträge der beteiligten Privatpersonen, beziehungsweise Privatbetriebe, selbst bestritten werden.

Die Kranken- und die Unfallversicherung kennt gemeiniglich nur zwei Arten von Versicherungsbeiträgen, einen einmaligen beim Eintritt, das Eintrittsgeld, und einen alsdann in bestimmten Zeitabschnitten wiederkehrenden. Die Versicherungstechnik nennt diese letztere und hauptsächliche Art: Prämie. Wir behalten die Bezeichnung Prämie, sofern es sich um die Unfallversicherungsprämie handelt, bei; für die Krankenversicherungsprämie dagegen wählen wir in den Gesetzesvorlagen den bei unsern Krankenkassen üblichen Ausdruck Auflage.

Das Eintrittsgeld spielt in den projektierten Versicherungseinrichtungen nur eine unbedeutende Rolle. Ein solches mit Bezug auf die Zwangsversicherten zu erheben, wäre zwar nicht unsinnig, müßte aber doch einen eigentümlichen Eindruck hervorrufen. Gar mancher würde sich fragen: „man zwingt mich zum Eintritt in den Versicherungsverband und trotz dieses Zwangs soll ich oder mein Arbeitgeber noch eine Einkaufsgebühr entrichten?“ Gewichtiger als dieses Bedenken ist ein zweites. Das Eintrittsgeld müßte natürlich aus der gleichen Quelle fließen wie die nachherige Prämie. Diese hat, wie wir sehen werden, sowohl in der Kranken- als auch in der Unfallversicherung, der Arbeitgeber einzuzahlen und besitzt alsdann das Recht, den Arbeiter mit einem Teil der Krankenversicherungsprämie zu belasten. Das Eintrittsgeld müßte also, sowohl der Krankenkasse als auch der Unfallversicherungsanstalt, vom Arbeitgeber einbezahlt werden, und zwar je von dem erstmaligen Arbeitgeber des Arbeiters. Mit welchem Rechte kann nun aber solches dem erstmaligen Arbeitgeber zugemutet werden, obgleich kein Mensch weiß, ob nicht das Arbeitsverhältnis schon vierzehn Tage nach dem Eintritt aufhört und der Arbeiter zu einem andern Arbeitgeber übergeht, bei dem er vielleicht jahrelang bleibt, ohne daß dieser zweite Arbeitgeber auch nur einen Rappen Eintrittsgeld für ihn bezahlen muß?

Aus diesen Gründen untersagen wir den öffentlichen Krankenkassen und der Unfallversicherungsanstalt die Erhebung eines Eintrittsgeldes mit Bezug auf die Zwangsversicherten.

Dagegen gestatten wir es den öffentlichen Krankenkassen mit Bezug auf die sich als freiwillige Mitglieder Anmeldenden. Doch darf auch hier das Eintrittsgeld nur ein mäßiges sein und wird überdies mit Bedingungen umgeben, welche den Wert dieser Einnahmsquelle noch mehr reduzieren.

Deshalb halten wir uns hier nicht bei dieser ersten Art der Versicherungsbeiträge auf und verweisen die Einzeldiskussion der Merkmale des Eintrittsgeldes in den speciellen Teil der Botschaft.

Sprechen wir nunmehr von der Prämie (Auflage).

Im Versicherungswesen gilt es als einer der obersten Grundsätze, daß der Beitrag des Versicherten A, im Gegensatz zu dem Beitrag des Versicherten B, dem Risiko entspreche, welches jener A in die Versicherungsgemeinschaft, im Gegensatz zu dem von B in dieselbe hineingetragenen, mitbringt. Die genaue Anwendung dieses Grundsatzes (der sogenannten Äquivalenztheorie) besteht in der Festsetzung einer besonderen individuellen Prämie für jeden einzelnen Versicherungsgegenstand, in der Personenversicherung also für jede versicherte Person.

Dem bezeichneten Grundsatz kann nun jedoch schon das private Versicherungsgeschäft nicht ohne bedeutende Einschränkungen nachleben, noch viel weniger aber eine öffentliche Versicherungsanstalt. Einmal müssen wir bei letzterer auf möglichste Einfachheit und Verständlichkeit Rücksicht nehmen, weil diejenigen Personen, welchen wir das Geschäft in der Peripherie übertragen, nur zum geringsten Teil Fachleute sind. Sodann ergiebt sich aus dem öffentlichrechtlichen Charakter die Notwendigkeit einer gewissen Annäherung an die Grundsätze des Steuerrechts, wo die auf die einzelnen Leistungspflichtigen zu verlegenden Lasten teilweise nach der Leistungsfähigkeit bemessen werden, während mit Bezug auf die Ansprüche des einzelnen Bürgers gegenüber dem Staat der Grundsatz der unbedingten Gleichberechtigung gilt. Zu solcher Rücksichtnahme berechtigt uns der vorgesehene bedeutende Bundesbeitrag, zumal derselbe nicht etwa mittelst einer direkten Steuer, welche den Leistungsfähigeren mehr trifft als den Unbemittelten, sondern mittelst einer oder mehrerer, bisheriger oder neuer, indirekter Steuern aufgebracht werden wird.

In der Krankenversicherung insbesondere müssen wir auf möglichste Einfachheit Bedacht nehmen und schreiben deshalb den öffentlichen Krankenkassen im Gesetze (Art. 69, 71, 139, erster

Absatz, des Gesetzesentwurfs betreffend die Krankenversicherung) vor, daß mit Bezug auf die Vollversicherten lediglich eine Abstufung nach der Lohnhöhe zulässig, jede andere Abstufung aber (z. B. nach Geschlecht, Alter, Dauer der Mitgliedschaft, Krankheitsgefahr des Betriebes) unzulässig sein soll. Einzig für Betriebe mit besonderer Krankheitsgefahr sehen wir eine Erhöhung der Auflage bis auf das Dreifache vor.

Anders hinsichtlich der Halbversicherten. Hier haben wir ein Versuchsfeld vor uns und bestimmen deshalb, daß ausnahmsweise und mit Genehmigung des eidgenössischen Versicherungsamtes eine Abstufung nach Geschlecht, Alter und anderen sachlichen Gesichtspunkten zulässig sei (Art. 70 und Art. 139 des Gesetzesentwurfs betreffend die Krankenversicherung). Eine Abstufung nach der Lohnhöhe hätte hier keinen Sinn.

In der Unfallversicherung haben wir uns nur mit Zwangsversicherten zu beschäftigen. Wir statuieren hier natürlich ebenfalls die Abstufung der Prämie nach der Lohnhöhe und erklären diesfalls die Lohnfestsetzung und die Lohnklassen der Krankenversicherung als maßgebend. Wir schreiben nun aber in der Unfallversicherung auch noch eine anderartige Abstufung der Prämie, nämlich nach der Unfallsgefahr, vor und teilen zu diesem Behufe die Versicherten in Gefahrenklassen ein.

Letztere Abstufung hat eine bedeutende Komplikation des Unfallversicherungsgeschäftes, welche sehr unvorteilhaft gegen die Einfachheit des Betriebes der Krankenversicherung absticht, zur Folge und bedingt auch eine ganz ungleichartige Aufbringung der Mittel für die Bestreitung der der Krankenversicherung überwiesenen Kurquotenfälle einer- und der anderweitigen, in Invalidität und Tod bestehenden, Unfallsfolgen anderseits.

Trotz dieser Nachteile haben wir uns bei näherer Prüfung entschließen müssen, die Abstufung der Prämie nach der Unfallsgefahr vorzuschreiben. Doch soll lediglich eine Unterscheidung nach der Berufsthätigkeit der Versicherten stattfinden; denn die Unfallsgefahr wird ja in ganz besonderer Weise von der Art der Beschäftigung beeinflußt. Durch Einbeziehung der Nichtberufsunfälle in die Versicherung wird die Abstufung allerdings gemildert, bleibt aber immerhin noch bedeutend. Ein Blick auf die Spalten 5 und 6 der Tabelle Seiten 459 und 460 dieser Botschaft belehrt uns hierüber. Angesichts der zu Tage tretenden großen Unterschiede innerhalb der in unserem Lande vorkommenden Berufsarten sind wir geradezu gezwungen, die Prämien abzustufen. Wir würden uns sonst, und mit Recht, seitens der wenig gefährlichen

Erwerbsgruppen den bittersten Vorwürfen über die Aufbürdung einer drückenden Steuer zu gunsten der die Unfallversicherung schwer belastenden gefährlichen Erwerbsgruppen aussetzen.

Für uns war jedoch diese Betrachtung nicht allein ausschlaggebend. Schauen wir zu, wer diese Steuer zu zahlen hätte. Vorab zu einem beträchtlichen Teile das Kleingewerbe, besonders auch dasjenige, dessen Betriebskapitalien nur geringe sind und nicht erlauben, die Anlagen zu centralisieren und mit Motoren und Maschinen aller Art auszustatten. Ferner würden wir über Gebühr die Erwerbszweige, in welchen die Frauen stark vertreten sind, belasten. Die Unfallsgefahr ist nämlich bei den Männern viel größer als bei den Frauen. Auf 100 unselbständig erwerbende Frauen traf es im Laufe der allgemeinen dreijährigen Erhebung einen Unfall, auf 100 unselbständig erwerbende Männer dagegen zwölf Unfälle. Sind in einer Erwerbsgruppe vorwiegend Frauen vorhanden, so findet diese Thatsache stets in einer geringen Unfallsgefahr der betreffenden Gruppe eine Parallele. 90 % aller unselbständig erwerbenden Frauen sind nach den Ergebnissen der allgemeinen Unfallszählung in solchen Erwerbsgruppen thätig, welche eine geringere als die mittlere Unfallsgefahr aufweisen (Erwerbsgruppen 21 bis 37, Seite 460 dieser Botschaft). Es will uns scheinen, die Socialreform würde am unrechten Orte angefaßt, wenn man die Unfallsprämie in übermäßiger Weise auf das Kleingewerbe und die Frauenarbeit verlegen wollte.

Man darf drittens nicht vergessen, welches wirksame Mittel die Gefahrenklassifikation zur Herbeiführung einer weitgehenden und erfolgreichen Unfallverhütung bietet.

Endlich erblicken wir in der Begünstigung gefährlicher Industrien auf Kosten der ungefährlichen durchaus keinen Vorteil und möchten nicht diese, auf Kosten jener, hintansetzen und ihnen die Existenz in unserem Lande erschweren oder sie gar über die Landesgrenzen hinausdrängen.

Gesetzt der Fall, man würde von jeder Gefahrenklassifikation absehen, so könnte solches doch nur so lange geschehen, als die Bestimmung von Art. 21, litt. *a*, des Unfallversicherungsgesetzes nicht ausgeführt würde. Dort ist die Erweiterung des Versicherungsgeschäfts auf die freiwillige Versicherung vorgesehen. Eine freiwillige Versicherung, mit gleicher Prämie für alle Unfallrisiken, würde die Anstalt bald zum Ruine führen. Die guten Risiken blieben ferne und würden anderwärts mit billigern Prämien unterzukommen suchen, die gefährlichen dagegen brächten unserer Anstalt nur Schaden.

Nach Würdigung der dargelegten Verhältnisse müßte man es als einen Mißgriff bezeichnen, wenn die Abstufung der Prämie nach der Unfallsgefahr unterlassen und man sich, wie in der Krankenversicherung, damit begnügen würde, lediglich auf die allergefährlichsten Betriebe eine Zusatzprämie zu legen.

27. Wie sollen wir die Prämienlast auf die Beteiligten verlegen?

Es versteht sich von selbst, daß die freiwilligen Versicherten die ganze Prämie selbst zu tragen haben. Ebenso schreiben wir vor, daß die gemäß Art. 6 und 7 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung versicherungspflichtigen Personen die auf sie entfallenden Prämien in der Kranken- und in der Unfallversicherung selbst schulden. Wir werden später zu untersuchen haben, ob wir nicht für diese letztere Schuld von zweifelhafter Einbringlichkeit einen Garanten verlangen sollen.

Wen nun aber sollen wir als Schuldner der Prämie aufstellen, welche auf die gemäß Art. 1 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung zwangsversicherte Person entfällt? Es bedarf nach all den bisherigen Erörterungen über die Geschichte und das Wesen der Zwangsversicherung keiner weiteren Begründung, daß wir diese Schuld in erster Linie und in der Hauptsache den Arbeitgebern, mit andern Worten den Inhabern der wirtschaftlichen Betriebe sowie den Dienstherrschaften, einer- und den Arbeitern selbst anderseits überbinden. Es kann sich nur fragen, welche Quote auf den einen und welche Quote auf den anderen Teil entfallen solle.

In der Unfallversicherung als der Nachfolgerin des Haftpflichtsystems werden wir die Last ganz oder zum größten Teil dem Arbeitgeber überbinden. Rechtfertigen es die Mehrleistungen der Unfallversicherung im Vergleich zu den Leistungen aus Haftpflicht, daß auch der Arbeiter die dieser Mehrleistung entsprechende Quote selbst trage? An und für sich muß diese Frage bejaht werden. Es ist insbesondere nicht einzusehen, aus welchem inneren Grunde derjenige Teil der Unfallprämie, welcher das Äquivalent für die Versicherung der Nichtbetriebsunfälle bildet, ausschließlich vom Arbeitgeber getragen werden solle. Wenn wir uns dennoch dafür entschieden haben, daß der Arbeitgeber die ganze Unfallsprämie allein tragen müsse, so geschah es aus Gründen der Zweckmäßigkeit. Es könnte sich sowieso nur um eine kleinere Quote handeln, die dem Arbeiter zu überbinden wäre, um $^1/_8$ oder, wie in Österreich, um $^1/_{10}$. Nun lohnt es sich in der That beinahe nicht der Mühe und erschiene es geradezu als kleinlich, wenn der Arbeitgeber die Befugnis erhalten und ausüben würde, dem Arbeiter monatlich $^1/_8$

oder $^1/_{10}$ der nach Einführung des Bundesviertels sowieso nicht mehr bedeutenden Prämie am Lohn abzuziehen. Die durchschnittliche Netto-Unfallversicherungsprämie, also die Unfallversicherungsprämie ohne Einrechnung von Verwaltungskosten, beträgt, wie wir später sehen werden, 2 %. Nehmen wir die mittlere, 5., Lohnklasse mit Fr. 3, so beträgt die monatliche Prämie, wenn der Monat 25 Arbeitstage zählt, 25 × 6 Rappen = Fr. 1. 50, betrüge also der Gesamtabzug 18 oder 15 Rappen, auf den vierzehntägigen Zahltag also 9 oder 7 Rappen! Das System hat sich denn auch in Österreich schlecht bewährt. Die meisten Arbeitgeber machen von ihrem gesetzlichen Recht, dem Arbeiter $^1/_{10}$ der Unfallprämien am Lohn abzuziehen, keinen Gebrauch. Siehe die socialistische Zeitschrift „Arbeiterschutz“ in Wien, Jahrgang 1891, Seite 91. Die natürliche Folge ist, daß diejenigen, welche ihr Recht ausüben, als hart und als Feinde des Arbeiterstandes verschrieen werden.

In der Expertenkommission waren es vornehmlich die Vertreter der Industrie, welche verlangten, daß der Arbeiter an die Unfallversicherung auch etwas beizutragen habe. Wir anerkennen, daß der Beweggrund der Antragsteller nicht etwa in dem Bestreben, den Arbeitgeber auf Kosten des Arbeiters zu entlasten, sondern hauptsächlich in der Rücksicht auf möglichste Unfallverhütung bestand. Dieser Beweggrund erscheint uns jedoch nicht als durchschlagend. Der Arbeiter, welcher sich der Gefahr aussetzt, kann in neunundneunzig von hundert Fällen nicht wissen, ob ein daraus resultierender Unfall die Krankenkasse, an welche er mitzuzahlen hat, oder die Unfallversicherungsanstalt belasten werde. Außerdem wird ihm ja der Schaden nicht ganz, sondern nur zu $^2/_3$ ersetzt, und muß er die in den körperlichen Schmerzen und dem psychischen Ungemach bestehenden Unfallsfolgen sowieso allein tragen. Er hat also, auch wenn er von der Unfallprämie befreit wird, noch immer ein großes, ja regelmäßig das größte Interesse an der Unfallverhütung.

So viel mit Bezug auf die Unfallversicherung. Wie nun in der Krankenversicherung? Da wäre es von vorneherein ungerecht, wenn der Arbeitgeber allein zahlen müßte. Er soll die Krankheitsgefahr seines Betriebes aushalten; er soll an die Kosten der Unfallskrankheiten, welche ihm unter der Herrschaft des Haftpflichtsystems allein zur Last fielen und nunmehr durch die Krankenversicherung getragen werden, seinen Teil beitragen; er besitzt ein großes Interesse an der Gesundheit seiner Arbeiter, da ihm die kranken nichts verdienen. Anderseits aber muß berücksichtigt werden, daß die Ursache der meisten Krankheiten entweder unbekannt ist oder nicht in der verrichteten Arbeit gesucht werden kann. Bisher hatte der Arbeiter den aus der Krankheit resultierenden Schaden regelmäßig an sich selbst zu tragen. Nun wird er gegen diese Schadenfolgen

versichert. Warum soll er nicht wenigstens einen Teil der Prämie selbst bezahlen? Und schließlich giebt es ein sittliches und ein socialpolitisches Moment, welche beide gleichmäßig zu dem bereits gefundenen Schlusse führen. Einmal wäre die Befreiung des Arbeiters von aller und jeder Prämienlast sowohl in der Unfall- als auch in der Krankenversicherung der Wertschätzung des Arbeiterstandes keineswegs förderlich. Sodann würde es sich alsdann durchaus nicht mehr rechtfertigen, den Betrieb der Krankenkassen den Versicherten selbst zu übertragen. Und doch legen die Arbeiterkreise mit Recht ein großes Gewicht darauf, daß die Verwaltung der Kassen gänzlich oder in der Hauptsache ihnen überlassen werde.

In Anbetracht aller dieser Umstände setzen wir fest, daß die Auflage zu gleichen Teilen von Arbeiter und Arbeitgeber zu tragen sei.

Wir gelangen noch auf einem andern Wege zu dieser Gleichteilung. Gehen wir von der Bestimmung von Art. 341 des Obligationenrechts aus, bauen wir, wie es in der Expertenkommission von gewichtiger Seite verlangt wurde, auf diesem Grunde auf und aus, indem wir jene Bestimmung als auf jedes Arbeitsverhältnis anwendbar erklären, und setzen wir die dort vorgesehene Dauer auf drei Wochen fest, so daß also der Arbeitgeber jede Krankheit des Arbeiters für die drei ersten Wochen auszuhalten hat. Und berechnen wir nun die hieraus entstehende Belastung im Verhältnis zum Gesamtschaden, welchen sämtliche Krankheiten des Arbeiters in ihrer ganzen Dauer bis auf ein Jahr verursachen. Laut der Berechnung in Tabelle I *f*, Seite 92, der unter Ziffer 7 der amtlichen Drucksachen genannten Denkschrift beträgt die Belastung der drei ersten Wochen 49 % des Gesamtschadens, also wiederum nahezu die Hälfte. (Siehe Seite 274 dieser Botschaft.) Wenn wir also den Grundsatz jenes Art. 341 ausdehnen und die daraus für den Arbeitgeber erwachsende Last in eine entsprechende Versicherungsprämie umsetzen, so gelangen wir wiederum zur Gleichteilung der Prämienlast. Man ersieht bei diesem Anlaß auch, daß diejenigen sehr im Unrecht sind, welche etwas Großes zu sagen vermeinen, wenn sie den Satz aufstellen, daß es lediglich Gründe des öffentlichen Rechtes seien, welche dazu führen können, den Arbeitgeber für die Krankenversicherungsprämie in Mitleidenschaft zu ziehen.

Man darf von uns verlangen, daß wir berechnen und angeben, welches das Verhältnis der Belastung des Arbeitgebers zu derjenigen des Arbeiters sei, wenn die Kranken- und die Unfallversicherung zusammengefaßt werden. Wir werden diesem Begehren im letzten Teil der Botschaft gerecht und teilen hier schon das Ergebnis der Berechnung mit: das Verhältnis beträgt ziemlich genau $^2/_3$: $^1/_3$.

28. Bis jetzt kennen wir lediglich den Bund, die Versicherten und die Arbeitgeber als passive Beteiligte der schweizerischen Kranken- und Unfallversicherung. Damit ist jedoch die Erörterung der Lastenverteilung noch keineswegs erschöpft.

Es soll nach Möglichkeit dafür gesorgt werden, daß die Prämien auch wirklich einbezahlt werden. Man muß auf zahlungsfähige Schuldner oder Garanten Bedacht nehmen. Eine Gegenseitigkeitsanstalt verdient diesen ihren Namen nicht, wenn ein erheblicher Teil der Prämien unbezahlt bleibt und trotzdem jeder Versicherte, seien die auf ihn entfallenden Prämien bezahlt oder nicht, Anspruch auf die Leistungen der Versicherungsanstalt besitzt.

Wie soll nun jenem Erfordernis Genüge geschehen?

Erstens durch den Ausschluß derjenigen freiwilligen Versicherten, welche die Prämien nicht bezahlen.

Zweitens, mit Bezug auf die gemäß Art. 6 und 7 des Krankenversicherungsgesetzes Versicherten, dadurch, daß wir einen Garanten aufstellen, welcher stets zahlungsfähig ist. Wir erklären die Versicherungsgemeinde, von welcher, oder für welche durch den Kanton, die Versicherungspflicht ausgesprochen wird, als haftbar für die Prämie (Art. 75 des Krankenversicherungsgesetzes und Art. 67 des Unfallversicherungsgesetzes). Die Haftbarkeit wird so formuliert, daß „die Versicherungsgemeinde die Prämien zu entrichten hat, wenn der Versicherte die Prämie nicht rechtzeitig einbezahlt". Dafür erhält die Versicherungsgemeinde von Gesetzes wegen ein Rückgriffsrecht auf den Schuldner. Wir messen diesem Recht eine ziemlich geringe materielle Bedeutung bei.

Da die Versicherungsgemeinde keine juristische Person, sondern nur ein geographischer Begriff ist, also die Krankenkasse und die Unfallversicherungsanstalt keine Mittel besitzen, die Zahlung eines von der Versicherungsgemeinde geschuldeten Betrages zu erzwingen, so erklären wir den Kanton als haftbar für die Geldverbindlichkeiten der Versicherungsgemeinde (Art. 13 des Krankenversicherungsgesetzes und Art. 67 des Unfallversicherungsgesetzes). Es handelt sich hier um bedeutende Beträge; doch wird es dem Kanton stets ein Leichtes sein, das, was er für die Versicherungsgemeinde hat bezahlen müssen, von denjenigen politischen Gemeinden, aus denen die Versicherungsgemeinde besteht, wieder erhältlich zu machen.

Drittens ordnen wir mit Bezug auf die Zwangsversicherten das Schuldverhältnis zwischen Krankenkasse einer- und Arbeitgeber und Arbeiter anderseits in der Weise, daß die ganze Prämie vom Arbeitgeber geschuldet wird und dieser dafür das Recht besitzt, dem Arbeiter die Hälfte davon am Lohn abzuziehen.

Viertens sorgen wir dafür, daß ein allfälliges Betriebsdeficit der öffentlichen Krankenkasse gedeckt wird.

In der Gemeinde- und auch in der Betriebskrankenkasse setzen wir ein Prämienmaximum fest zum Schutze der Prämienpflichtigen und um es diesen zu ermöglichen, in den Haushalts- und Betriebsvoranschlag zuverlässige Ziffern für die Auslagen an die Krankenversicherung einzustellen. Dieses Maximum wäre, für die Vollauflage, nach den Berechnungen des Versicherungskundigen auf ungefähr 4½ % anzusetzen. Wir beziffern es aber nur auf 4 %, und hoffen damit zu erreichen, daß die Versicherungsgemeinden und die Inhaber von Betrieben mit eigenen Betriebskrankenkassen, aus sofort zu bezeichnenden Gründen, ein lebendiges Interesse an den zu schaffenden Institutionen der Krankenversicherung nehmen und bethätigen. Mit Bezug auf die Halbauflage bestimmen wir, daß sie nicht mehr als die auf die unterste Klasse der Vollversicherten entfallende Auflage betragen darf (Art. 71 und 139 des Gesetzesentwurfs betreffend die Krankenversicherung). Diese Maximalbestimmung erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Betriebsausfalls und läßt es als um so notwendiger erscheinen, für die Deckung eines solchen Vorsorge zu treffen.

Zu diesem Behuf sehen wir Reserven und Reservenverbände vor und gestatten die Übertragung eines kleineren oder eines Teiles eines größeren Deficits auf das nächste Betriebsjahr. Wir beschränken uns aber nicht auf diese Aushülfsmittel, sondern setzen mit Bezug auf die Gemeindekrankenkassen fest, daß in letzter Linie die Versicherungsgemeinde für das Deficit aufzukommen habe. Auch hier erklären wir aus bereits bezeichneten Gründen den Kanton haftbar für die Verbindlichkeit der Versicherungsgemeinde (Art. 87 und 13 des Krankenversicherungsgesetzes). Diese Verpflichtungen der Versicherungsgemeinden und der Kantone können unter Umständen erhebliche Beträge erreichen. Um so mehr erscheint es als gerechtfertigt, der Versicherungsgemeinde in der innern Organisation der Gemeindekrankenkasse eine gewichtige Stellung einzuräumen. Um so mehr aber auch dürfen wir nun das Vertrauen in die Versicherungsgemeinden und Kantone setzen, daß sie der durch den Bund eingerichteten öffentlichen Krankenversicherung eine wohlwollende und fördernde Aufmerksamkeit widmen.

In der Betriebskrankenkasse tritt, mit Bezug auf die Deficitdeckung, der Betriebsunternehmer an die Stelle der Versicherungsgemeinde (Art. 139 des Gesetzesentwurfs betreffend die Krankenversicherung).

In der Unfallversicherungsanstalt können wir nicht zu einer solchen oder ähnlichen Art der Deficitdeckung Zuflucht nehmen.

Das dort geltende Deckungsverfahren und der Umfang des Versicherungskreises lassen das als unthunlich, ja als unmöglich erscheinen. Vielmehr werden einfach und lediglich die Prämien für die Folgezeit erhöht werden müssen, wenn sich das Jahresergebnis als ungünstig herausstellt. Deshalb muß hier auch von der Festsetzung eines Prämienmaximums Umgang genommen werden.

§ 29. Gestützt auf die Ausführungen dieses und der vorhergehenden Abschnitte geben wir folgende Übersicht über die bei der Aufbringung der Mittel in der schweizerischen Kranken- und Unfallversicherung Beteiligten.

I. Als Schuldner ohne Rückgriffsrecht sind beteiligt:

a. Der Bund als Schuldner
  aa. der Einrichtungs- und Verwaltungskosten der Unfallversicherungsanstalt;
  bb. der Beiträge an die Verwaltungskosten der Krankenkassen laut Art. 9 des Gesetzesentwurfes betreffend die Unfallversicherung;
  cc. des Bundesrappens in der Kranken-, und
  dd. des Bundesviertels in der Unfallversicherung;

b. die freiwillig versicherte Person als Schuldner des eventuellen Eintrittsgeldes und der ganzen Prämie in der Krankenversicherung;

c. die gemäß Art. 6 und 7 des Krankenversicherungsgesetzes zwangsweise versicherte Person als Schuldner der ganzen Prämie in der Kranken- und in der Unfallversicherung;

d. der Arbeitgeber als Schuldner der ganzen auf seinen Arbeiter entfallenden Prämie in der Unfallversicherung und der halben auf seinen Arbeiter entfallenden Prämie in der Krankenversicherung;

e. der Arbeiter als Schuldner der halben auf ihn entfallenden Prämie in der Krankenversicherung.

II. In anderer, sekundärer Weise sind beteiligt:

a. Der Arbeitgeber als Intervenient für die auf den Arbeiter entfallende halbe Prämie in der Krankenversicherung;

b. die Versicherungsgemeinde als haftbar
  aa. für die Prämie, welche von dem gemäß Art. 6 und 7 des Krankenversicherungsgesetzes Versicherungspflichtigen geschuldet wird;
  bb. für das Deficit der Gemeindekrankenkasse;

c. der Kanton als haftbar für die Verbindlichkeiten der Versicherungsgemeinde;

d. der Betriebsunternehmer als haftbar für das Deficit der Betriebskrankenkasse.

VI. Die Versicherungsbehörden.

30. Wir schreiten zur Erörterung der Frage, wie die Aufsicht über die öffentlichen Krankenkassen einzurichten sei.

Darüber, daß überhaupt eine Aufsicht nötig ist, verlieren wir kein Wort.

Soll nun aber dieselbe von Bundes wegen, also durch Bundesbeamtungen, ausgeübt oder den Kantonen überlassen werden?

An und für sich wären wir sehr geneigt, die Frage im letzteren Sinn zu beantworten. Wir empfinden nicht im geringsten das Bedürfnis nach Schaffung neuer Bundesbeamtungen. Auch würden wir es, im Interesse der Sache, gerne verhüten, daß die im Wurf liegende Arbeiterversicherung in den unser ganzes öffentliche Leben beherrschenden, der sachgemäßen Gestaltung neuer Schöpfungen nicht immer förderlichen Widerstreit der Meinungen über die richtige Grenze zwischen Bundes- und Kantonshoheit hineingezogen werde.

Trotzdem haben wir uns nach reiflicher Prüfung dafür entschieden, daß die in Frage stehende Aufsicht Bundessache sein soll.

Jedermann ist darüber einig, wenigstens haben wir noch keine einzige Stimme dagegen vernommen, daß die Unfallversicherungsanstalt einheitlich, von einer Stelle aus, geleitet und verwaltet werden soll, geradeso wie die Post, der Telegraph, das Telephon, die Zölle, und daß der Betrieb des Unfallversicherungsgeschäfts, oben und unten, in der Direktion und in den Agenturen, durch Bundesbeamte besorgt werde. Daraus ergiebt sich des weitern, daß für die Umschreibung der Agenturbezirke der Unfallversicherungsanstalt die Grenzen der Kantone nicht in der Weise maßgebend sein können, daß jeder Kanton einen Agenturkreis bildet. Man wird es da vielmehr halten müssen, wie mit Bezug auf die Post-, auf die Telegraphen- und Telephon-, sowie auf die Zollverwaltung; man wird das Bundesgebiet so einteilen, wie es der zweckmäßige Betrieb erheischt, dabei aber allerdings auf die kantonalen Grenzen thunlichst Rücksicht nehmen und das Gebiet eines einzelnen Kantons nicht ohne Not auseinanderreißen. So wenig jemand verlangt, daß der Kanton Schaffhausen eine eigene Post-

direktion besitze, oder daß der Kanton Appenzell I.-Rh. einen eigenen Telegraphenkreis ausmache, so wenig werden ähnliche Begehren mit Bezug auf die Umschreibung der Agenturbezirke der Unfallversicherung laut werden.

So gewiß aber diese Ausführungen zutreffend sind, so entsteht, wenn wir die Aufsicht über die Krankenkassen den Kantonen überlassen, in unserem kleinen Land mit Bezug auf zwei untereinander sehr nahe verwandte öffentliche Einrichtungen ein Dualismus sonderbarster Art: für die Unfallversicherung Verwaltungsbezirke, deren Gebietsumschreibung mit derjenigen der Kantone mehrfach nicht identisch ist, und Bundesbeamtungen in diesen Verwaltungsbezirken; für die Krankenversicherung die Kantone als Träger des Aufsichtsrechts und kantonale Aufsichtsbehörden.

Wir erkennen es als im höchsten Interesse der Arbeiterversicherung liegend, und die ungünstigen Erfahrungen, welche Deutschland mit seinem Dualismus macht, erteilen uns eindringlich die Lehre, daß die Kranken- und die Unfallversicherung miteinander Hand in Hand gehen müssen, wenn beide gedeihen sollen. Und trotzdem auch bei uns der gleiche verderbliche Dualismus?

Die Folge wären beständige Reibungen zwischen der Unfallversicherungsanstalt einer- und den Krankenkassen anderseits, und niemand würde schließlich mehr darunter leiden, als der kranke Mensch.

Man hat den Versicherungsprojekten, welche wir nunmehr den eidgenössischen Räten als unsere Vorschläge unterbreiten, vorgeworfen, daß sie viel zu viel neue Beamtungen in Aussicht nehmen und das ganze Geschäft viel zu sehr komplizieren. So gewiß die Kantone ebenfalls neue Verwaltungskräfte einstellen müßten, wenn eine wirkliche Aufsicht ausgeübt werden soll, so gewiß würde der Dualismus, Bundes- und kantonale Beamte zusammengerechnet, noch mehr Verwaltungskräfte erfordern und die Maschinerie noch bedeutend komplizierter gestalten, als es nach dem entgegengesetzten, in unseren Gesetzesentwürfen vorgeschlagenen, System der Fall ist. Dabei haben wir noch zu berücksichtigen, daß, auch wenn wir die Krankenversicherung den Kantonen ausliefern, der Weiterzug gegen die Entscheidungen der kantonalen Aufsichtsbehörden geöffnet und ein Beschwerderecht gegen die Thätigkeit oder Unthätigkeit dieser Behörden eingeführt werden muß (siehe Artikel 13 der Vorschläge der Fédération, Seite 211 dieser Botschaft). Ja, noch mehr: wir nehmen bedeutende Bundessubventionen an die Krankenversicherung in Aussicht; für die Kontrolle über diese Gelder und über deren gesetzmäßige Berechnung und Verwendung muß die Bundesverwaltung Beamte haben, welche ihr verantwortlich sind. Also überall keine Rede von Vereinfachung und Ersparnis!

Und wie wollen die Kantone ihr Aufsichtsrecht gegenüber den Betriebskrankenkassen der Eisenbahngesellschaften ausüben? Welcher der verschiedenen Kantone, durch welche sich die Bahn zieht, müßte da als zuständig erklärt werden?

Aus all den angeführten Gründen soll die Aufsicht über die Krankenkassen Bundessache sein und sollen Bundesbehörden die Aufsicht ausüben. Aus diesem ersten Satz ergiebt sich ohne weiteres der zweite, daß die Aufsichtsbezirke durch den Bund umschrieben werden sollen, nicht notwendig mit den Kantonen identisch sein müssen, wohl aber unter Berücksichtigung der kantonalen Grenzen festzustellen sind.

31. Nachdem wir darüber schlüssig geworden sind, nach welchem Charakter die oberen Stockwerke der öffentlichen Krankenversicherung ausgeführt werden sollen, steht der Vollendung des Aufbaues des ganzen Doppelgebäudes der schweizerischen Kranken- und Unfallversicherung nichts mehr entgegen.

a. Die Aufsichtsbezirke und die Aufsichtsbehörden der Krankenversicherung fallen mit den Agenturbezirken und den Agenturen der Unfallversicherungsanstalt zusammen, und die oberste Behörde der letztern ist gleichzeitig auch die oberste Aufsichtsbehörde der Krankenversicherung.

Wir nennen den gemeinsamen Bezirk Versicherungskreis, die Bundesbehörde desselben Kreisbehörde, und die gemeinsame oberste Behörde eidgenössisches Versicherungsamt.

Gleichzeitig ergiebt sich auch die Einteilung des Landes in Ansehung der Kranken- und Unfallversicherung. Die Schweiz zerfällt in Versicherungskreise, diese zerfallen in Versicherungsgemeinden. Die politische Einteilung des Landes wird dadurch in keiner Weise berührt oder abgeändert, und die Kantone verlieren dadurch kein bisher von ihnen ausgeübtes Hoheitsrecht, mit einer einzigen Ausnahme, welche im zweiten Absatz von Art. 7 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung festgestellt wird.

Es erübrigt, im Anschluß an das vorhin Ausgeführte, die Beantwortung der Frage, wer zur Vornahme der Einteilung der Versicherungsbezirke, deren Feststellung Bundessache ist, in die Versicherungsgemeinden zuständig sein soll. In dieser Beziehung stehen uns zwei Wege offen.

Entweder überläßt man die Umschreibung dem Kanton, da ja die Versicherungsgemeinde stets aus Gebiet oder Gebietsteilen des nämlichen Kantons bestehen muß, und behält das Genehmigungsrecht dem Bunde vor. Dieser hätte bei Ausübung dieses Rechtes in erster Linie zu prüfen, ob die Umschreibung hinsichtlich der

Bevölkerungszahl der gesetzlichen Vorschrift entspreche und ob sie nicht etwa mit der dem Bund zustehenden und von ihm vorgenommenen Umschreibung der Versicherungskreise kollidiere. Nehmen wir zum Beispiel folgenden Fall: Der Kanton Bern wird durch den Bundesrat in mehrere Versicherungskreise eingeteilt und die Gemeinde Frauenkappelen dem Kreise II, die Gemeinde Bümpliz dem Kreise III zugeschieden; gleichzeitig aber wird durch die kantonale Behörde Frauenkappelen mit Bümpliz zu Einer Versicherungsgemeinde verschmolzen.

Oder man überläßt die Feststellung der einzelnen Versicherungsgemeinden dem Bund, schreibt ihm aber vor, daß er dabei die Kantone konsultieren müsse.

Sowieso hat der Bund das letzte Wort. Weil die Umschreibung der Versicherungsgemeinden mit derjenigen der Versicherungskreise harmonieren, beides ein Werk aus einem Guß sein soll, so haben wir den zweiten Weg vorgezogen. Von großer Bedeutung ist diese Frage nicht, und es kann auch der erste der beiden Wege ohne große Bedenken eingeschlagen werden.

b. Die Einfügung der schweizerischen Kranken- und Unfallversicherung in den Gesamtorganismus des Bundes erfolgt in der Weise, daß wir das eidgenössische Versicherungsamt dem Bundesrat unterstellen und die Zuständigkeit der eidgenössischen Räte zur obersten Aufsicht, sowie zur Festsetzung des Voranschlags und zur Abnahme der Jahresrechnung (Art. 84, Ziffer 10 und 11, der Bundesverfassung) auf den neuen Gegenstand ausdehnen, nämlich hinsichtlich der obersten Aufsicht auf das Geschäft der Kranken- und Unfallversicherung, hinsichtlich des Budgets und der Jahresrechnung lediglich auf das Geschäft der Unfallversicherung.

c. In der beschriebenen Weise erreichen wir die so sehr wünschbare organische Verbindung der Unfall- mit der Krankenversicherung, und dürfen wir nunmehr mit Zuversicht den Vorsatz ausführen, uns der Krankenkassen auch für die Zwecke der Unfallversicherung zu bedienen.

Nachfolgende Aufstellung veranschaulicht diese organische Verbindung.

	Krankenversicherung	**Unfallversicherung**
Eidg. Versicherungsamt	Obere Aufsichtsstelle	Direktion
	↕	↕
Kreisbehörden	Aufsichtsstelle	Hauptagentur
	↕	↕
Öffentliche Krankenkassen	Hauptorgane	Hülfsorgane

Diese Organisation besitzt auch den Vorteil, daß sie, falls und sobald der Staat noch anderen Branchen der Personenversicherung, z. B. der Invaliditäts- oder der Altersversicherung, näher treten sollte, auch diesen neuen Anstalten ohne wesentliche Änderungen dienstbar gemacht werden kann.

32. Die neuen Verwaltungsbehörden, welche gleichzeitig mit den neuen Versicherungseinrichtungen ins Leben treten sollen, sind 1. das eidgenössische Versicherungsamt und 2. die Kreisbehörden. Ersterem stellen wir noch 3. den eidgenössischen Versicherungsrat zur Seite.

Über die Hauptaufgaben der ersteren beiden haben wir uns schon ausgesprochen. Wir fügen hinzu, erstens, daß ihnen auch der Entscheid von Verwaltungsstreitigkeiten (Rekursen) zugewiesen wird, welche sich bei und aus der Einrichtung und dem Betrieb der öffentlichen Krankenkassen ergeben. Die Kreisbehörde bildet die erste, das eidgenössische Versicherungsamt die zweite Instanz. Der Rekurs gegen Entscheidungen der Kreisbehörde an das eidgenössische Versicherungsamt ist stets zulässig. Gegen den Entscheid des letzteren gestatten wir nur ausnahmsweise, in gesetzlich bestimmten Fällen, den Rekurs an den Bundesrat. Diese Einschränkung haben wir vorgenommen, damit die Geschäftslast des Bundesrates nicht ungebührlich vergrößert werde.

Zweitens verleihen wir den Kreisbehörden und dem eidgenössischen Versicherungsamt Strafbefugnisse. Es versteht sich von selbst, daß wir auf die Übertretung gewisser Vorschriften der beiden Versicherungsgesetze Strafen polizeilicher Natur setzen müssen. Wir verleihen nicht nur dem Vorstand der öffentlichen Krankenkasse, sondern auch, und insbesondere, der Kreisbehörde, sowie dem eidgenössischen Versicherungsamt eine Polizeistrafgewalt und verbinden damit Disciplinarbefugnisse. Auch hier öffnen wir den Instanzenzug, jedoch nur einen einmaligen, indem wir gegenüber einer Strafverfügung eines Kassenvorstandes den Rekurs an die Kreisbehörde, gegen eine Strafverfügung der Kreisbehörde den Rekurs an das eidgenössische Versicherungsamt und gegen eine Strafverfügung des eidgenössischen Versicherungsamts in Unfallversicherungssachen den Rekurs an den Bundesrat zulassen. Einzig mit Bezug auf eine Strafverfügung des eidgenössischen Versicherungsamts in Krankenversicherungssachen erklären wir den Rekurs als unstatthaft.

Der eidgenössische Versicherungsrat wird dem eidgenössischen Versicherungsamt als beratende Behörde, in erster Linie für Gegenstände der Unfallversicherung, beigegeben und erhält keinerlei Entscheidungskompetenzen.

33. Die Zusammensetzung dieser Behörden und die Art der Bestellung derselben ergiebt sich aus der Art der ihnen zugewiesenen Aufgaben.

Das eidgenössische Versicherungsamt besteht aus einem Vorgesetzten, einigen Stellvertretern und der erforderlichen Zahl von Angestellten. Sie sind alle Bundesbeamte und werden, zumal eine andere Wahlbehörde nicht wohl gedenkbar ist, durch den Bundessrat gewählt.

Den Versicherungsrat organisieren wir ganz lose. Wir bestimmen, daß er außer dem Vorsteher des eidgenössischen Versicherungsamts und seinen Stellvertretern aus sechs bis sechzehn Mitgliedern bestehen und daß der Bundesrat innert dieser Limite die Zahl feststellen soll. Die Mitglieder werden durch den Bundesrat gewählt; er ist aber verpflichtet, dabei die Interessenten der Unfallversicherungsanstalt in der Weise zu berücksichtigen, daß je mindestens drei der Klasse der Arbeitgeber und der Klasse der versicherten Personen angehören müssen (Art. 13 des Gesetzesentwurfes betreffend die Unfallversicherung).

Mehr Schwierigkeiten bietet die Zusammensetzung und die Wahlart mit Bezug auf die Kreisbehörden.

Der frühere Entwurf eines Gesetzes betreffend die Krankenversicherung hatte in Aussicht genommen, daß die Kreisbehörde aus einem Kreisverwalter, einem oder mehreren Kreisärzten und einem oder mehreren Angestellten bestehe und diese sämtlichen Personen Bundesbeamte seien. In der Expertenkommission wurden hiergegen verschiedene und gewichtige Einwendungen erhoben. Es widerspreche, so betonte man insbesondere, der Volksanschauung, daß die Genehmigung der Statuten, der Jahresberichte und der Jahresrechnungen der öffentlichen Krankenkassen, sowie die Entscheidung von Verwaltungsstreitigkeiten, welche im Schoß der öffentlichen Krankenkassen entstehen, einem einzigen Manne, dem Kreisverwalter, überantwortet werden; in Analogie zu ähnlichen, politischen, Einrichtungen in den Kantonen sollte hierfür eine aus mehreren Personen bestehende Behörde eingesetzt werden. Lediglich mit Bezug auf die Geschäfte der Unfallversicherung war man allseitig damit einverstanden, daß dieselben in jedem Versicherungskreis einem Beamten als dem Vertreter (Agenten) der Direktion der Unfallversicherungsanstalt übertragen werden.

Die also geäußerten Bedenken und Einwendungen schienen gewichtig und begründet. Es ist denselben Rechnung getragen worden, und unser Gesetzesentwurf betreffend die Krankenversicherung schlägt eine andere Organisation der Kreisbehörde vor.

Diese wird zerlegt in die Kreisverwaltung und den Kreisrat. Die Kreisverwaltung ist die ständige Behörde und besteht aus folgenden Bundesbeamten: dem Kreisverwalter, einem oder mehreren Kreisärzten und einem oder mehreren Angestellten. Der Kreisrat ist ein Kollegium von fünf Personen. Er besteht aus dem Kreisverwalter und vier Mitgliedern nebst vier Ersatzmännern. Der Kreisrat bildet keine ständige Behörde, sondern besammelt sich nur so oft, als die Geschäfte es erfordern. Die Mitglieder und Ersatzmänner sind keine Bundesbeamten. Jeder im Kreis wohnhafte stimmberechtigte Schweizerbürger ist wählbar.

Die Kreisverwaltung, vorab der Kreisverwalter, besorgt das Geschäft der Unfallversicherung im Kreise, übt die Aufsicht über die Hülfs- und Krankenkassen des Kreises, sowie die Disciplinar- und Strafgewalt aus und vollzieht die Weisungen des eidgenössischen Versicherungsamts. Der Kreisrat ist in der Hauptsache die erste Instanz zum Entscheid von Verwaltungsstreitigkeiten auf dem Gebiete der öffentlichen Krankenkassen und entscheidet über die Genehmigung der Statuten, der Jahresberichte und der Jahresrechnungen derselben.

Die Beamten der Kreisverwaltung werden durch den Bundesrat gewählt.

Wer aber soll die Mitglieder des Kreisrates wählen?

Nach Maßgabe der dem Kreisrat, im Gegensatz zur Kreisverwaltung, gestellten Aufgabe ist es klar, daß die Mitglieder die Vertreter und Vertrauensmänner der interessierten Bevölkerung des Kreises sein sollen und die Aufgabe besitzen, gegenüber dem Beamtentum des eidgenössischen Versicherungsamts und der Kreisverwaltung gewissermaßen ein Gegengewicht zu bilden, die Anschauungen und den Willen der beteiligten Volksschichten zu repräsentieren und zur Geltung zu bringen.

Daraus ergiebt sich, daß jedenfalls nicht der Bundesrat die Wahlbehörde sein soll.

Es wäre nun nicht gerade unmöglich, die Mitglieder der öffentlichen und der freien Kassen, sowie die Prämienpflichtigen in einer oder, nach Analogie der Generalversammlungen der Arbeiter und der Arbeitgeber in jeder öffentlichen Krankenkasse, in zwei Wahlkörper zu vereinigen.

Allein eine solche Organisation der Beteiligten zur Vornahme des Wahlgeschäftes wäre, wie wir schon auf Seite 249 und 250 dieser Botschaft hervorgehoben haben, äußerst schwierig und kompliziert, besonders wenn man, was doch die Gerechtigkeit erfordern

würde, den ebenfalls interessierten Versicherungsgemeinden ebenfalls das Recht der Mitbeteiligung am Wahlakt einräumen und die Ausübung dieses Rechtes organisieren wollte.

Aus diesen Gründen haben wir von der Aufstellung der an der Krankenversicherung interessierten Personen als Wahlkörper Umgang genommen und schreiben statt dessen die Volkswahl, nach dem uns geläufigen Sinn dieses Ausdruckes, vor. Je populärer die Versicherungseinrichtungen werden, je mehr Personen den Krankenkassen beitreten, desto mehr nähern sich die zwei Begriffe, von denen der eine die Bevölkerung, der andere die interessierten Kreise bedeutet.

Die Organisation der Volkswahl bereitet keine Schwierigkeiten. Mit wenigen Modifikationen, welche wir in Art. 157 des Gesetzesentwurfs betreffend die Krankenversicherung aufführen, kann das Bundesgesetz betreffend die eidgenössischen Wahlen und Abstimmungen, vom 19. Heumonat 1872, angewendet werden.

Die Volkswahl der Mitglieder einer Verwaltungsbehörde des Bundes bildet eine neue Erscheinung in unserem Bundesstaatsrecht, und wir müssen gewärtigen, welcher Empfang dem neuen Gebilde zu teil werde.

Die Verfassungsmäßigkeit kann nicht ernstlich in Zweifel gezogen werden. Laut Art. 102, Ziffer 6, der Bundesverfassung hat der Bundesrat diejenigen Wahlen zu treffen, welche nicht der Bundesversammlung oder dem Bundesgerichte oder einer andern Behörde übertragen werden. Unseres Erachtens will die Verfassung mittelst des letzteren Ausdruckes „oder einer andern Behörde“ nicht feststellen, daß nur eine „Behörde“ im engeren Sinn des Wortes Wahlen von Bundesbeamten oder von Mitgliedern einer Bundesbehörde vornehmen dürfe. Vielmehr bleibt es der Bundesgesetzgebung überlassen, überall da den Wahlkörper frei zu bezeichnen, wo dieser nicht durch die Verfassung selbst festgestellt ist. Jener Ausdruck „Behörde“ in Ziffer 6 von Art. 102 der Bundesverfassung ist gleichbedeutend mit dem Ausdruck „Wahlkörper“. Sonst ginge es ja auch nicht an, solche Wahlen den Kantonen zu überlassen, denn die Kantone sind auch keine „Behörden“.

Die vorgeschlagene Wahlart hat aber auch eine gewisse politische Bedeutung. Wir haben seit dem Bestehen des neuen Bundes eine ganze Anzahl von neuen politischen Einrichtungen und von neuen wirtschaftlichen Betrieben des Bundes geschaffen und nie das geringste Bedenken getragen, die Bestellung derjenigen Behörden und die Wahl derjenigen Funktionäre, in deren Hände die neuen Einrichtungen und Betriebe gelegt werden, den obersten

Bundesbehörden zu übertragen, und zwar in der Regel dem Bundesrat. Auf diese Weise besitzt das Schweizervolk einzig und allein insofern Einfluß auf die Personalbestellung der Bundesbehörden, als es die Mitglieder des Nationalrates und, in vielen Kantonen, auch des Ständerates wählt. In allem übrigen besitzt es weder das Recht noch die Pflicht der Mitwirkung.

Wir halten nun dafür, daß die von uns vorgeschlagene Wahl durch das Volk da für gerechtfertigt sei, wo es sich um Bundesbehörden handelt, welche in der Peripherie zu wirken berufen sind und welche weniger die Aufgabe besitzen, dem Interesse der Einheitlichkeit der Verwaltung und der konsequenten Durchführung des obersten Verwaltungsgedankens zu dienen, als in beständiger intimer Fühlung mit dem Publikum zu verbleiben und die Interessen der beteiligten Volkskreise zu wahren. Da ist es gewiß richtig, wenn nicht nur die Wählbarkeit auf die Einwohner desjenigen Landesteils beschränkt wird, in welchem die betreffende Bundesbehörde zu wirken berufen ist, sondern wenn es auch der, die Bevölkerung dieses Landesteils vertretenden, Aktivbürgerschaft desselben übertragen wird, die ganze Behörde oder einen Teil der Mitglieder der Behörde selbst zu bestellen.

Durch die Übertragung der Wahl an das Volk wecken und heben wir im vorliegenden Fall das Interesse des Volkes an den Versicherungseinrichtungen und erheben wir diese zum bewußten Volksbesitz. Und wenn der Kreisrat die Kassenrechnung zurückweist oder einem Rekurs gegen die Statutenrevision Folge giebt, so hat die Klage über bureaukratische Maßregelung keinen Sinn; sind es doch die Leute der eigenen Wahl, welche also entschieden haben.

Das ethische Erfordernis jeglicher Wahl besteht darin, daß dem oder den Wählern diejenigen Personen bekannt seien, welche bei der Wahl in Frage kommen, und daß die Auswahl mit Bewußtsein getroffen werde. Die Versicherungskreise fallen jedenfalls nicht so groß aus, daß diesem ethischen Erfordernis nicht Genüge geschehen wird.

Von all den bezeichneten Gesichtspunkten aus ist es wiederum angezeigt, daß die Mitglieder des Kreisrates aus dem Volk des Kreises und durch dasselbe gewählt werden, mit Ausnahme des vorsitzenden Kreisverwalters. Dieser besitzt, neben seiner Thätigkeit im Kreisrat, noch andere Aufgaben, welche es als richtig erscheinen lassen, daß er durch den Bundesrat gewählt werde.

Wir halten die Kombination zweier Wahlarten für durchführbar, ja im vorliegenden Fall sogar für ersprießlich.

Die Verantwortlichkeit des Kreisverwalters und diejenige der Mitglieder des Kreisrates besitzen die nämliche Richtung. Die letzteren sind keine Bundesbeamte, jedoch genau so verantwortlich wie Bundesbeamte und werden hinsichtlich dieser Verantwortlichkeit dem Bundesrat unterstellt.

Die Übertragung der Wahl der Mitglieder des Kreisrates an die Kantone können wir nicht empfehlen. Sie wäre nur dann gerechtfertigt, wenn wir dabei den Kantonen die Volkswahl vorschreiben würden. Dann bestände für einen großen Kanton, wie Bern, der in mehrere Versicherungskreise wird eingeteilt werden müssen, der Unterschied lediglich darin, daß in dem einzelnen Kreise die Volkswahl, statt durch den Bund, durch den Kanton angeordnet würde. Wo aber ein Versicherungskreis aus mehr als einem Kanton bestehen wird, wenn z. B. Ob- und Nidwalden einen solchen Kreis ausmachen, da müßten die 4 Mitglieder und 4 Ersatzmänner auf die einzelnen Kantone verteilt werden und würde alsdann jeder Kanton mittelst Volkswahl die auf ihn entfallenden Mitglieder und Ersatzmänner bestimmen. Bei der Verteilung würde notwendig stets ein Kanton zu gunsten des oder der andern zu kurz kommen. Wozu dieser künstliche Mechanismus für eine neue Einrichtung, durch welche die Hoheit der Kantone nicht beeinträchtigt wird, für eine neue Sache, um welche sich bis jetzt im großen und ganzen die Kantone nicht bekümmert haben?

VII. Die Rechtspflege.

34. Die Versicherungsgesetzgebung, wie sie gemäß den vorliegenden Entwürfen geplant wird, schafft eine ganze Anzahl von neuen Rechtsverhältnissen, von denen die einen in das Gebiet des öffentlichen, die anderen in dasjenige des Privatrechts gehören. Die Entscheidung von Streitigkeiten über das Vorhandensein und das Maß von Privatrechten ist Sache der Rechtspflege. Der Grundsatz der Trennung der Gewalten wurzelt tief in der Volksanschauung und bildet eine der vornehmsten Stützen der bürgerlichen Freiheit gegenüber der Willkür der Staatsbehörden, wie sie unter jeder Staatsform und zwar auch im Volksstaat zu Tage tritt. Dieser Grundsatz fordert die Ausübung der Rechtspflege durch den Richter, den unparteiischen, am Ausgang der Streitsache unbeteiligten Mann.

Es versteht sich von selbst, daß privatrechtliche Streitigkeiten, welche zwar aus dem Betrieb des Versicherungsgeschäftes entstehen, mit demselben jedoch nicht innerlich zusammenhängen, vor den Richter gehören, so z. B., wenn die Gemeindekrankenkasse ein Haus erwirbt und ein Dritter ein dingliches Recht auf dem Haus zu be-

sitzen behauptet, die Krankenkasse aber diesen Anspruch bestreitet, oder wenn die Unfallversicherungsanstalt einen Centner Verbandstoff ankauft und diesen hernach wegen schlechter Qualität dem Verkäufer heimschlägt. Wie aber soll es mit Bezug auf solche Streitigkeiten über behauptete wohlerworbene Rechte gehalten werden, welche sich aus dem Betrieb der öffentlichen Versicherungseinrichtungen, nach seiner Eigentümlichkeit, unter den gemäß den gesetzlichen Vorschriften bei diesem Betrieb beteiligten juristischen und physischen Personen ergeben? Auch hier werden wir gut daran thun, die Streitigkeit an den Richter zu verweisen.

Wir nehmen davon aus die Streitigkeiten über:

1. die Versicherungspflicht bestimmter Klassen von Personen oder bestimmter Personen (Art. 8 des Gesetzesentwurfs betreffend die Krankenversicherung);
2. die Bundesleistungen (Art. 68 des Gesetzesentwurfs betreffend die Krankenversicherung und Art. 10 des Gesetzesentwurfs betreffend die Unfallversicherung);
3. die Besteurung der öffentlichen Krankenkassen und der Unfallversicherungsanstalt (Art. 18 des Gesetzesentwurfs betreffend die Krankenversicherung und Art. 4 des Gesetzesentwurfs betreffend die Unfallversicherung).

Alle übrigen Streitigkeiten der genannten Art erklären wir als Rechtssache. Sie werden in den Art. 164 des Gesetzesentwurfs betreffend die Krankenversicherung und 80 des Gesetzesentwurfs betreffend die Unfallversicherung einzeln aufgeführt.

Sollen wir nun aber die Entscheidung dieser Rechtsstreitigkeiten einfach dem ordentlichen Richter übertragen oder eine besondere Gerichtsbarkeit schaffen?

Wir besitzen eine grundsätzliche Abneigung dagegen, daß bei jeder Gelegenheit irgend ein neuer Gerichtsstand geschaffen werde, welcher mit den ordentlichen Gerichten des Landes in Konkurrenz tritt und gewöhnlich statt der für den rechtsuchenden Bürger erhofften Erleichterung thatsächlich nur Verwirrung und Rechtsunsicherheit im Gefolge hat. Trotzdem sind wir mit Bezug auf die Krankenversicherung dazu gelangt, jene Frage im Sinne einer besonderen Gerichtsbarkeit zu beantworten.

35. Fassen wir in erster Linie die Unfallversicherung ins Auge. Einer der Gründe, warum wir sie an die Stelle der Haftpflicht treten lassen, besteht darin, daß wir mit den Haftpflichtstreitigkeiten schlimme Erfahrungen gemacht haben und einen bedenklichen Übelstand darin erblicken, daß der Arbeiter sein Recht in langwierigem

Civilprozeß vor zwei und drei Instanzen erkämpfen muß. Dieser Genesis des Neuen eingedenk sind wir verpflichtet, dem Arbeiter auch mit Bezug auf die Rechtsverfolgung etwas Besseres zu bieten und ihm einen Gerichtsstand zur Verfügung zu halten, welcher prompt zu arbeiten in der Lage ist und ihm beförderlich und definitiv Recht oder Unrecht giebt.

Also nehmen wir eine Gerichtsbarkeit in Aussicht, welche ein für allemal, erst- und letztinstanzlich, entscheidet.

Diese Gerichtsbarkeit kann nicht aus verschiedenen im Land herum vorhandenen Gerichten, sondern muß in einem einheitlichen schweizerischen Gericht bestehen. Die Unfallversicherungsanstalt ist stets eine der beiden Parteien. Es geht nicht wohl an, daß diese Bundesanstalt mit Bezug auf die specifischen Versicherungsstreitigkeiten heute hier, morgen dort Recht suchen oder ins Recht antworten muß, und es geht nicht an, daß bei stetiger Identität der einen der beiden Parteien in gleichartigen Streitsachen das eine Gericht heute so, das zweite morgen im gegenteiligen Sinn entscheidet. Bei der bereits vorhandenen und stets zunehmenden Entwicklung unserer Verkehrsmittel dürfen die Unfallversicherungsstreitigkeiten ohne Bedenken an ein einziges eidgenössisches Gericht verwiesen werden.

Der Redaktor der Gesetzesentwürfe hatte vorgeschlagen, ein besonderes Bundesversicherungsgericht aufzustellen, von dessen Mitgliedern drei durch die Bundesversammlung, die übrigen durch das Volk in den Versicherungskreisen gewählt würden, und dessen Sitz mit demjenigen des eidgenössischen Versicherungsamtes zusammenfiele. Die Expertenkommission hatte diesen Vorschlag gebilligt. Trotzdem sind wir nicht dazu gelangt, demselben ebenfalls beizupflichten. Vielmehr beantragen wir Ihnen, das bestehende Bundesgericht als jene erste und letzte eidgenössische Instanz zu erklären. Die eidgenössische Kranken- und Unfallversicherung bringt sowieso, fast möchten wir sagen: als notwendiges Übel im Begleite, eine Anzahl neuer Behörden und Beamtungen. Die öffentliche Meinung wird diese Begleiterscheinung nur ungern in den Kauf nehmen. Werden aber mehr neue Behörden aufgestellt, als durchaus notwendig ist, so erwächst daraus eine ernstliche Gefahr für die Gutheißung des Versicherungswerkes durch den Souverän, das Volk. Des weitern ist gar nicht einzusehen, daß das Bundesgericht die Unfallversicherungsrechtspflege nicht ebenso rasch und nicht ebenso im Sinn und Geist der gesamten Versicherungsidee handhaben werde, wie ein besonderes Versicherungsgericht.

Allerdings wird die bestehende Bundescivilprozeßordnung für die Behandlung der Unfallversicherungsstreitigkeiten nicht passen

und für letztere das dort formulierte Verfahren durch ein bedeutend einfacheres ersetzt werden müssen. Wir beantragen Ihnen, für die Festsetzung der besonderen Prozeßart, vorderhand wenigstens, eine Verordnung vorzusehen, welche durch den Bundesrat, im Einverständnis mit dem Bundesgericht, erlassen würde.

So viel mit Bezug auf die Unfallversicherungsstreitigkeiten und die Art. 80 und 81 des Gesetzesentwurfes betreffend die Unfallversicherung.

36. Wir behandeln zweitens die Rechtspflege in der Krankenversicherung.

Der Betrieb der gegenwärtigen Krankenkassen verursachte bis zur Stunde, wie sich aus den eingezogenen Erkundigungen ergiebt, auffallend wenig Rechtsstreitigkeiten. Ob dem auch in Zukunft so sein wird? Wir zweifeln daran. Die Zahl der beteiligten Personen wird in einem solchen Maße vermehrt und die Einrichtung der öffentlichen Krankenversicherung erzeugt eine so große Anzahl von neuen Rechtsverhältnissen, daß infolgedessen ganz notwendig auch die Anzahl der Streitigkeiten bedeutend zunehmen wird.

Der durchschnittliche Streitwert des einzelnen Rechtsfalles dagegen dürfte auch in Zukunft verhältnismäßig gering sein.

Nun ist aber gerade auf dem Gebiet der Bagatellstreitigkeiten die Rechtspflege in den einzelnen Kantonen außerordentlich verschieden. Am einen Orte wird die kleinste Affaire gerade so behandelt wie der wichtigste Prozeß und ist der Ausführlichkeit und Gründlichkeit kein Ende. Am anderen Orte ist für die Bagatellstreitigkeiten ein besonderes abgekürztes Verfahren eingerichtet, mit größerem oder geringerem Erfolg. In einigen Kantonen endlich ist man eben an der Arbeit, für Streitigkeiten aus dem Arbeitsvertrag eine besondere Gerichtsbarkeit einzuführen. Am einen Ort ist jedes Urteil von noch so geringem Streitwert appellabel; am anderen Ort besteht für Bagatellsachen nur das Rechtsmittel der Revision oder Kassation; am dritten Orte tritt sofort unbedingte Rechtskraft ein. Die denkbar bunteste Musterkarte!

In Deutschland ertönen laute Klagen über die Mannigfaltigkeit des Rechtsganges mit Bezug auf Streitigkeiten, welche sich aus der Anwendung der dortigen gesetzlichen Bestimmungen über die Krankenversicherung ergeben, und über den dadurch erzeugten Wirrwarr. Siehe das Vorwort zu „das Krankenversicherungsgesetz“ von Th. Petersen, Hamburg, bei Grefe & Tiedemann.

Diese Klagen seien uns ein Fingerzeig.

Wir dürfen die Wertschätzung des neuen Versicherungswerkes beim Publikum nicht dadurch gefährden, daß wir die sich ergebenden Streitigkeiten einfach an den ordentlichen Richter überweisen und es den Rechtsuchenden, ohne uns weiter um sie zu bekümmern, überlassen, sich auf jener bunten Musterkarte zurecht zu finden.

Deshalb schaffen wir auf dem Gebiet der Krankenversicherungs-Rechtspflege einheitliches Bundesrecht und eine neue Gerichtsbarkeit von Bundes wegen.

Wir erklären die Rechtspflege als einen Bestandteil der Versicherungseinrichtungen, organisieren sie als ein Domesticum im eigenen Hause und behelligen die übrige Welt nicht damit.

Die Rechtspflege der Krankenversicherung muß möglichst einfach sein und möglichst prompt arbeiten. Jedes Urteil soll mit der Verkündigung rechtskräftig werden und es soll kein anderes Rechtsmittel geben als das der Revision durch das urteilende Gericht selbst.

In den Statuten vieler gegenwärtigen Krankenkassen ist ein Schiedsgericht vorgesehen, welches aus der Mitte der Kassenangehörigen besetzt wird. Von einer solchen Organisation, in welcher Richter und Partei identisch sind, müssen wir natürlich Umgang nehmen.

Dagegen haben wir uns die Frage vorgelegt, ob es nicht genüge, wenn wir mit Bezug auf die Streitigkeiten aus der Krankenversicherung einfach die schiedsgerichtliche Erledigung vorschreiben, die Zahl der Schiedsrichter festsetzen, deren Wahl den Parteien überlassen und einen Beamten bezeichnen, der, wenn sich die Parteien nicht über den Obmann einigen können, selbst Obmann sein oder denselben wählen soll. Eine solche Ordnung des Gegenstandes würde die Ökonomie des Krankenversicherungsgesetzes erheblich entlasten und uns vor einer weiteren neuen Versicherungsbehörde bewahren.

Allein die Vereinfachung wäre nur eine scheinbare und käme nur dem Papier des Gesetzes zu gute. In der Praxis, im Leben draußen müßte es bald ganz anders tönen. Nach unseren Erfahrungen gibt es fast nichts Schwierigeres als ein für den einzelnen Fall bestimmtes Schiedsgericht zusammenzubringen; der Behinderungen der einzelnen Schiedsrichter ist kein Ende, besonders wenn sie unentgeltlich oder nur gegen geringe Entschädigung amten sollten. Von der Langsamkeit des Verfahrens in auch nur einigermaßen verwickelter Sache gar nicht zu sprechen.

Deshalb ziehen wir es vor, ein Gericht zu konstruieren, welches ein für alle Male da ist, und im Gesetze dafür zu sorgen, daß die

Richter schon vorhanden sind und nicht erst erbeten werden müssen, sondern nur gerufen zu werden brauchen, sobald man deren bedarf. Dabei tragen wir den Grundsätzen der Civiljury Rechnung und organisieren, den vielfachen Wünschen Rechnung tragend, die eigentliche Interessenvertretung, zumal bei Beobachtung dieses Grundsatzes die Wahl der Richter sehr vereinfacht wird.

Wir setzen für jeden Versicherungskreis ein Gericht ein und nennen dasselbe, um seiner Ähnlichkeit mit den Schiedsgerichten willen, Kreisschiedsgericht.

Präsident des Gerichts ist ein für alle Mal der Kreisverwalter oder, wenn er verhindert sein sollte, sein gesetzlicher Stellvertreter in der Kreisverwaltung.

Die Schiedsrichter werden durch die öffentlichen Krankenkassen gewählt und zwar je gleich viele von der Generalversammlung der Arbeiter und derjenigen der Arbeitgeber, von jeder je ein Schiedsrichter auf je hundert Mitglieder.

Als Arbeiter-Schiedsrichter kann jedes schweizerische männliche Mitglied gewählt werden, welches mindestens zwanzig Jahre alt und sowohl nach Bundes- als nach dem zutreffenden kantonalen Recht handlungsfähig ist. Mit dem Vorschlag des Redaktors, die Wählbarkeit auch auf weibliche und auch auf nichtschweizerische Mitglieder auszudehnen, konnten wir uns nicht befreunden.

Es kann vorkommen und wird sogar bei Betriebskrankenkassen mit meist fremden oder mit meist weiblichen Mitgliedern oft passieren, daß die Zahl der wahlfähigen Personen eine sehr geringe und infolgedessen die Möglichkeit der Auswahl der geeignetsten Mitglieder gleich Null ist. Einer solchen Eventualität beugen wir durch die Bestimmung vor, daß im Notfall die Schiedsrichter frei aus der Zahl der Aktivbürger des Versicherungskreises gewählt werden dürfen.

Ebenso wählt die Generalversammlung der Arbeitgeber ihre Schiedsrichter frei aus der Zahl dieser Aktivbürger.

Die Amtsdauer beträgt überall ein Jahr.

So oft eine Sitzung des Kreisschiedsgerichts nötig wird, loost der Kreisverwalter je zwei aus der Zahl der Schiedsrichter Arbeiter und aus der Zahl der Schiedsrichter der Arbeitgeber aus und beruft sie ein.

Das Gericht ist also stets mit dem Kreisverwalter oder dessen Stellvertreter als Präsidenten und vier Richtern besetzt.

Das Kreisschiedsgericht ist eine Bundesbehörde; die Schiedsrichter sind jedoch natürlich keine Bundesbeamten und werden von Fall zu Fall, aus der Bundeskasse, entschädigt.

Das Verfahren ist unentgeltlich, mündlich und, mit Ausnahme der richterlichen Beratung, öffentlich.

Im übrigen verweisen wir auf die Art. 164—171 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung.

Es handelt sich hier, auf dem Gebiete der Krankenversicherungsrechtspflege um vollständig neue Gebilde. Aus den Dutzenden von Varianten haben wir diejenige Konstruktion gewählt, welche uns die beste und der Volksanschauung unserer Zeit am meisten entsprechende zu sein schien. Wir werden die Letzten sein, uns ablehnend zu verhalten, wenn im Laufe der Diskussion der Gesetzesvorlagen in den eidgenössischen Räten etwas Besseres zu Tage tritt und an die Stelle unserer Vorschläge gesetzt wird.

VIII. Die freien Kassen.

37. Wir schließen den allgemeinen Teil der Botschaft mit der Erörterung des Verhältnisses der schweizerischen Kranken- und Unfallversicherung zu den freiwilligen Versicherungsanstalten.

Sprechen wir in erster Linie von den privaten Unfallversicherungsgesellschaften.

Wir stellen fest, daß eine Berücksichtigung derselben weder von Art. 34bis der Verfassung noch von ihnen selbst verlangt wird.

Wir schlagen in dem Gesetzesentwurfe betreffend die Unfallversicherung, wie bereits ausgeführt, vor, daß sich der Bund zur Zeit darauf beschränke, in der zu errichtenden Unfallversicherungsanstalt lediglich diejenigen unterzubringen, welche dem Versicherungszwang unterstellt werden. Wir nehmen den privaten Unfallversicherungsgesellschaften nur die Kollektivversicherung ab und stellen Bestimmungen auf, durch welche die verwandte und gewöhnlich mit der Kollektivversicherung verbundene Versicherung gegen die Haftpflicht in der Hauptsache gegenstandslos wird. Man vernimmt vielfach, daß beides den Unfallversicherungsgesellschaften konveniere, indem auf der Kollektiv- und der kombinierten Police nichts mehr verdient werde. Wir wollen die Richtigkeit einer solchen Behauptung nicht untersuchen.

Vorderhand werden also die privaten Unfallversicherungsgesellschaften noch einen sehr weiten Wirkungskreis besitzen. Wir wünschen, daß die schweizerischen Gesellschaften fortbestehen. Ihr Geschäftsbetrieb giebt im allgemeinen zu keinen Klagen Veranlassung und ist solid. Sie ziehen viele Millionen ausländischer Prämien in die Schweiz.

Wir hoffen, daß sich die vorgeschlagene staatliche mit den bestehenden privaten Unfallversicherungsanstalten auf einen guten Fuß werde setzen können, und nehmen gar keinen Anstand, die Rückversicherungsnahme mit Bezug auf einzelne Risiken oder einzelne Partien von Risiken, natürlich bei einer privaten Gesellschaft, als zulässig zu erklären (Art. 21, litt. *b*, des Gesetzesentwurfs betreffend die Unfallversicherung).

Selbstverständlich lassen wir uns die Hände mit Bezug auf die Ausdehnung des Geschäftes der staatlichen Unfallversicherungsanstalt auf andere Alimente, über die Zwangsversicherung hinaus, nicht binden und sorgen dafür, daß solches ohne Gesetzesänderung möglich wird (Art. 21, litt. *a*, daselbst).

Wir beweisen durch die Bestimmung von Art. 95 des Gesetzesentwurfs betreffend die Unfallversicherung ein Entgegenkommen nicht nur gegenüber den Policenbesitzern, sondern auch gegenüber den privaten Unfallversicherungsgesellschaften, und bestreben uns, mittelst dieser Bestimmung Kollisionen zu vermeiden. Wir sprechen die Erwartung aus, daß nicht während der Gesetzesberatung noch eine größere Anzahl langlebiger Kollektiv-Policen errichtet und daß die eidgenössischen Räte nicht infolgedessen gezwungen werden, am Schlusse der Feststellung der Gesetze den citierten Artikel noch zu streichen.

38. Können wir uns hinsichtlich der Unfallversicherungsgesellschaften auf diese wenigen Bemerkungen beschränken, so erfordert das Verhältnis der freien Kassen eine um so eingehendere Erörterung.

Der neue Verfassungsartikel 34bis schreibt vor, daß der Bund auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung einzurichten habe, unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen. Dieser Beisatz hatte sich im Revisionsantrag des Bundesrates (siehe Seite 1 dieser Botschaft) noch nicht vorgefunden; er entsprang vielmehr erst der Diskussion im Schoße der vereinigten Kommissionen des National- und des Ständerats, nachdem die Vertreter der französischen Schweiz erklärt hatten, daß die dortige Bevölkerung über das den Sociétés de secours mutuels, insbesondere der großen waadtländischen Krankenkasse, bevorstehende Schicksal beunruhigt sei und gewisse Garantien mit Bezug auf dieselben verlange. Ein im Nationalrat gestellter Antrag auf Streichung des Beisatzes, weil dessen Tragweite unklar sei und derselbe unter Umständen gefährlich werden könne, blieb in Minderheit.

Wir sind nunmehr verpflichtet, der Verfassungsvorschrift nachzuleben.

Der frühere Entwurf eines Gesetzes betreffend die Krankenversicherung stellte zu diesem Behuf folgende Bestimmungen auf:

Art. 161. Sämtliche Unternehmungen im Gebiet des Krankenversicherungswesens, welche in der Schweiz betrieben werden und weder Gemeinde- noch Betriebskrankenkassen sind, unterliegen der Aufsicht des Bundes nach Maßgabe des Bundesgesetzes betreffend Beaufsichtigung von Privatunternehmungen im Gebiete des Versicherungswesens, vom 25. Juni 1885.

Die Bestimmung von Art. 1, Absatz 2, des erwähnten Gesetzes wird, soweit sie mit obiger Vorschrift im Widerspruch steht, aufgehoben.

Die Bundesaufsicht wird durch das eidgenössische Versicherungsamt und die Kreisverwaltungen ausgeübt.

Die auf Gegenseitigkeit beruhenden Krankenversicherungs-Unternehmungen sind von den in Art. 12, Absatz 2, des erwähnten Bundesgesetzes vorgeschriebenen Leistungen (Staatsgebühr und Beitrag an die Verwaltungskosten) befreit.

Art. 162. Eine versicherungspflichtige Person kann, ohne einer Gemeinde- oder Betriebskrankenkasse anzugehören, dieser Pflicht dadurch genügen, daß sie bei einer freiwilligen Krankenversicherungsanstalt (Art. 161) gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheiten Versicherung nimmt, wenn sich die Anstalt mit Bezug auf eine solche Person den Vorschriften von Art. 127, Absatz 3 und 4, dieses Gesetzes, sowie den Bestimmungen des Bundesgesetzes betreffend die Unfallversicherung hinsichtlich der Obliegenheiten der Krankenversicherungsanstalten, unterzieht, und für die Erfüllung ihrer Verpflichtungen gegenüber diesem Versicherten Gewähr bietet oder Sicherheit leistet.

Die Kreisverwaltung entscheidet darüber, ob die vorstehenden Bedingungen erfüllt seien, und ist jederzeit befugt, auf den Entscheid zurückzukommen.

Der Bundesrat wird auf dem Verordnungsweg das Verfahren, welches durch den von obiger Befugnis Gebrauch machenden Versicherungspflichtigen zu beobachten ist, festsetzen und dabei darauf Bedacht nehmen, daß dasselbe für die Beteiligten möglichst wenig lästig werde, sowie daß in der Erfüllung der Versicherungspflicht keinerlei Unterbrechung stattfinde.

Die freiwilligen Krankenversicherungsanstalten sind verpflichtet, über diejenigen Personen, welche bei ihnen der Versicherungspflicht genügen, ein Verzeichnis zu führen und der Kreisverwaltung vom Austritt oder Ausschluß einer solchen Person unverzüglich Kenntnis zu geben.

Die im obigen früheren Artikel 162 citierten Bestimmungen des früheren Artikels 127 sind, dem Inhalt nach, identisch mit den Bestimmungen des dritten, vierten und fünften Absatzes von Art. 138 im gegenwärtigen Gesetzesentwurf betreffend die Krankenversicherung.

Wir haben uns aus den Beratungen der Expertenkommission (siehe das stenographische Bulletin, Seite 548—598), sowie aus

vielfachen Kundgebungen davon überzeugt, daß die oben wiedergegebenen Bestimmungen auf bedeutenden Widerstand stießen und, wenn festgehalten, das Zustandekommen des ganzen Versicherungswerkes gefährden würden. Da wir von dem Wunsche beseelt sind, die Vorlagen so zu gestalten, daß sie allseitig als annehmbar erklärt werden und unter freudiger Zustimmung der ganzen Nation in Gesetzeskraft erwachsen können, so haben wir sehr erhebliche Veränderungen vorgenommen, wie sich ergiebt, wenn die Bestimmungen der früheren Art. 161 und 162 einer- und die gegenwärtigen Art. 176—184 anderseits miteinander verglichen werden.

39. Bei der Begründung unserer in diese Art. 176—184 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung niedergelegten Vorschläge haben wir in erster Linie die Bedeutung und die Tragweite des Verfassungszusatzes „unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen“ näher zu erörtern.

Man wollte verhindern, daß die Bundesgesetzgebung diese bestehenden Kassen, wie damals befürchtet wurde, mit einem Federzug als aufgehoben erkläre. Man wollte aber auch verhindern, daß dieselben, wenn auch nicht ausdrücklich als aufgehoben erklärt, so doch auf Umwegen und thatsächlich durch den Entzug der Alimente zur Unthätigkeit und zu vorzeitigem Eingehen gezwungen werden. Darüber, ob die bestehenden Krankenkassen beim öffentlichen Krankenversicherungsgeschäft mitbethätigt werden sollen, stellte man damals noch gar keine Betrachtungen an. War man doch damals noch vollständig im ungewissen darüber, in welcher Weise, mittelst welcher Art von Anstalten, die öffentliche Krankenversicherung durchgeführt werden solle.

Wollen wir uns darauf beschränken, diejenigen freien Kassen zu berücksichtigen, welche zur Zeit des Inkrafttretens des neuen Verfassungsartikels bereits bestanden haben? Nur hierzu sind wir durch diesen verpflichtet. Oder sollen wir einen Schritt weiter gehen und die Berücksichtigung auch auf diejenigen freien Kassen ausdehnen, welche am Tage des Inkrafttretens der Versicherungsgesetze bestehen werden? Offenbar wird vielerorts heute noch angenommen, man werde oder müsse so weit gehen, werde dann aber Halt machen, die spätere Entstehung neuer freier Kassen verbieten oder verunmöglichen oder wenigstens erschweren, und es sei höchste Zeit, durch schleunige Gründung neuer freier Kassen wohlerworbene Rechte zu schaffen. Anders wäre ja die Hast nicht wohl zu erklären, mit welcher im Verlauf der letzten paar Jahre eine große Anzahl specifisch konfessioneller Krankenkassen ins Leben gerufen worden sind.

Nichts von alledem! Wir beabsichtigen keineswegs, nur diejenigen freien Kassen, welche zur Zeit der Verfassungsrevision bereits bestanden haben, oder nur diejenigen, welche im Zeitpunkt des Beginns der Wirksamkeit der Versicherungsgesetze bereits bestehen werden, zu berücksichtigen und damit das freiwillige Krankenkassenwesen auf den Aussterbeetat zu setzen. Schon der frühere, noch viel mehr aber der heutige Krankenversicherungsentwurf nehmen einen ganz andern Standpunkt ein.

Wir achten die bürgerliche Bewegungsfreiheit hoch. Wir schränken sie nur ein, wo es uns im Interesse der socialen Reform als notwendig erscheint, und lassen ihr im übrigen allen Spielraum. Wir überschätzen die lauten Stimmen nicht, welche sich im Namen der Freiheit gegen den Versicherungszwang auflehnen, weil sie immer noch im Bann von Weltanschauungen befangen sind, die ihre Zeit hinter sich haben, und weil sie finden, man dürfe dem socialen Elend nur mit homöopathischen Mitteln zu steuern suchen und müsse, soweit der Erfolg ausbleibe, eben Elend Elend sein lassen. Wir unterschätzen aber umgekehrt auch den hohen Wert der bürgerlichen Freiheit nicht. Diese läßt sich nur notwendige Schranken gefallen und bricht, besonders in der Demokratie, jede Schranke, welche durch den Staat lediglich zu dem Zwecke gezogen wird, damit alles über einen Leist geschlagen sei. Wir erblicken im Fortbestand und Neuerstehen freier Kassen keinen Nachteil für die Gesundheit des Staatswesens. Wir kümmern uns nicht darum, ob diese freien Kassen in erster Linie oder nebenbei aus Motiven hervorgehen, welche wir, sei es als Staatsbehörde, sei es als Privatpersonen, nicht billigen; genug, wenn solche Motive nach unserem Grundgesetz erlaubte sind. Wir erachten sogar vom Standpunkt der zu schaffenden öffentlichen Versicherungsanstalten aus das Fortbestehen der freien Kassen für wünschbar. So sehr wir darauf vertrauen, daß sich diejenigen Personen, welche berufen sein werden, das öffentliche Versicherungsgeschäft zu leiten, aus eigenem Antriebe bemühen werden, dieses aufs beste zu gestalten und zu einem allgemein geschätzten Volksbesitz zu erheben, so sehr anerkennen wir daneben, daß die Konkurrenz einen mächtigen Hebel für den Fortschritt auf jeglichem Gebiete, sei es ein privates oder öffentliches, bildet.

Wenn wir somit den Standpunkt der Freiheit einnehmen, so erfüllen wir damit gleichzeitig ein Gebot der Dankbarkeit. Man kann und soll nicht nur gegen verdiente Personen, sondern auch gegen verdiente Institutionen dankbar sein. Die freien Kassen haben segensreich gewirkt, uns mächtig vorgearbeitet und uns die einzuschlagenden Wege gewiesen. Hunderte, ja Tausende von Bürgern

haben durch Jahrzehnte hindurch dem Betrieb der Kassen und der Entwicklung des Kassenwesens ihre Feierabende und ihre Sonntage geopfert. Kein Wunder, daß vielerorts im Volke große Anhänglichkeit an die freien Kassen herrscht.

Wir sehen uns genötigt, das Kassenwesen zu verallgemeinern, das Land mit einem Netz von öffentlichen Kassen zu überspannen, und von Staates wegen Fürsorge zu treffen auf einem Gebiet, welches bisher fast ausschließlich der privaten Thätigkeit überlassen war. Wir dürfen annehmen, manche freie Kasse werde eingehen und es gerne der öffentlichen Kasse überlassen, fürderhin zu leisten, was sie, die freie Kasse, bisher geleistet hat. Wir wissen jedoch ebenfalls, daß manche andere freie Kasse fortleben und die mühsam im Lauf von Jahrzehnten gesammelten Reserven, sowie die ihr in dieser Zeit zu teil gewordenen liberalen Zuwendungen auch fürderhin selbst verwalten und genießen will.

Wäre es recht, nur um der Schablone willen sie daran zu hindern?

40. Wir lassen also die freien Kassen leben. Allein wir stellen sie und die verwandten Gebilde unter staatliche Aufsicht. Wir unternehmen diesen Schritt keineswegs mit Rücksicht auf die künftigen öffentlichen Krankenkassen und keineswegs in deren Interesse. Würde doch dieses Interesse offenbar dazu führen, die freien Kassen einfach gewähren und nach und nach verwildern zu lassen. Nein, wir statuieren die Staatsaufsicht im öffentlichen und, da sie eine wohlwollende sein wird, im Interesse der freien Kassen selbst.

Art. 34 der Bundesverfassung lautet im zweiten Absatz:

„Der Geschäftsbetrieb von Auswanderungsagenturen und von Privatunternehmungen im Gebiete des Versicherungswesens unterliegt der Aufsicht und Gesetzgebung des Bundes.“

Anläßlich der Feststellung des Bundesgesetzes betreffend Beaufsichtigung von Privatunternehmungen im Gebiete des Versicherungswesens, vom 25. Juni 1885, wurde die Frage aufgeworfen, ob die Kranken-, Sterbe-, Witwen- und Waisenversorgungs- und ähnliche Kassen dem Gesetze auch zu unterstellen seien. Die Botschaft des Bundesrats zu jener Gesetzesvorlage sagt darüber folgendes (Bundesbl. 1885, I, 123):

„Sollen nun diese Vereine, welche in ihrem Kreise so segensreich wirken und ein schönes Stück socialer Frage erledigen, auch unter das Gesetz gestellt werden, oder ist zu besorgen, daß die staatliche Einmischung nur lähmend einwirke, vielleicht mehr schade als nütze? Es will uns scheinen, daß diese Institute besser in der Luft der Freiheit belassen werden, in welcher sie bisher so schöne

Früchte zeitigten. Eine Ausnahme ist vielleicht zu machen bezüglich der Sterbekassen, welche keine Reserven bilden und daher schon so oft zur bitteren Enttäuschung ihrer Mitglieder dem sicheren Ruin entgegengegangen sind. Im Jahre 1879 existierten 101 solcher Sterbevereine, wovon nur 4 auf einer technisch richtigen Grundlage beruhten. Immerhin lassen sich für die Bestimmung dieser Ausnahmen nicht von vornherein bindende Regeln aufstellen, sondern es muß das der Entscheidung des Bundesrates überlassen werden."

Am 15. Juni 1886 faßte sodann der Nationalrat, veranlaßt durch eine Motion der Herren Curti, Scheuchzer und Grubenmann, folgenden Beschluß:

„Der Bundesrat wird eingeladen, zu untersuchen, ob und auf welche Weise der Bund es erreichen könnte, die Grundlagen der gegenseitigen Hülfsgesellschaften zu prüfen, die Garantien festzustellen, welche für die Anlage ihrer Gelder zu verlangen wären, und, soweit möglich, ihre engere Verbindung zu erleichtern.

„Der Bundesrat wird ferner eingeladen, die Frage zu prüfen, ob der Bund es nicht dahin bringen könnte, daß die Hülfskassen der Eisenbahngesellschaften wie folgt organisiert würden:

1. Falls bei einer Bahn ein Eigentums- oder ein Betriebswechsel stattfindet, bleiben dem Dienstpersonal seine Anteilsrechte an der Hülfskasse, sowie alle mit einer gewissen Dienstdauer zusammenhängenden Rechte gewahrt.
2. In gleicher Weise bleiben die daherigen Rechte denjenigen Eisenbahnangestellten gewahrt, welche aus dem Dienste einer Gesellschaft in den Dienst einer andern übergehen."

Der Bundesrat beantragte, lediglich das Hülfskassenwesen der Eisenbahngesellschaften gesetzlich zu ordnen (Bundesblatt 1888, IV. Band, Seite 801 ff.). Diesem Antrag wurde durch die Bundesversammlung Folge gegeben und das Bundesgesetz betreffend die Hülfskassen der Eisenbahn- und Dampfschiffgesellschaften, vom 28. Juni 1889, erlassen. Infolge dieses Gesetzes ist nun auf dem Gebiete der bezeichneten Hülfskassen, so gut als möglich, Ordnung geschafft worden.

Seither ist manches zu Tage getreten, was geeignet sein dürfte, anderen als den damaligen negativen Anschauungen mit Bezug auf die Notwendigkeit einer Bundeskontrolle über sämtliche freiwilligen Versicherungsanstalten Raum zu geben. Allerdings haben sich gemeinnützige Männer, an ihrer Spitze Herr Professor Kinkelin in Basel, Mühe gegeben, die Hülfskassen zu reformieren oder bei einzelnen solchen die Ansprüche der Mitglieder durch Einkauf bei soliden Anstalten sicherzustellen, und ihre Mühe war an manchem Orte von Erfolg gekrönt. Allerdings sind seit der Mitte der acht-

ziger Jahre einige Hülfskassen gegründet worden, welche auf ganz gesunder Basis ruhen. Und allerdings befleißigt sich eine große Zahl der Krankenkassen heute noch wie bisanhin eines soliden Betriebes mittelst des einfachen Umlageverfahrens. Allein auf der andern Seite steht es mit vielen Hülfskassen bedeutend schlimmer als vor zehn Jahren; die Mitglieder sind älter geworden und der entsprechende Zuwachs von jüngeren fehlt. Bei mehreren solchen Kassen ist der baldige Zusammenbruch unvermeidlich. Und speciell von den Krankenkassen sind es gerade einige der größten, welche regelmäßig mit Unterbilanzen abschließen und von welchen die eine sich mit beständigen Entnahmen aus der mit ihr verschwisterten Sterbekasse behilft. Soll der Staat mit verschränkten Armen weiter zuschauen? Nein. Das reine Vermögen und die Reserven der Hülfskassen betragen viele Millionen. Die jährlichen Mitgliederbeiträge werden auch in Zukunft noch erheblich mehr als eine Million betragen. Das ist vielfach Geld der „kleinen Leute", zumeist der Arbeiter, mit saurem Schweiß zusammengespart für die alten und die kranken Tage und für die einstigen Hinterlassenen. Soll der Staat mit verschränkten Armen weiter zuschauen, wie jenes Vermögen angelegt wird, wie diese Mitgliederbeiträge verwendet werden? Nein. Indem der Staat kontrolliert, übernimmt er allerdings eine gewisse moralische Verantwortlichkeit dafür, daß das, was er nicht beanstandet, gut sei. Soll der Staat, um diese ablehnen zu können, auf die Kontrolle verzichten? Nein. Es handelt sich um ein wichtiges Stück der Arbeiterschutzgesetzgebung, es handelt sich um die Kontrolle von Anstalten, welchen, gerade so wie den Sparkassen, der kleine Mann sein Geld deswegen anvertraut, weil die Anstalten zumeist der Öffentlichkeit angehören und deswegen vom Publikum ohne weitere Prüfung für solid gehalten werden.

Die Staatsaufsicht rechtfertigt sich im höchsten Grad mit Bezug auf die Sterbe-, Alters- und Pensions-, überhaupt mit Bezug auf all die Kassen mit notwendigem Deckungskapital. Sie rechtfertigt sich im vollen Maße auch mit Bezug auf die großen Krankenversicherungsanstalten, welche ihre Thätigkeit auf weite Gebiete ausdehnen. Sie rechtfertigt sich nur in geringerem Maße mit Bezug auf die kleineren Krankenkassen. Wir würden die Staatsaufsicht auf sie alle ausdehnen, wenn uns nicht die Rücksicht auf die Hauptaufgabe, welche uns heute gestellt ist, eine gewisse Zurückhaltung gebieten würde. Wir befinden uns auf dem Gebiete der Krankenversicherung und ordnen deshalb heute nur das Verhältnis derjenigen freiwilligen Versicherungsanstalten, welche sich mit der Krankenversicherung beschäftigen, wobei es dann allerdings nicht darauf ankommt, ob diese Branche ausschließlich oder gleichzeitig mit anderen Branchen betrieben werde.

41. Die Frage, ob Bundes- oder kantonale Aufsicht, ist im erstern Sinn zu beantworten. Einmal scheint es uns, daß die Bestimmung von Art. 34 der Bundesverfassung deutlich spreche: wenn der Bund die Aufsicht einführt, so soll er es sein, der sie ausübt. Zweitens wird jedenfalls die Kontrolle mit Bezug auf den Bundesrappen und über die eingeschriebenen Kassen Bundessache sein, und müßte sowieso, zum Behuf der einheitlichen Ausübung der Kontrolle, eine eidgenössische Beschwerdeinstanz eingerichtet werden. Drittens muß der Bund mit dem Inkrafttreten der Versicherungsgesetze sowieso besondere Organe, die Versicherungsbehörden, aufstellen, welche sich jahraus jahrein mit nächstverwandten Angelegenheiten zu befassen haben werden. Umgekehrt wären die meisten Kantone gar nicht in der Lage, die zur wirksamen Kontrolle erforderlichen versicherungstechnischen Hülfskräfte zu stellen.

Damit haben wir auch schon die Frage beantwortet, ob diese Bundesaufsicht dem bisherigen eidgenössischen Versicherungsamt, welches in Gemäßheit von Art. 12, Absatz 2, des Bundesgesetzes betreffend Beaufsichtigung von Privatunternehmungen im Gebiete des Versicherungswesens, vom 25. Juni 1885, eingerichtet wurde, oder den neuen Versicherungsbehörden übertragen werden solle. Da den letztern sowieso die Aufsicht über die Verwendung des Bundesrappens und über die eingeschriebenen Kassen zukommen wird, so ist es richtiger, die ganze neue Funktion ihnen zu übertragen, zumal ja auf dem Gebiete der Krankenversicherung den neuen Versicherungsbehörden eine durchaus neutrale Stellung zugewiesen und es also keineswegs zu befürchten ist, daß zu gunsten der öffentlichen Kassen die Behandlung der privaten irgendwie eine übelwollende sein werde.

Wir fassen die neu dem erwähnten Bundesgesetz zu unterstellenden Versicherungsanstalten in dem Ausdruck „die freiwilligen, auf Gegenseitigkeit beruhenden Hülfskassen der Schweiz, welche die Krankenversicherung betreiben“ zusammen (Art. 176 des Gesetzesentwurfs betreffend die Krankenversicherung) und verweisen zur Erklärung des also aufgestellten Begriffs auf die Definitionen in der erwähnten Arbeit Kinkelins, Seite 62, und in der Botschaft zu dem erwähnten Bundesgesetz, Bundesblatt 1885, Bd. I, Seite 122. Erstere lautet:

„Als gegenseitige Hülfsgesellschaften sind solche Vereine an„zusehen, die zum Zweck haben, ihre Mitglieder in gewissen, in „den Statuten vorgesehenen Fällen, namentlich bei Krankheit, Ar„beitsunfähigkeit, Alter, Arbeitsmangel etc., oder beim Todesfall „ihre Hinterlassenen aus einer gemeinsamen Kasse zu unterstützen, „welche hauptsächlich durch periodische Beiträge der Mitglieder „selbst gebildet und unter ihrer Mitwirkung geleitet wird.“

Die zweite, etwas gewagte, lautet:

„— — — diejenigen auf Gegenseitigkeit gegründeten Vereine, „deren Mitglieder sich Unterstützung unter Umständen bieten, welche „von Gesundheit, Leben und Tod der Mitglieder selbst oder ihrer „Angehörigen abhängen."

Über den Grund des Zusatzes „welche die Krankenversicherung betreiben", haben wir uns bereits ausgesprochen.

Die Bundesaufsicht soll eine unentgeltliche sein und im allgemeinen nach Anleitung des erwähnten Bundesgesetzes stattfinden. Da dieses nur auf die großen Versicherungsgesellschaften berechnet ist und deshalb die Aufsichtsvorschriften etwas kompliziert sind, so müssen diese für die Kontrolle der Hülfskassen vereinfacht werden.

Wir nehmen deshalb eine diese Vereinfachung vornehmende Verordnung des Bundesrates in Aussicht. Der korrekteste Weg wäre der einer Revision des erwähnten Bundesgesetzes. Allein wir bauen auf die Vorschriften von Art. 176 weitere Bestimmungen auf, welche unmittelbar mit unserer gegenwärtigen Hauptaufgabe zusammenhängen. Deshalb müßte jene Gesetzesrevision gleichzeitig mit der uns obliegenden Hauptarbeit stattfinden, was wieder eine Verzögerung des Hauptwerkes bedingen würde. Die in Aussicht genommene Verordnung kann ja mit der Zeit immer noch in Gesetzesform umgekleidet werden.

Wenn wir auch die nähere Umschreibung des Begriffs der Bundesaufsicht, vorderhand wenigstens, einer Verordnung anheimstellen, so sind doch dieser Verordnung die Wege gewiesen. Wir schreiben vor, daß die Aufsicht nach Anleitung des mehrerwähnten Bundesgesetzes stattfinden solle. Die Verordnung wird also im Sinn und Geist der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes erlassen, nur müssen dieselben mittelst der Verordnung vereinfacht werden. Nach jenem Sinn und Geist aber mischt sich die Aufsichtsbehörde absolut nicht in den Betrieb; sie erteilt die Konzession auf Grundlage der vorgewiesenen Kassenverfassung, Tarife und Ausweise über den Stand der Kasse; sie begnügt sich alsdann mit der Prüfung neuer allgemeiner Bestimmungen und der Jahresberichte, sowie der Jahresrechnung. Die Aufsichtsbehörde ist allerdings berechtigt, von der Kasse noch weitere Auskunft zu begehren und sich die Bücher, Kontrollen u. s. w. vorweisen zu lassen. Sie darf nur einschreiten und als Äußerstes die Konzession entziehen, wenn der Stand der Anstalt für die Versicherten nicht mehr die notwendige Garantie bietet oder das allgemeine Interesse als gefährdet erscheint und die zur Abhülfe der Mängel angesetzten Fristen unbeachtet geblieben sind. Streitigkeiten innert der Hülfskasse, zwischen ihr und einzelnen

Versicherten, entscheidet sie nicht; der ordentliche oder der in den Statuten vorgesehene Richter hat über solche zu urteilen. Eine Ahndung erfolgt nur durch den ordentlichen Richter und nur dann, wenn der Aufsichtsbehörde oder dem Publikum unwahre Angaben gemacht werden.

Wir halten dafür, daß eine solche unentgeltliche, in keiner Weise belästigende, vielmehr stets nur wohlwollende Aufsicht durch im Versicherungsfach bewanderte Beamte im allerhöchsten Interesse der Hülfskassen selbst liegt und von ihnen freudig begrüßt werden sollte. Sie wird der soliden Kasse eine starke Stütze, der unerfahrenen ein treuer Ratgeber, der unsoliden ein freundlicher Mahner sein. Wir sind davon überzeugt, daß sie segensreich wirken und sich bald allgemeiner Anerkennung erfreuen wird, wie dies bekanntlich mit Bezug auf das gegenwärtige eidgenössische Versicherungsamt im In- und Ausland der Fall ist.

42. Von der Verfassungsvorschrift der Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen ausgehend, und unseren Standpunkt mit Bezug auf die freiwilligen Krankenkassen im allgemeinen erörternd, haben wir im Anschluß daran unseren Vorschlag auf Einführung einer Bundesaufsicht über die sämtlichen freiwilligen Hülfskassen, welche die Krankenversicherung betreiben, begründet und besprechen nunmehr noch das Verhältnis der Bundessubvention zu denselben.

Wie schon bei Besprechung der Bundesleistung an die Krankenversicherung ausgeführt worden, halten wir dafür und schlagen wir vor, daß der Bundesrappen auch der freien Kasse zu gute kommen soll. Selbstverständlich unter einer Bedingung, nämlich derjenigen, daß die auf den Bundesrappen Anspruch erhebende freie Kasse dem Versicherten, für welchen der Bundesrappen bestimmt ist, unentgeltlich ärztliche Behandlung und Arznei, kurz alles das, worauf in der Gemeindekrankenkasse der Halbversicherte Anspruch besitzt, mindestens in demselben Umfang und mindestens auf dieselbe Dauer verabfolge. Diese Bedingung bedarf keiner besonderen Rechtfertigung. Es kann sich nur fragen, ob wir in dem „mindestens ebensoviel und ebensolang" auch den Nachgenuß gemäß Art. 29 als inbegriffen betrachten. Wir verneinen diese Frage aus dem nämlichen Grunde, aus welchem wir in Art. 136 die Nachgenußvorschrift weggelassen haben. Wir haben im übrigen die Bedingungen für die freien Kassen absichtlich etwas loser formuliert als in den Art. 138 und 178, weil wir jeden Schein der Kleinlichkeit und Chicane vermeiden und den Bundesbeitrag nicht davon abhängig machen wollen, ob die freien Kassen auch in den kleinsten Einzelheiten zum mindesten genau so viel leisten, wie die Gemeinde-

krankenkassen, und ob die Leistungen höchstens in denjenigen einzelnen Fällen und in demjenigen Einzelmaße durch sie entzogen oder verkürzt werden, wie in der Gemeindekrankenkasse.

Was nun die Kontrolle darüber, ob die Bedingungen erfüllt seien, anbetrifft, so wird sie allerdings nicht auf die Prüfung der statutarischen oder sonstigen Zusicherungen beschränkt werden können, sondern auf die Prüfung der wirklichen Leistungen ausgedehnt werden müssen. Diese letztere permanente Aufsicht wird sich in vernünftigen Schranken halten. Wir vertrauen darauf, daß die freiwilligen Versicherten, für welche der Bundesbeitrag bezahlt wird, ihre Rechte auch selbst einigermaßen wahren und der Staatsbehörde bei der Kontrolle behülflich sein werden.

Wir machen darauf aufmerksam, daß sich die oben umschriebene intensivere Kontrolle nur auf diejenigen freien Kassen erstrecken wird, welche Anspruch auf den Bundesrappen erheben, daß es dagegen hinsichtlich aller anderen freien Kassen bei der einfacheren Kontrolle und Beratung, wie wir sie im vorhergehenden Abschnitt umschrieben haben, sein Bewenden haben wird.

Da, wie schon erwähnt, manche Hülfskasse noch neben der Krankenversicherung andere Versicherungsarten betreibt, also nicht eine Krankenkasse im engeren Sinn des Wortes ist, nichtsdestoweniger aber doch Anspruch auf den Bundesrappen für die Krankenversicherung besitzt, so sprechen wir in Art. 177 nicht von „Krankenkassen", sondern allgemein von „Hülfskassen".

Die Hülfskasse besitzt unter der im Gesetz bestimmten Voraussetzung einen Anspruch auf die Bundesleistung für ihre schweizerischen Mitglieder. Wenn sie dessen, was sie ansprechen kann, teilhaftig werden will, so muß sie diesen Willen kund geben, sich anmelden. Sie kann auf den Anspruch verzichten, sei es indem sie sich nicht anmeldet, sei es indem sie, nachdem sie den Bundesrappen eine Zeit lang bezogen, aus irgend einem Grunde wieder ausdrücklich Verzicht leistet. Die Mitglieder selbst besitzen keinen Anspruch gegenüber dem Bund auf die Bundesleistung, können also auch nicht auf den Anspruch gegenüber dem Bund verzichten. Wenn ein schweizerisches Mitglied gern die ganze Prämie allein zahlt, so schenkt es den Bundesrappen der Hülfskasse.

Es kann sich zum Schluß noch fragen, ob der Bundesrappen nicht dann einer Hülfskasse allgemein und für die Zukunft entzogen werden solle, wenn zwar nicht genügende Gründe vorliegen, um ihr die allgemeine Konzession vom Standpunkt des Art. 176 aus zu entziehen, wohl aber diejenige Leistung, welche die Voraussetzung für den Anspruch auf den Bundesrappen bildet, wiederholt und trotz erlassener Mahnung ungenügend oder unvollständig verabfolgt wird.

Wir verneinen diese Frage. Im Bejahungsfall dürfte der Entzug jedenfalls nicht als ein ewiger erklärt, sondern nur auf eine bestimmte Zeitdauer ausgesprochen werden (siehe den analogen Fall in Art. 179, Absatz 4).

So viel zur Erläuterung des Abschnittes D, 1, Art. 176 und 177, des Gesetzesentwurfs betreffend die Krankenversicherung.

43. Wir gehen zur Erörterung der Bestimmungen betreffend die eingeschriebenen Krankenkassen über (Art. 178—184). Der frühere Entwurf kannte, wie wir wissen, diesen Begriff noch nicht, sondern bestimmte lediglich, daß jemand der Versicherungspflicht auch bei einer freien Kasse genügen könne, insofern diese ihm mindestens so viel und so lange leiste, wie nach gesetzlicher Vorschrift die Gemeindekrankenkasse. Dabei hatte es die Meinung, daß alsdann für einen solchen Versicherungspflichtigen weder der Arbeitgeber noch die Versicherungsgemeinde an die freie Kasse etwas schulde.

Diese Ordnung des Verhältnisses wurde in der Expertenkommission, in den Versammlungen der organisierten Arbeiterschaft und in den Kreisen der bisherigen Krankenkassen als ungenügend und für die freien Kassen ruinös aufs schärfste angegriffen.

Die Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande ging, wie schon früher erwähnt, anfänglich so weit, zu verlangen, daß die öffentliche Krankenversicherung in erster Linie den freien Kassen übertragen werde und die öffentlichen Krankenkassen nur eine subsidiäre Stellung einnehmen sollen. Wir haben an anderem Orte bereits gezeigt, daß ein solches Begehren unhaltbar ist.

Mehr Bedeutung besitzt das Begehren, daß diejenigen freien Kassen, welche sich darüber ausweisen, daß sie dem Versicherungspflichtigen so viel leisten wie die Gemeindekrankenkassen und die Betriebskrankenkassen, denselben auch in den Rechten gleichgestellt werden, insbesondere daß auch sie befugt seien, die Prämie des Versicherungspflichtigen vom Arbeitgeber, beziehungsweise der Versicherungsgemeinde, zu erheben, und daß der Arbeitgeber auch mit Bezug auf denjenigen Arbeiter, welcher seiner Versicherungspflicht in einer solchen freien Kasse genügt, die Hälfte der Prämie an sich zu tragen habe.

Im Anschluß hieran wurde von den Vertretern der freien Kassen in der Expertenkommission ein „Öffentlichkeitsrecht“ konstruiert und verlangt, daß diejenigen freien Kassen, welche sich also als Organe der Zwangsversicherung vorstellen, dieses „Öffentlichkeitsrechts“ teilhaftig werden. Als Ausflüsse des „Öffentlichkeits-

rechtes" bezeichnete man die Steuerfreiheit, die Portofreiheit und die Befugnis, sich unentgeltlich der eidgenössischen Post zu bedienen, endlich den Anspruch auf Eintritt in das durch den Gesetzesentwurf hergestellte Freizügigkeitsverhältnis (Art. 33 ff.).

Erledigen wir sofort diese Frage des Öffentlichkeitsrechtes. Wir lehnen es ab, dasselbe von Bundes wegen den freien Kassen zu verleihen, und zwar erfolgt diese Ablehnung aus folgenden Gründen. Erstens unterscheiden sich die Gemeindekrankenkassen und Betriebskrankenkassen sehr wesentlich von den freien Kassen, und zwar dadurch, daß jene die Versicherungspflichtigen aufnehmen müssen, während jede freie Kasse gemäß ihrer Natur — denn sonst wäre die Kasse keine freie Kasse mehr — den Aufnahmszwang ablehnt. Der Aufnahmszwang ist ein wesentliches Merkmal des öffentlich-rechtlichen Charakters der Gemeindekrankenkassen und der Betriebskrankenkassen; die freien Kassen besitzen jenes Merkmal nicht und darum auch nicht diesen Charakter. Ebenso sind die Steuer- und Portofreiheit ein Ausfluß der öffentlich-rechtlichen Natur der Gemeinde- und Betriebskrankenkassen und können deshalb den freien Kassen nicht zugebilligt werden. Zweitens, mit Bezug auf die Portofreiheit, fehlt jede Gewähr gegen den Mißbrauch, indem die Organe der freien Kassen ausschließlich private sind. Und was endlich die Freizügigkeit anbetrifft, so kann aus dem bereits angegebenem Grunde, daß gegenüber den freien Kassen kein Aufnahmszwang besteht, davon keine Rede sein, daß dem oben bezeichneten Begehren entsprochen werde.

Den Kantonen bleibt unbenommen, den freien Kassen Steuerfreiheit zu gewähren. Eine solche Gewährung der Steuerfreiheit erscheint in all den Fällen wünschbar, wo der einzige oder Hauptzweck der freien Kasse ein gemeinnütziger ist.

So viel mit Bezug auf das „Öffentlichkeitsrecht".

44. Treten wir nunmehr auf die Hauptsache ein. Wir enthalten uns jeder weitern Erörterung der Frage, ob im allgemeinen jemand der Versicherungspflicht auch dadurch in gesetzlich zulässiger Weise solle genügen können, daß er einer solchen freien Kasse beitritt, welche ihm im Erkrankungsfall mindestens so viel gewährt, wie eine öffentliche Krankenkasse. Die Frage ist nach unserem Dafürhalten ohne weiteres zu bejahen, hat jedoch, für sich allein genommen, im großen und ganzen eine lediglich akademische Bedeutung. Wichtiger ist die folgende weitere Frage:

Soll die auf einen solchen Versicherungspflichtigen entfallende Krankenversicherungsprämie von seinem Arbeitgeber geschuldet und zur Hälfte von

ihm selbst getragen werden, wie bei den öffentlichen Kassen?

Sagen wir Nein, so sind die öffentlichen Kassen im Vorteil. Erstens haben sie einen in der Regel zahlungsfähigeren Schuldner. Zweitens erhält der Arbeiter von der öffentlichen um den halben Preis so viel wie von der freien Kasse, und die Folge wird sein, daß sich die große Mehrzahl der Versicherungspflichtigen von den freien Kassen fernhält. Damit ist es um diejenigen freien Kassen geschehen, welche gerade für die Aufnahme der Arbeiter bestimmt sind, um sie für politische, sociale oder religiöse Zwecke zu gewinnen und zu organisieren. Mancher würde es nicht bedauern, wenn solche Kassen eingingen. Damit ist es jedoch auch um diejenigen freien Kassen geschehen, welche, ohne solche Neben- oder Hauptzwecke, nach der Zusammensetzung der Bevölkerung des Gebietes eben vornehmlich auf das Aliment der arbeitenden Klasse angewiesen sind. Aber auch alle übrigen freien Kassen werden um ein wichtiges Aliment gekürzt.

Sagen wir Ja, so sind die freien Kassen im Vorteil. Sie besitzen dann, gerade so wie die öffentlichen, den Anspruch auf den Bundesrappen; sie haben, wie jene, den Arbeitgeber als Schuldner; ihre Mitglieder müssen, wie jene, nur die halbe Auflage selbst tragen. Dagegen besitzen sie die freie Auswahl der Mitglieder, sonst wären sie keine freien Kassen. Sie werden deshalb nur die Gesunden und nur die Jungen und nur die Männer annehmen. Den öffentlichen Kassen kommt eine solche Auswahl nicht zu. Die Gemeindekrankenkasse muß jeden aufnehmen, welcher die Eigenschaft eines unselbständig Erwerbenden besitzt; die Betriebskrankenkasse jeden, welcher von dem Betriebsunternehmer eingestellt wird, so daß da wiederum nicht der Wille und das Interesse der Kasse, sondern der Wille und das Interesse des Betriebsunternehmers maßgebend sind; sein Interesse aber deckt sich bei weitem nicht immer mit demjenigen der Betriebskrankenkasse. Das Facit wird darin bestehen, daß die freie Kasse um die gleiche Prämie entweder mehr bieten wird, als die öffentliche, oder das, was die öffentliche leistet, um eine niedrigere Prämie leisten wird. Die freie Kasse erhält Zufluß und floriert. Die öffentliche Kasse wird entvölkert, und es bleiben ihr nur die ungünstigen Alimente. Die Gemeindekrankenkasse leidet Not und belastet, da sie ja nicht eingehen kann, die Versicherungsgemeinde enorm. Die Betriebskrankenkasse leidet Not; der Betriebsunternehmer muß die meisten Prämien an die freien Kassen entrichten und zum Lohn dafür das große Deficit der eigenen Betriebskrankenkasse aushalten. Er wird die eigene Kasse von sich abschütteln und es wird infolgedessen die Gemeinde-

krankenkasse noch mehr belastet werden, als sie es schon ist. Oder der Betriebsunternehmer wird, falls ihm der Abschüttelungsversuch nicht gelingt, zum letzten, aber auch gehässigsten, Abhülfsmittel Zuflucht nehmen, nämlich zur Ersetzung derjenigen Arbeiter, welche ihrer Versicherungspflicht in den freien Kassen Genüge leisten, durch solche, welche der Betriebskrankenkasse beizutreten und treu zu bleiben versprechen. Dem Einwurf, daß er seine Arbeiter ungebührlich beeinflusse, kann er entgegenhalten, daß er sich im Zustand der Notwehr befinde.

Es ist ganz klar, daß die oben aufgestellte Frage nicht absolut bejaht werden kann. Wir richten die öffentlichen Kassen nicht ein, damit sich diejenigen, für welche sie berechnet sind, von ihnen fernhalten, und damit sie, die öffentlichen Kassen, ein Kinderspott werden.

Die Theorie, daß die Prämie einen Teil des verdienten Lohnes bilde und deshalb vom Arbeiter verwendet werden könne, wie ihm beliebe, ist in ihrem ersten Teil anfechtbar und in ihrem zweiten Teil ganz falsch. Der Staat ist's, der die Prämienpflicht aufstellt; darum ist's auch an ihm, die Merkmale dieses Begriffes festzustellen und zu erklären, wohin die Prämie, zu welcher er jemand verpflichtet, einzuzahlen sei.

45. Es ist schon in der Expertenkommission versucht worden, zwischen der absoluten Bejahung und der absoluten Verneinung der Frage einen Ausweg zu finden. Auch wir haben uns, redlich und ohne Voreingenommenheit, Mühe gegeben, eine solche Lösung zu finden.

Die Lösung besteht unseres Erachtens darin, daß wir die Frage an und für sich bejahen, jedoch eine Anzahl von Bedingungen und Vorschriften aufstellen.

I. Einzelne solcher Bedingungen sind selbstverständlich. Sie bezwecken erstens den nötigen Schutz des Arbeiters und des Arbeitgebers, zweitens eine Erleichterung der Kontrolle und drittens die Wahrung der Interessen der Unfallversicherungsanstalt.

a. So gewiß wir die Zwangsversicherung zu dem Zwecke einführen, um dem Zwangsversicherten gewisse Ansprüche zu sichern, welche wir in dem Abschnitt „Leistungen der Gemeindekrankenkasse" der Gesetzesvorlage betreffend die Krankenversicherung festgestellt haben, so gewiß können wir nur dann gestatten, daß jemand in einer freien Kasse seiner Versicherungspflicht genüge, wenn ihm diese freie Kasse mindestens dasjenige gewährt, was die Gemeindekrankenkasse.

b. Zum Schutz des Arbeitgebers schreiben wir vor, daß er zu keiner höhern Prämie angehalten werden darf, als wie sie an diejenige öffentliche Krankenkasse, zu welcher der Versicherungspflichtige an und für sich gehören würde, bezahlt werden müßte. Ist die Prämie der freien Kasse höher und will der Versicherungspflichtige dennoch bei letzterer verbleiben, so wird es Sache der Kasse und des Versicherungspflichtigen sein, sich darüber zu verständigen, wie das Plus, ohne weitere Belastung des Arbeitgebers, aufgebracht werden solle. Der Arbeitgeber ist übrigens nur berechtigt, selbstverständlich aber nicht verpflichtet, die Einzahlung eines solchen Plus aus seiner Tasche abzulehnen.

c. Behufs Erleichterung der Kontrolle über die Erfüllung der Versicherungspflicht schreiben wir vor, daß der Versicherungspflichtige nur einer solchen freien Kasse beitreten dürfe, welche sich an seinem Wohnort oder am Ort des ihn beschäftigenden Betriebes befindet. Die Kontrolle wäre, besonders hinsichtlich der Frage des Austritts, erschwert, wenn nicht verunmöglicht, insofern der in Zürich wohnhafte Arbeiter einer freien Kasse in Genf beitreten könnte.

d. Wir benützen die Krankenkassen als Hülfsorgane der Unfallversicherungsanstalt. Das Interesse der letztern gebietet, daß auch die freie Kasse, wenn sie Versicherungspflichtige aufnimmt, mit Bezug auf diese die nämlichen Funktionen übernehme, wie sie den öffentlichen Kassen als Hülfsorgane der Unfallversicherung überbunden sind, insbesondere hinsichtlich der Krankenbehandlung und des Prämienbezugs.

II. Außer den erörterten vier Bedingungen, welche wie gesagt selbstverständlich sind, stellen wir nun aber, im Interesse der öffentlichen Kassen, der Versicherungsgemeinde und aller übrigen Beteiligten, noch drei weitere Vorschriften beziehungsweise Verbote auf.

Es darf weder, erstens, eine Gefährdung der öffentlichen Kassen, noch, zweitens, ein Mißbrauch der gewährten Befugnis durch die freie Kasse zu ungunsten des bei ihr untergebrachten Versicherungspflichtigen oder des Prämienschuldners oder der öffentlichen Kassen stattfinden. Und drittens soll derjenige Versicherungspflichtige, welcher die freie Kasse vorgezogen hat, regelmäßig in derselben bleiben.

a. Salus publica suprema lex; die Gemeindekrankenkasse und die Betriebskrankenkasse sind öffentlich-rechtliche Einrichtungen. Die Gesundheit des Staatswesens ist bedingt durch die Gesundheit seiner Einrichtungen. Der Staat hat die Pflicht, Fürsorge zu treffen für diese Gesundheit, und besitzt das Recht, die bürgerliche Freiheit zu beschränken, wenn ohne die Beschränkung die als notwendig er-

achtete staatliche Einrichtung dem Siechtum und er selbst der Lächerlichkeit anheimfallen würde. Wie innert des Bereiches der öffentlichen Kassen die Gemeindekrankenkasse, welche als unsere Normalkasse bestehen muß und ideell ewig bestehen wird, der Betriebskrankenkasse vorgeht, so gehen die beiden öffentlichen den freien vor. Wie im Notfall das Interesse der Betriebskrankenkasse demjenigen der Gemeindekrankenkasse weichen muß, so soll auch die freie Kasse hintanstehen, wenn es das Interesse der öffentlichen Kassen gebieterisch erheischt. Sonst wäre es besser, wir würden gar keine öffentlichen Kassen einrichten, sondern das Zwangsversicherungsgeschäft den freien Kassen überlassen und uns nicht weiter um denjenigen bekümmern, der zwar dem Versicherungszwang unterliegt, allein bei keiner freien Kasse ankommt. Das Zwangsversicherungsgeschäft den freien Kassen überlassen? eine wahre contradictio in adjecto.

Wir begründen nach dem Gesagten die erste der bezeichneten Vorschriften mit der Notwendigkeit des Fortbestandes der öffentlichen Kassen als staatlicher Einrichtungen. Wir erachten den Fortbestand als notwendig, weil wir sonst den Versicherungszwang nicht handhaben können. Wir erachten ihn jedoch nicht als notwendig mit Bezug auf die freiwillige Versicherungsnahme, mit Bezug auf die freiwilligen Mitglieder der öffentlichen Kassen. Daraus ergiebt sich, daß wir auf letzterem Gebiete die freie Konkurrenz walten lassen müssen und von einer Gefährdung der öffentlichen Kasse dann nicht sprechen dürfen, wenn nur ihr Accidenzgeschäft, nämlich dasjenige der freiwilligen Versicherung, unter der Konkurrenz leidet. Eine Gefährdung im Sinne der aufzustellenden Bedingungen liegt also sogar dann nicht vor, wenn das letzte freiwillige Mitglied der öffentlichen Kasse durch die freie Kasse abgefangen und zu sich hinübergezogen wird, sofern nur die öffentliche Kasse immer noch mehr als 200, obligatorische, Mitglieder zählt.

b. Nun die zweite der drei aufgestellten Vorschriften. Es ist sehr leicht gedenkbar, daß in einer freien Kasse, welche sich mit der Aufnahme versicherungspflichtiger Personen beschäftigt, solche Mißstände zu Tage treten, welche zwar nicht genügen, um derselben die Konzession als einer freiwilligen Hülfskasse zu entziehen, wohl aber es als Notwendigkeit erscheinen lassen, ihr, wenigstens für einige Zeit, keine Versicherungspflichtigen mehr anzuvertrauen.

Nehmen wir an, daß sich die Klagen der kranken Arbeiter über schlechte Behandlung, über ungenügende oder saumselige Verabfolgung der gesetzlichen Leistungen häufen und wiederholte Mahnungen erfolglos geblieben sind. Soll da kein anderes Abhülfsmittel bestehen, als die Verweisung der Beschwerdeführer an die Gerichte?

Nehmen wir weiter an, die Prämie der obligatorisch Versicherten werde höher gestellt als die Prämie der übrigen Mitglieder der freien Kasse und die Differenz ganz oder zum Teil, bar oder auf andere Weise, dem obligatorisch Versicherten vergütet. Soll da der übervorteilte Arbeitgeber mit Bezug auf jede fällige Prämie einen Prozeß bestehen müssen, um diesen, je nachdem, zu gewinnen oder zu verlieren? Soll da die Aufsichtsbehörde außer stande sein, dem Skandal ein Ende zu machen; soll das einzige Mittel darin bestehen, daß man der Hülfskasse überhaupt die Konzession entzieht? Nein, die einzig richtige Repression besteht darin, daß einer solchen Kasse, welche im übrigen fortexistieren mag, nach fruchtloser Mahnung das Recht, Versicherungspflichtige zu beherbergen, auf geraume Zeit entzogen wird.

Nehmen wir drittens an, die jungen und gesunden obligatorischen Mitglieder werden durch Geld oder anderweitige Gaben aus der öffentlichen in die freie Kasse hinübergeangelt. Solches darf die öffentliche Kasse gegenüber niemandem treiben; die betreffende Ausgabe dürfte nicht in die Rechnung eingestellt und müßte von den Vorstandsmitgliedern aus der eigenen Tasche bezahlt werden. Wohl aber darf das an und für sich eine freie Versicherungsanstalt unternehmen. Warum auch nicht? Freie Konkurrenz. Und doch wird jedermann darüber einig sein, daß solches hier unzulässig ist.

Im übrigen können wir die einzelnen Unterbegriffe des Oberbegriffs „Mißbrauch“ unmöglich erschöpfend aufzählen; das Auskunftsmittel des Undsoweiter nach Aufstellung einiger Unterbegriffe soll in einem Gesetze überhaupt möglichst vermieden werden; also besteht kein anderer Ausweg, als den Begriff allgemein zu formulieren und denselben mit den möglichen Kautelen gegen Willkür zu umgeben.

c. Mit der zweiten steht die dritte Vorschrift im Zusammenhang. Auch diese dritte erscheint schon auf den ersten Blick als eine gerechte. Doch könnte man da leicht zu weit gehen.

Ein Arbeiter von Escher, Wyß & Cie. in Zürich III tritt in die katholische Männerkasse Zürich III ein, wechselt aber bald den Platz und findet Kondition in der Eisenbahnwerkstätte Yverdon. Soll er nun trotzdem, gegen seinen Willen oder gegen den Willen der freien Kasse in Zürich, bei ihr verbleiben müssen?

Oder: unser Mann verließ nach vierwöchentlicher Arbeit das Etablissement von Escher, Wyß & Cie. und trat gleichzeitig aus jener freien Kasse aus, eröffnete in Zürich ein eigenes Geschäft und blieb von da an versicherungslos. Nach Jahren nimmt er, älter geworden und nicht mehr gesund, wieder Arbeit bei einem Dritten,

bei der Seidenfärberei Fierz in Zürich III. Und nun soll er wieder in jene freie Kasse eintreten müssen, und nun soll diese ihn wieder nehmen müssen, falls sie nämlich noch existiert? Nein.

Wir haben im Gesetz eine Formel aufgestellt, durch welche die freien Kassen nicht in dem Maße verpflichtet werden, daß die Verpflichtung als eine Härte empfunden werden könnte. Eine geheime mißbräuchliche Umgehung der Vorschrift seitens der freien Kassen zu vermeiden, ist unmöglich. Kommt der Mißbrauch an den Tag, so kann der einzelne Fall korrigiert, durch die geschädigte öffentliche Kasse Schadenersatz verlangt und im weiteren gemäß dem vorhin, unter litt. *b*, Ausgeführten vorgegangen werden.

46. Bis dahin sprachen wir nur von der absolut versicherungspflichtigen Person und der Verpflichtung ihres Arbeitgebers, die Prämie einzuzahlen und die Hälfte der einbezahlten Prämie an sich zu tragen.

Was nun die relativ, gemäß Art. 6 und 7 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung, versicherungspflichtigen Personen anbetrifft, so besteht zwar aller Grund zu der Annahme, daß die Sehnsucht der freien Kassen nach diesem Alimente eine bedeutend geringere sein werde. Immerhin schreiben wir, weil kein Grund für eine entgegengesetzte Bestimmung ersichtlich wäre, vor, daß die Versicherungsgemeinde auch mit Bezug auf denjenigen relativ Versicherungspflichtigen, welcher seiner Pflicht in einer freien Kasse genügen will, für die Prämie garantieren muß, insofern diese freie Kasse die im vorigen Abschnitt bezeichneten Bedingungen und Vorschriften erfüllt.

Nachdem wir hiermit das Verhältnis der freien Kassen zur Zwangsversicherung erörtert, haben wir uns noch über die Systematisierung des Ergebnisses dieser Erörterungen schlüssig zu machen. Der frühere Entwurf begnügte sich, wie wir wissen, in der Hauptsache damit, daß er das Recht des Versicherungspflichtigen, seiner Pflicht durch den Beitritt zu einer freien Kasse zu genügen, im allgemeinen anerkannte und die Bedingungen festsetzte. Der frühere Entwurf stellte also auf den einzelnen Fall und dessen Einzelerledigung ab. Nachdem wir uns entschlossen haben, den freien Kassen mehr entgegenzukommen, und infolgedessen voraussehen müssen, daß von jenem Rechte sehr häufig Gebrauch werde gemacht werden, halten wir es für angezeigt, das Verhältnis der freien Kassen zur Zwangsversicherung nicht nur vorzusehen, sondern zu organisieren. Wir entheben zu diesem Behuf dem Oberbegriff der freien Hülfskassen einen Unterbegriff, welchen wir mit dem auszeichnenden Merkmal der Versicherung Versicherungspflichtiger ausstatten. Wir nennen

diese besondere Art der freien Hülfskassen eingeschriebene Krankenkassen. Diese Bezeichnung kommt auch anderswo mit ähnlicher Bedeutung vor; siehe die vergleichende Zusammenstellung der schweizerischen Entwürfe mit der deutschen und österreichischen Gesetzgebung.

Die Rechtsverhältnisse dieser eingeschriebenen Kassen kleiden wir in Gesetzesform mittelst der Art. 178—184 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung, und formulieren jene Bedingungen und Vorschriften folgendermaßen:

Art. 178. Will eine freie Hülfskasse eine eingeschriebene Krankenkasse werden, so hat sie sich bei der Versicherungsbehörde anzumelden und der Anmeldung beizufügen:

1. den Ausweis betreffend die Mindestleistungen, *Bedingung I a*,
2. die Erklärung, der Unfallversicherung als Hülfsorgan zur Verfügung zu stehen, *Bedingung I d.*

Alsdann wird der Anmeldung entsprochen, „insofern nicht anzunehmen ist, daß dadurch eine öffentliche Krankenkasse gefährdet werde", *Bedingung II a.*

Art. 179. Die eingeschriebene Krankenkasse verliert diesen ihren Charakter im Fall des Verzichts oder des Entzugs. Der Entzug kann seitens der Versicherungsbehörde ausgesprochen werden, wenn

1. „der Fortbestand eine öffentliche Krankenkasse gefährdet", *Bedingung II a,*

   oder

2. „im Betrieb der eingeschriebenen Krankenkasse trotz erfolgter „Mahnung wiederholt grelle Mißstände zu ungunsten der bei „ihr befindlichen zwangsversicherten oder der für solche „prämienpflichtigen Personen oder einer öffentlichen Kranken„kasse zu Tage getreten sind", *Bedingung II b.*

Art. 181. Der Versicherungspflichtige kann seiner Pflicht in einer eingeschriebenen Krankenkasse genügen, welche sich an seinem Wohnort oder am Ort des ihn beschäftigenden Betriebes befindet. *Bedingung I c.*

„Wer von der Befugnis Gebrauch gemacht hat, verbleibt in der eingeschriebenen Krankenkasse, solange er in dem Versicherungskreise seines damaligen Wohnorts oder des Betriebes, in welchem er damals beschäftigt war, versicherungspflichtig ist und wenn er nicht in der Folge während mehr als vier Wochen von der Versicherungspflicht frei wird.

Der Vorstand derjenigen öffentlichen Krankenkasse, zu welcher ein solcher Versicherungspflichtiger an und für sich gehört, ist jedoch mit Zustimmung der Kreisbehörde befugt, den Übertritt in diese öffentliche Krankenkasse gegen Entschädigung oder ohne solche zu bewilligen." *Vorschrift II c.*

Art. 183. „Weder der Arbeitgeber noch die Versicherungsgemeinde kann jedoch zu einem höheren Beitrag angehalten werden, als an diejenige öffentliche Krankenkasse, zu welcher der Versicherungspflichtige an und für sich gehört, bezahlt werden müßte." *Vorschrift I b.*

Wir erklären die Verleihung und den Entzug des Charakters einer eingeschriebenen Krankenkasse als Verwaltungssache. Als zuständig bezeichnen wir die oberste Versicherungsbehörde, das eidgenössische Versicherungsamt, und räumen den Rekurs an den Bundesrat ein. Dadurch glauben wir den freien Kassen die nötigen Garantien gegen willkürliche Behandlung geboten zu haben. Will man in dieser Beziehung noch weiter gehen, so kann man die Frage des Entzugs als Rechtssache und das Bundesgericht als zuständig erklären. Das Verfahren würde jedoch sehr kompliziert, und solche Prozesse müßten nach der Natur der Sache eine lange Zeit in Anspruch nehmen.

In Ansehung des Verhältnisses zur Zwangsversicherung giebt es hiernach nur solche freie Kassen, welche sich gar nicht mit derselben befassen, und solche (die eingeschriebenen), welchen auch Versicherungspflichtige angehören können und welche, mit Bezug auf diese, gegenüber den Arbeitgebern und Versicherungsgemeinden den gleichen Anspruch besitzen, wie die öffentlichen Kassen. Eine dritte Art von freien Kassen, nämlich solche, welchen zwar Versicherungspflichtige ebenfalls angehören können, jener Anspruch jedoch nicht zusteht, kennen wir nicht.

47. Wir haben das Versprechen der Verfassung, daß die bestehenden Krankenkassen zu berücksichtigen seien, nicht nur seinem Wortlaut nach, sondern — was hier ein Vieles mehr bedeutet — gemäß seinem Sinn und Geist eingelöst. Wir wissen, daß mancher überzeugte Anhänger des neuen Bundeswerkes unsere Konzessionen als zu weit gehend erklärt und in denselben eine Verstümmelung dieses Werkes erblickt. Wir geben nach dieser Seite hin zu bedenken, daß wir an die Vorschrift der Verfassung gebunden sind und daß wir, wenn ein Werk des Friedens zu stande kommen soll, nicht anders handeln konnten. Umgekehrt ermahnen wir die Anhänger der freien Kassen, nicht noch mehr zu verlangen und den Bogen nicht zu straff zu spannen. Jedermann ist damit ein-

verstanden, daß etwas Besseres geschaffen werden soll, als was gegenwärtig ist. Jeder hat sich seine Ideen über das Bessere zurecht gelegt, der eine so, der andere anders. Es ist nicht möglich, daß diese Vorstellungen sich decken. Will der Einzelne nur dann für das Bessere einstehen, wenn dieses Bessere gerade und ganz seinen Vorstellungen entspricht, so kommt gar nichts zu stande. In der Demokratie gilt es, vor- und nachzugeben, soweit es die Überzeugung und der Charakter gestatten. Wir glauben, den richtigen, mit eines Jeden Überzeugung vereinbaren, Mittelweg eingeschlagen zu haben.

Wir hoffen, daß die öffentlichen und die freien Kassen miteinander im Frieden leben und dessen eingedenk sein werden, daß sie alle Einem großen Zwecke dienen, dieser aber an der Zwietracht notwendig Schaden nehmen müßte. Wir stellen uns insbesondere vor, daß der Arbeitgeber die Prämie nicht mit den einzelnen öffentlichen und freien Kassen verrechnen müsse, sondern den Gesamtbetrag für seine sämtlichen Arbeiter an die nämliche öffentliche oder auch freie Kasse abliefern könne, worauf alsdann diese Eine Kasse die Verteilung an diejenigen einzelnen Kassen besorgen würde, in welchen die einzelnen Arbeiter jenes Betriebes ihrer Versicherungspflicht Genüge leisten.

Der praktische Schweizersinn hat schon manche Schwierigkeit überwunden. Er wird auch die der neuen Bundesschöpfung, dem Versicherungswerk, inwohnende Schwierigkeit, das Verhältnis der freien zu den öffentlichen Krankenkassen in befriedigender Weise zu gestalten, glücklich überwinden.

* * *

Hiermit schließen wir die systematische Erörterung der beiden Gesetzesentwürfe. Es folgt eine Beleuchtung derjenigen einzelnen Bestimmungen der Doppelvorlage, welche nicht ohne weiteres klar sind. Manche Ausführung allgemeiner Natur mußte, weil sich richtiger an die betreffenden Gesetzesbestimmungen anschließend, der größeren Verständlichkeit zuliebe in den folgenden speciellen Teil unserer Botschaft verlegt werden.

Den speciellen Teil betreffend die Unfallversicherungsvorlage können wir bedeutend kürzer halten als denjenigen betreffend die Krankenversicherung, weil der Gegenstand ungleich einfacherer Natur ist und die Unfallversicherungsvorlage in der Hauptsache einfach eine Ausführung des Inhalts der schon wiederholt erwähnten Denkschrift betreffend die Unfallversicherung, von 1889, in Gesetzesform bildet.

B. Specieller Teil.

I. Krankenversicherung.

A. Umfang der Versicherung.

(Art. 1—9.)

Zu **Art. 1.** 1. Die landesfremden Arbeiter in der Schweiz werden denjenigen schweizerischer Nationalität gleichgehalten. Wer in der Schweiz arbeitet, wird durch unsere Versicherungsgesetzgebung geschützt. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz mit Bezug auf fremde Arbeiter würde sich nicht rechtfertigen und müßte insbesondere als ein Unrecht erscheinen mit Bezug auf die schon lange Zeit dauernd in der Schweiz wohnhaften. Die Grenze zwischen letztern und den nur vorübergehend in der Schweiz arbeitenden Fremden richtig zu ziehen, wäre schwierig. Wollte man die nichtschweizerischen Arbeiter dem Versicherungszwang nicht unterwerfen, so müßte für dieselben die Arbeiterhaftpflichtgesetzgebung in Kraft bleiben. Des weitern läge für manchen Arbeitgeber die Versuchung nahe, den ausländischen vor den schweizerischen Arbeitern den Vorzug zu geben, weil für jene keine Prämien zu bezahlen wären. Der Gegenrechtsklausel könnten wir ebenfalls nicht das Wort reden. Die Anwendung einer solchen bietet im konkreten Fall oft große Schwierigkeiten und würde jeweilen eine Untersuchung darüber erfordern, ob die Arbeiterschutzgesetzgebung des andern Landes dem dortigen kranken oder verunfallten schweizerischen Arbeiter, beziehungsweise den Hinterlassenen eines solchen, so viel oder annähernd so viel biete wie die unsrige. Die Erfahrung auf andern Rechtsgebieten lehrt, daß solche Untersuchungen oft schwierig und stets widerwärtig sind.

Immerhin muß hervorgehoben werden, daß die Versicherung der ausländischen Arbeiter praktische Schwierigkeiten im Gefolge haben wird. Wir machen die Erfahrung, daß der erkrankte, fremde Arbeiter oft, wenn oder sobald es sein Befinden gestattet, nach Hause reist, um dort Heilung zu suchen. Das nämliche trifft gewöhnlich zu mit Bezug auf den unfallsinvaliden, fremden Arbeiter. Endlich werden sehr oft die rentenberechtigten Hinterlassenen solcher fremden Arbeiter, mehr oder weniger weit weg, im Ausland wohnen. All diese Umstände dürften den Betrieb unserer Versicherungsanstalten in der That erschweren. Die Schwierigkeiten können

aber vermindert werden, in der Krankenversicherung durch angemessene Handhabung der Bestimmungen von Art. 47, Absatz 2, und Art. 53, Absatz 2—4, des Krankenversicherungsgesetzes, in der Unfallversicherung auf die nämliche Weise (Art. 28 Unfallversicherungsgesetz) und im Rentenfall durch die Vorschrift, sich im Inland oder bei einer Vertrauensperson oder -beamtung im Ausland zu stellen (Art. 47, zweiter Absatz, Unfallversicherungsgesetz).

Im übrigen sehen wir voraus, daß in kürzerer oder längerer Zeit Frankreich und Italien ähnliche Einrichtungen schaffen werden, wie sie Deutschland und Österreich bereits besitzen und wie sie die Schweiz zu schaffen sich anschickt. Alsdann wird es nahe liegen, eine internationale Vereinbarung zu treffen, durch welche die signalisierten Schwierigkeiten beinahe gänzlich gehoben werden. Es steht nichts im Wege, daß die Schweiz, sobald die vorliegenden Gesetzesvorlagen in Kraft getreten sein werden, vorderhand lediglich mit Deutschland und Österreich eine solche Vereinbarung trifft.

2. Wir fassen in erster Linie die inländischen, d. h. die in der Schweiz befindlichen Betriebe ins Auge und unterstellen die in denselben beschäftigten Personen, gleichviel wo sie wohnen, dem Versicherungszwang. Die in Großhüningen wohnhafte Frauensperson, welche den Tag über in einer Seidenbandfabrik in Basel beschäftigt ist, wird kraft des Gesetzes versichert, weil sie in der Schweiz in einem inländischen Betrieb arbeitet.

Sobald der inländische Betrieb ins Ausland geht, dort Filialen errichtet oder dort solche Arbeiten ausführt, welche eine längere Zeit der Erstellung am fremden Orte selbst erheischen, so überlassen wir jene Filialen, so überlassen wir die an diesem fremden Ort für längere Zeit beschäftigten Arbeiter dem Schutz der dortigen Staatseinrichtungen. Dagegen entlassen wir diejenigen Arbeiter nicht aus unserem Versicherungsverband, welche, im inländischen Betrieb verbleibend, nur vorübergehend für denselben im Ausland arbeiten.

Beispiele. Der Knecht des Bauern in Rheinau, welcher über die Rheinbrücke geht und die im Badischen befindlichen Reben des Rheinauer Bauern bearbeitet, verbleibt hierorts versichert. Hat aber der Rheinauer Bauer für seine drüben liegenden Reben einen Rebmann, der dort drüben wohnt, bestellt, so bekümmern wir uns nicht um diesen Rebmann; seine Thätigkeit gravitiert nicht nach der Schweiz, nicht nach dem schweizerischen wirtschaftlichen Betrieb seines Arbeitgebers.

Der Monteur der Konstruktionswerkstätte von Escher, Wyß & Cie. in Zürich, welcher eine Papiermaschine in Dijon montiert und dort voraussichtlich vierzehn Tage oder drei Wochen damit beschäftigt ist, verbleibt in unserem Versicherungsverband. Der Monteur der

nämlichen Firma, welcher zur Aufstellung von zwei Dampfmaschinen nach Brasilien gesandt wird, gilt dagegen nicht als ein solcher, welcher nur vorübergehend im Ausland arbeitet, und tritt mit seiner Abreise aus dem Versicherungsverband aus; die Firma kauft ihm eine Einzel-Police.

Der Arbeiter der Filiale Ludwigshafen der Firma Gebrüder Sulzer in Winterthur geht uns, mit Bezug auf Art. 1, nichts an, sei er Ausländer oder Schweizer.

Dies die Bedeutung der Worte: „auf schweizerischem Gebiet in inländischen Betrieben“ im ersten Absatz und die Bedeutung des dritten Absatzes.

Das Gegenbild findet sich im zweiten Absatz.

Die Anwendung der Bestimmungen über den räumlichen Umfang der Versicherung wird im Verlaufe, besonders in den Grenzgegenden, Schwierigkeiten bieten. Leider ist es unmöglich, theoretisch jeden Fall, der sich präsentieren wird, vorauszusehen und gesetzlich zu ordnen. Die Konkurrenz zwischen der Gesetzgebung der Schweiz und derjenigen der Nachbarländer wird nicht ausbleiben. Mancher Arbeitgeber wird sich der Prämienpflicht mit Bezug auf seinen Arbeiter zu entziehen suchen, weil derselbe nicht hier versicherungspflichtig sei. Mancher Arbeiter wird auf die Leistungen der hiesigen Versicherungsanstalten Anspruch machen, weil er hier mehr kriegen würde als draußen, bei den dortigen Anstalten; mancher wird sogar seine Versicherungsansprüche an beiden Orten geltend, ja erhältlich machen. Da können nur internationale Vereinbarungen mit denjenigen Nachbarländern helfen, welche ähnliche Einrichtungen besitzen, in erster Linie Vereinbarungen mit Bezug auf die Verhältnisse in den Grenzgegenden.

3. Die Beschränkung auf diejenigen Personen, welche das vierzehnte Altersjahr zurückgelegt haben, entspricht der Vorschrift von Art. 16 des Fabrikgesetzes.

4. Solche Personen, welche in einem von vorneherein, nach der Natur der Sache oder ausdrücklich, als kurzlebig verstandenen Lohndienstverhältnis arbeiten (z. B. auf der „Stör“ oder im Fall der entgeltlichen nachbarlichen Aushülfe bei landwirtschaftlichen Arbeiten), dem Versicherungszwang für diese kurze Zeit zu unterwerfen, hätte keinen Sinn. Die Eintragung in die Register und die Prämienerhebung würden sich nicht lohnen. Im Fall der Erkrankung oder wenn ein Unfall passiert, würde zudem die nachträgliche Fiktion eines Lohndienstverhältnisses sehr erleichtert. Die Worte „im voraus“ wollen ebenfalls einer solchen nachträglichen Fiktion vorbeugen und haben des weitern umgekehrt den Sinn, daß, wenn ein auf

unbestimmte oder längere Zeit als auf 6 Tage eingestellter Arbeiter schon innert der ersten Woche austritt oder entlassen wird, derselbe dennoch als versichert gilt.

Mit der Festsetzung der Höchstzeit eines solchen Arbeitsvertrages, welcher die Versicherungspflicht nicht nach sich zieht, auf sechs Tage geraten wir in einen gewissen Widerspruch mit der Bestimmung von Art. 344 des Obligationenrechts. Wir konnten uns jedoch nicht dazu entschließen, um dieses Umstandes willen jene Höchstzeit auf zwei Wochen anzusetzen; denn die Versicherungsfreiheit für in kurzlebigen Arbeitsverhältnissen beschäftigte Personen bildet überhaupt eine bedauerliche Ausnahme von der Regel und wir wollen da nicht weiter gehen, als durchaus nötig ist.

Wir sagen absichtlich nicht: „insofern eine Beschäftigungsdauer von mindestens einer Woche vereinbart ist", sondern „insofern nicht die Beschäftigung im voraus auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist". Ein Gesellen- oder ein Dienstbotenverhältnis beginnt fast immer in der Hoffnung längerer Dauer und ist fast nie „im voraus auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt".

Darum sind, trotz Art. 344 O.-R., Gesellen und Dienstboten stets von Anfang an versicherungspflichtig, insofern nicht festgestellt wird, daß als Dauer des Arbeitsverhältnisses im voraus eine Zeit von weniger als einer Woche ausdrücklich vereinbart war.

Mit diesen Ausführungen ist auch die Antwort auf die Frage gegeben, wie es überhaupt, in Ansehung von Art. 1, mit einem Arbeitsverhältnis „auf Probe" zu halten sei.

Die Feststellung der Ausnahme („sofern nicht.....") dient gleichzeitig zur Abgrenzung des absoluten gegenüber dem relativen Versicherungszwange (Art. 6 und 7).

Zu **Art. 2** und **3.** Wir dehnen den Versicherungszwang nicht auf diejenigen Klassen von Personen aus, welche zwar ebenfalls nicht selbständig erwerben, deren Verhältnis zu den Prinzipalen jedoch mehr dasjenige des Honorar- als das des Lohndienstvertrages im engern Sinn ist. Diese Klasse von Personen bedarf gemeiniglich der Staatsfürsorge mittelst Zwangsversicherung nicht, denn sie sind gewöhnlich besser bezahlt und social besser gestellt als die Arbeiter. Wir erklären also nur die weniger gut bezahlten Angehörigen dieser Klasse als versicherungspflichtig, und erklären diejenigen im Honorarvertrag bei Privatbetrieben angestellten Personen, welche mehr als Fr. 5000 Jahressalär beziehen, als frei von der Versicherungspflicht. In der Expertenkommission war beschlossen worden, Fr. 3000 als Grenzbetrag anzusetzen. Dann würden aber eine ziemlich große Anzahl von

Leuten, welche zur Stunde des Schutzes der Haftpflichtgesetzgebung teilhaftig sind, desselben nunmehr verlustig gehen, ohne dafür den Vorteil, daß die Prämien für ihre Versicherung zum größeren Teile von den Arbeitgebern bezahlt werden müssen, einzutauschen. Würden Fr. 3000 als Kriterium angenommen, so dürfte es sich kaum rechtfertigen, die Arbeiterhaftpflichtgesetzgebung gänzlich aufzuheben; vielmehr wäre es dann angezeigt, mit Bezug auf die nicht versicherungspflichtigen Angestellten, trotz aller damit verbundenen Inkonvenienzen die Arbeiterhaftpflichtgesetzgebung fortbestehen zu lassen.

Dieses Minimum für die Versicherungsfreiheit ist nicht zu verwechseln mit dem Einschätzungsmaximum von Art. 78, letzter Absatz. Der Monteur, welcher Fr. 5000 Jahreseinkommen bezieht, ist, weil im wahren Arbeitsvertrage stehend, versicherungspflichtig, wird jedoch nur zu einem Taglohn von Fr. 7. 50 eingeschätzt.

Die Beamten lassen wir beiseite. Sie sind keine „Lohnarbeiter", denen eine durch andere Personen, als sie selbst, vertretene Korporation als Arbeitgeber gegenübersteht. Zudem haben sie die Versicherung, wenigstens die Krankengeldversicherung, nicht nötig, weil ihnen gewöhnlich der Gehalt auch in kranken Tagen läuft.

In der Mitte zwischen den Arbeitern von Fiskal- oder wirtschaftlichen Gemeindebetrieben (z. B. städtische Gasfabrik) einer- und den Beamten anderseits befinden sich diejenigen Personen, welche bei jenen Betrieben eine höhere Stellung, als Aufseher, Werkführer, Buchhalter, einnehmen, ohne aber eigentliche Beamte zu sein. Hier machen wir die Beantwortung der Frage der Versicherungspflicht von dem mehr oder weniger öffentlichen Charakter der Anstellung, wie er sich aus der Wahlart, Anstellungsdauer, Kündigungsmöglichkeit und Verantwortlichkeit ergeben wird, und von der Gehaltshöhe, wobei wir wiederum Fr. 5000 als Grenze festsetzen, abhängig.

In Art. 2 ist eine Kategorie von öffentlichen Angestellten nicht erwähnt, welche offenbar im Lohndienstvertrag stehen und deshalb versicherungspflichtig sind. Wir meinen die Gemeindepolizeibediensteten, die Ausläufer, die Nachtwächter, die Thürhüter, die Turmwächter und wer sonst noch hierher gehören mag. Diese fallen einfach unter den allgemeinen Begriff von Art. 1.

Die Frage der Versicherungspflicht von öffentlichen Angestellten ist theoretisch schwierig, praktisch jedoch deshalb von keiner großen Bedeutung, weil es sich die öffentlichen Gewalten, wie die Erfahrung täglich lehrt, immer mehr angelegen sein lassen, diese Leute zur Versicherungsnahme zu veranlassen und ihnen dieselbe

durch Zahlung der Prämien oder Beiträge an solche zu erleichtern. Die öffentlichen Angestellten werden, sobald die geplanten Versicherungsanstalten ins Leben treten, denselben voraussichtlich fast ausnahmslos als obligatorische oder freiwillige Mitglieder beitreten und gegen Unfälle entweder als obligatorische Mitglieder bei der eidgenössischen Versicherungsanstalt versichert sein oder, für einstweilen, mittelst Einzeln- oder Kollektivpolicen bei privaten Anstalten versichert werden.

Zu **Art. 5.** Nachdem die Versicherungspflicht auf sämtliche Lohnarbeiter und Lohnarbeiterinnen ausgedehnt wird, erscheint es als notwendig, die Führung von Arbeiterlisten auch für die nicht dem Fabrikgesetz unterstellten Betriebe von einiger Bedeutung vorzuschreiben. Hinsichtlich der Strafsanktion verweisen wir auf Art. 194.

Mit Art. 5 sind die Art. 21 und 77 zu vergleichen. Eine mißbräuchliche Verwendung der einfachen Mitgliederverzeichnisse, im Gegensatz zu den Lohnlisten, ist nicht wohl gedenkbar; deshalb wurde in Art. 5 eine Strafandrohung im Fall des Mißbrauchs weggelassen.

Zu **Art. 6** und **7.** Hier werden die Merkmale des Begriffs der relativen Versicherungspflicht festgestellt. Wir haben letztere bereits im allgemeinen Teil besprochen und fügen folgendes bei:

1. Die Kantone dürfen den Versicherungsgemeinden nicht verbieten, von ihrer Befugnis Gebrauch zu machen. Das versteht sich von selbst, wird jedoch noch ausdrücklich gesagt.

Um des weitern zu verhindern, daß den Gemeinden die bundesgesetzlich eingeräumte Befugnis durch den Kanton illusorisch gemacht werde, indem der Kanton für solche Gemeindebeschlüsse Einstimmigkeit oder ein höheres als das absolute Mehr vorschriebe, stellen wir fest, daß die absolute Mehrheit genüge. Diese Bestimmung bedeutet eine Einschränkung der in Art. 13 den Kantonen eingeräumten Organisationsbefugnis. Wir unterlassen es, im Gesetze die Merkmale eines „Mehrheitsbeschlusses" festzustellen, da wir heute noch nicht wissen können, welchen Organen die Beschlußfassung zugewiesen werden wird (Art. 13, Absatz 1). Es braucht im Gesetze nicht besonders gesagt zu werden, daß zu einem Mehrheitsbeschluß nicht die Mehrheit der Stimmfähigen, sondern lediglich die der Stimmenden nötig ist.

2. Wenn der Kanton die Versicherungspflicht ausspricht, so muß er es richtigerweise für sein ganzes Gebiet thun, also für sämtliche zu ihm gehörenden Versicherungsgemeinden. Aber

auch wenn der Gegenstand kantonal geordnet ist, verkehrt die Versicherungsanstalt hinsichtlich des Einzelbetriebs lediglich mit der Versicherungsgemeinde, da in erster Linie diese für die Prämie der relativ Versicherungspflichtigen haftet (Art. 75 Krankenversicherung; Art. 67, Absatz 1, Unfallversicherung), und der Kanton erst in letzter Linie für diese wie für andere Verbindlichkeiten der Versicherungsgemeinde gutstehen muß (Art. 13, Absatz 3, Krankenversicherung; Art. 67, Absatz 2, Unfallversicherung).

Diese Verweisung der Versicherungsanstalten an die Versicherungsgemeinden, statt an die Kantone, liegt im Interesse der letztern. Wenn und sobald die Kantone es vorziehen, für die Versicherungsgemeinden direkt einzuzahlen, so wird niemand etwas dagegen einzuwenden haben.

3. Zu Art. 6, Absatz 1, litt. *b*. Maßgebend ist hier der Betriebs-, nicht der Wohnort.

Zu **Art. 8.** Die Versicherungspflicht kann kraft des Gesetzes (Art. 1) oder kraft Beschlusses der Versicherungsgemeinde oder des Kantons (Art. 6 und 7) eintreten. Im erstern Fall decken sich die Begriffe der Versicherungspflicht und des Versichertseins, im letztern nicht, indem da noch die Anmeldung hinzukommen muß (Art. 26). Die Zuständigkeit des Versicherungsamtes und des Bundesrates erstreckt sich auf die Versicherungspflicht und das infolge der Versicherungspflicht sofort oder auf Anmeldung hin erfolgte Versichertsein. Die Frage der freiwilligen Mitgliedschaft wird als Rechtssache behandelt und im Streitfall gerichtlich entschieden (Art. 164, litt. *a*).

Jene Zuteilung der Zuständigkeit an die Verwaltungsbehörden erfolgte deshalb, weil es sich mehr um eine Frage des öffentlichen als des Privatrechts handelt und der Entscheid auch für die Unfallversicherung maßgebend ist (Art. 20 Unfallversicherung).

Bei der in der Unfallversicherung oft großen Wichtigkeit des Entscheides wäre es unrichtig, diesen im Streitfall den unteren Organen der Krankenversicherung zu überweisen. Es würde jedenfalls nötig, der Unfallversicherung, soweit sie betroffen wird, einen vom Entscheid der Krankenversicherungsorgane unabhängigen, eigenen Entscheid vorzubehalten. Dann aber könnte es sich gar leicht ereignen, daß die gleiche Person unter den gleichen Voraussetzungen hier als versichert, dort als nicht versichert erklärt würde. Alle diese Betrachtungen haben dazu geführt, die Entscheidungszuständigkeit für Kranken- und Unfallversicherung in Eine Hand zu legen und erstinstanzlich das eidgenössische Versicherungsamt, zweitinstanzlich den Bundesrat als zuständig zu erklären. Den Rekurs

an den Bundesrat lassen wir zu, weil das eidgenössische Versicherungsamt zwar mit Bezug auf die Krankenversicherung unbefangen, mit Bezug auf die Unfallversicherung jedoch Partei ist.

An dem Entscheid haben oft verschiedene physische und juristische Personen ein Interesse. Es ist nicht nötig, im Gesetz festzustellen, wer da alles als Partei auftreten darf und wer neben den jeweilen auftretenden Personen noch gehört werden soll. Ebenso würde es uns zu weit führen, festzustellen, ob und inwieweit durch den Entscheid oder eine Revision desselben bereits erworbene Rechte betroffen und bereits erfolgte Leistungen zurückgefordert werden können. Die Streitigkeiten der hier vorgesehenen Art werden hoffentlich selten sein, und mit Bezug auf die Konsequenzen des Entscheides wird gemäß der Natur der neuen Institutionen die Billigkeit den obersten, wegleitenden Grundsatz ausmachen.

Es wird oft vorkommen, daß der Streit über die Mitgliedschaft erst auftaucht, wenn man über eine Frage des Mein und Dein vor dem Richter steht. Alsdann soll richtigerweise jener Streitpunkt abgelöst, der zuständigen Behörde unterbreitet und der Entscheid dieser letztern von dem Richter über Mein und Dein als maßgebend respektiert werden (siehe auch Art. 184 des Krankenversicherungsgesetzes). Eine besondere diesfällige Vorschrift in Art. 80 des Unfallversicherungsgesetzes erscheint angesichts des Art. 20, Absatz 1, des Unfallversicherungsgesetzes nicht als notwendig.

Analoge Vorschriften finden wir im bisherigen Fabrikhaftpflichtgesetz (Art. 14) und im eidgenössischen Expropriationsverfahren (Kommentar von Hürlimann zu Art. 26 des Bundesgesetzes betreffend die Verbindlichkeit zur Abtretung von Privatrechten, Note 2).

Besondere Bestimmungen für den Fall, daß der Richter über Mein und Dein den Entscheid des eidgenössischen Versicherungsamts, beziehungsweise des Bundesrats, nicht respektiere, halten wir nicht für nötig.

Zu **Art. 9.** 1. Von Bedeutung ist der zweite Absatz. Nach demselben sind die Kantone nicht mehr befugt, mit Bezug auf die freiwillige Krankenversicherung besondere polizeiliche, beziehungsweise gewerbepolizeiliche Bestimmungen aufzustellen. Dagegen verbleibt ihnen das Gesetzgebungsrecht auf dem Gebiete des materiellen Versicherungsrechts auch mit Bezug auf die Krankenversicherung außerhalb der durch unsere Vorlagen vorgesehenen neuen Einrichtungen, unter Vorbehalt von Art. 896 des schweizerischen Obligationenrechts.

2. Da sich die Gesetzesvorlage betreffend die Unfallversicherung mit der freiwilligen Unfallversicherung überhaupt nicht beschäftigt

(vergl. Art. 21, litt. *a*, Unfallversicherung), so war es nicht angezeigt, dort eine dem Art. 9 des Krankenversicherungsgesetzes analoge Bestimmung aufzunehmen.

B. Einteilung des Gebietes.

(Art. 10—14.)

Zum ganzen Abschnitt. 1. Die zeitliche Betriebseinheit der Gemeindekrankenkasse ist das Jahr, und zwar das Kalenderjahr (Art. 20). Damit diese Einheit nicht durchbrochen werde, haben wir die Vorschriften von Art. 11, Abs. 2, und Art. 12, Abs. 4, aufgestellt.

2. Der erste Satz von Art. 14 enthält keine zwingende Vorschrift, sondern räumt dem Bund nur eine Befugnis ein.

C. Organe der Zwangsversicherung und Einrichtung der öffentlichen Versicherungsanstalten (Art. 15).

I. Die öffentlichen Krankenkassen (Art. 16).

Es könnte sich fragen, ob nicht auch die eingeschriebenen freiwilligen Krankenkassen zu den öffentlichen Krankenkassen zu zählen seien. Diese Frage ist jedoch zu verneinen. Jene unterscheiden sich gerade durch ihren privaten Charakter von den Gemeinde- und den Betriebskrankenkassen. Die weitere Frage, ob nicht gewisse Rechte, welche wir den von uns „öffentliche“ genannten Krankenkassen verleihen, auch den eingeschriebenen freiwilligen Krankenkassen einzuräumen seien, ist ebenfalls zu verneinen. Würde sich eine eingeschriebene Kasse verpflichten, sich ausschließlich mit der Versicherung von versicherungspflichtigen Personen zu beschäftigen, so könnte man die Frage bejahen. Die Eingehung einer solchen Verpflichtung ist jedoch ungedenkbar. Deshalb könnten der eingeschriebenen Kasse jene Vorteile nur insoweit gewährt werden, als sie Versicherungspflichtige bei sich unterbringt, und dürften ihr nicht gewährt werden, soweit sie eine rein private Versicherungsanstalt ist. Eine solche Unterscheidung aber wäre, wenn auch nicht theoretisch, so doch thatsächlich unmöglich.

1. Gemeinsame allgemeine Bestimmungen.

(Art. 17—23.)

Zum ganzen Abschnitt. 1. Außer den hier angeführten bestehen noch viele andere gemeinsame Merkmale. Hätte man sie alle hier aufführen wollen, so wäre die mannigfache Verweisung auf gemeinsame Bestimmungen, welche in dem Titel über die Betriebskrankenkassen leider nicht vermieden werden konnte, schon im Titel über die Gemeindekrankenkassen, also zweimal, nötig geworden.

2. Wir haben uns die Frage vorgelegt, ob es nicht angezeigt sei, im Interesse der Würde der Verhandlungen die Abhaltung der Generalversammlungen, sowie der Vorstands- und Ausschußsitzungen in Wirtshäusern oder den Genuß von geistigen Getränken in solchen Versammlungen und Sitzungen ausdrücklich im Gesetze zu untersagen. Wir sind jedoch zur Verneinung der Frage gelangt, machen aber immerhin darauf aufmerksam, daß es jeder öffentlichen Kasse freisteht, ein derartiges Verbot in die Statuten aufzunehmen.

3. Die Fédération des sociétés de secours mutuels verlangt die Aufnahme folgender Bestimmung:

„Toutes discussions politiques et religieuses sont rigoureusement interdites au sein des caisses et des sociétés d'assurance“ (siehe Seite 211 dieser Botschaft).

An und für sich ist uns der Gedanke durchaus sympathisch. Allein den freien Kassen gegenüber können wir ein solches Verbot sowieso nicht aufstellen. Aber auch den öffentlichen Kassen gegenüber besäße das Verbot den Anstrich der Gehässigkeit; zudem wäre die Durchführung sehr schwierig. Wir beschränken uns deshalb darauf, Beschlüsse zu untersagen, welche mit dem Zwecke der Krankenversicherung in keinem unmittelbaren Zusammenhang stehen (siehe Art. 105 und 143).

Zu **Art. 18.** Die definitive Fassung dieses Artikels hängt davon ab, wie das vor den eidgenössischen Räten liegende Bundesgesetz betreffend die Bundesbank die Angelegenheit der Steuerfreiheit auf diesem ähnlichen Gebiet regeln wird.

Zu **Art. 21.** Zum dritten Absatz, „soweit er ein unmittelbares Interesse besitzt“, vergleiche Art. 163, Absatz 1.

Zu **Art. 22.** Es erscheint als notwendig, daß diejenigen Beschlüsse und Wahlen, gegen welche ein Rekurs nur innert bestimmter Frist zulässig ist (Art. 163). veröffentlicht werden; vom Tage der Veröffentlichung an ist jedermann censiert, den Beschluß oder die Wahl zu wissen, und läuft infolgedessen die Rekursfrist.

Zu **Art. 23.** 1. Die Frage der Doppelversicherung dürfte die schwierigste des Versicherungsrechts sein. Der ursprüngliche Entwurf, welcher den ersten Beratungen in unserm Industriedepartement, im Januar 1893, zu Grunde lag, hatte in einem besonderen Art. 20 folgendes festgestellt:

„Jede Doppelversicherung eines Mitgliedes der Gemeinde- oder einer Betriebskrankenkasse auf diejenigen Kassenleistungen, welche ihm diese Mitgliedschaft gewährt, ist untersagt.

„Die wissentliche Übertretung dieses Verbots ist strafbar. Wenn ein Mitglied infolge der Doppelversicherung gleiche Leistungen, wie sie ihm die Gemeinde- oder Betriebskrankenkasse geboten, auch von dritter Seite bezogen hat, so hat er jener, soweit dieser Bezug reicht, die Leistungen zurückzuerstatten und besitzt für die Zeit bis zu gänzlicher Rückerstattung keinen Anspruch auf weitere Leistungen einer Gemeinde- oder Betriebskrankenkasse, unbeschadet seiner beziehungsweise seines Arbeitgebers Pflicht zur Entrichtung der gesetzlichen und statutarischen Beiträge für die Zwischenzeit. Ein freiwilliges Mitglied kann außerdem ausgeschlossen werden."

Der von unserem Industriedepartement um ein Gutachten über die Frage der Doppelversicherung angegangene Herr Dr. Rölli (siehe vorn, Seite 204, Ziffer 16) schlug unter einläßlicher Begründung folgende Fassung vor:

„Mitgliedern der Gemeinde- und Betriebskrankenkassen, welche anderweitig auf Leistungen gleicher Art, wie sie die Kasse gewährt, versichert sind, wird die in diesem Gesetze vorgesehene Unterstützung so weit geboten, als die aus den anderweitigen Versicherungen bezogene Entschädigung zur Deckung des infolge Krankheit entstandenen Schadens (Heilungskosten und Verdiensteinbuße) nachweisbar nicht hinreicht.

„Die Mitglieder der Gemeinde- und Betriebskrankenkassen sind, bei Verlust ihrer Ansprüche an die Kasse, gehalten, solche anderweitige Versicherungen, sofern sie zur Zeit des Eintritts in die Kasse bereits bestanden haben, binnen 10 Tagen vom Eintritt an gerechnet, und sofern sie später abgeschlossen werden, binnen 10 Tagen nach diesem Abschlusse, dem betreffenden Kassenvorstande anzuzeigen."

Infolge der Beratungen vom Januar 1893 wurde jener Art. 20 ganz gestrichen und durch die Vorschrift ersetzt, welche den heutigen Art. 23 bildet. In der Expertenkommission gingen die Anschauungen sehr weit auseinander. Jedermann war damit einverstanden, daß die Doppelversicherung gefährlich sei und eine große Versuchung zur Simulation in sich berge. Ebenso war man allseitig der Anschauung, daß in der Krankenversicherung das Risiko, soweit dessen

ökonomischer Wert objektiv ziffermäßig festgestellt werden kann, nicht mehrfach sollte versichert werden dürfen, sowie daß umgekehrt das Verbot der anderweitigen Versicherungsnahme für diejenige Quote des aus der Krankheit erwachsenden ökonomischen Nachteils, welche durch die öffentliche Krankenkasse nicht gedeckt wird, nicht auszusprechen sei, obgleich auch für dieses Verbot gewichtige Gründe sprechen. Die Expertenkommission nahm jedoch von bestimmten Schlußnahmen Umgang, und auch wir haben uns dahin entschieden, es bei dem gegenwärtigen Art. 23 bewendet sein zu lassen. Dazu bewog uns hauptsächlich die Schwierigkeit, die Sanktion eines über die Bestimmung von Art. 23 hinausgreifenden Verbotes der Doppelversicherung in ausreichender Weise festzustellen, d. h. den Rechtsnachteil zu formulieren, welcher für den Fall der Übertretung des Verbotes angedroht werden soll. Es gebricht uns zur Zeit an den nötigen Erfahrungen. Diese können erst im Betrieb der neuen Einrichtungen gemacht werden. Stellt sich die Notwendigkeit weiterer gesetzlicher Vorschriften heraus, so können diese später, auf dem Wege einer Novelle, erlassen werden. Mit Bezug auf die Unfallversicherung liegt die Sache einfacher; denn auf letzterem Gebiet kann, soweit es sich um das Invaliditäts- und Sterbensrisiko handelt, von einem Verbot der Doppelversicherung nicht die Rede sein.

Wir machen endlich darauf aufmerksam, daß die Gesetzgebung betreffend das Versicherungsrecht im Wurfe liegt und bei diesem Anlasse die Frage der Doppelversicherung allgemein zu erörtern und zu erledigen sein wird.

2. So klar und selbstverständlich die Vorschrift von Art. 23 ist, so muß doch gesagt werden, daß es oft schwierig sein wird, die Umgehung des Verbots zu konstatieren, indem der Betriebs- und der Wohnort oft ziemlich weit auseinander liegen und eine und dieselbe Person ganz wohl, ohne daß es entdeckt wird, jahrelang obligatorisches Mitglied der Gemeinde- oder Betriebskrankenkasse des Betriebsorts und freiwilliges Mitglied der Gemeindekrankenkasse des Wohnorts sein kann. Einzig eine Vergleichung der Mitgliederverzeichnisse oder eine Unfallmeldung und ebenso die Anwendung von Art. 48 können da zur Entdeckung führen.

3. Mit Art. 23 sind zu vergleichen die Art. 177, Absatz 2, und 182.

2. Die Gemeindekrankenkassen.

a. Umfang des Gebietes (Art. 24 und 25).

Keine Bemerkung.

b. Mitgliedschaft.

aa. Obligatorische Mitglieder (Art. 26—29).

Zu **Art. 26** und **28.** 1. Hier wird festgestellt, daß die absolut-obligatorische Zugehörigkeit zu einer Gemeindekrankenkasse mit der diese Zugehörigkeit begründenden Versicherungspflicht (Art. 1) beginnt und endigt. Es sind zwar Vorschriften aufgestellt, welche bezwecken, daß die Gemeindekrankenkasse sofort von der Thatsache jenes Beginns oder jener Beendigung Kenntnis erhalte und stets wisse, wer alles ihr nach Art. 1 angehöre. Siehe Art. 44, Abs. 1, in Verbindung mit Art. 21, Abs. 1, sowie die Androhungen und Strafbestimmungen von Art. 44, Abs. 5, und Art. 187 des Krankenversicherungsgesetzes, endlich von Art. 20 des Unfallversicherungsgesetzes. Es wäre jedoch unrichtig und würde dem Begriff der Zwangsversicherung nicht entsprechen, wenn der Beginn und das Ende der Mitgliedschaft von der An- oder Abmeldung oder von dem Wissen der Kasse abhängig gemacht würden. Ein solches System könnte die größten Ungerechtigkeiten gegenüber dem Versicherten und auch gegenüber der Versicherungsanstalt zur Folge haben. A. tritt am 15. Februar bei B. in Arbeit und erkrankt am 17.; er ist noch nicht angemeldet und ginge nun deswegen aller Ansprüche verlustig. Oder er wird schon eine Stunde nach seinem Eintritt bei B., am 15. Februar, von einem tödlichen Unfall betroffen; die Anmeldung war bereits geschrieben, aber noch nicht auf die Post gelegt, oder bereits auf die Post gelegt, aber noch nicht bei der Gemeindekrankenkasse angelangt: die Hinterlassenen gingen leer aus. Unser A. ist am 15. März bei B. ausgetreten; die Abmeldung wurde vergessen, der Vorstand der Gemeindekrankenkasse weiß nichts von dem Austritt, A. steht noch auf dem Mitgliederverzeichnis und erleidet am 15. April einen Unfall, mehr als 4 Wochen nach dem Austritt. Soll er für den Unfall dennoch entschädigt werden, nur weil er noch auf der Liste steht? Und was nützt der Anstalt das bißchen Regreßrecht gegenüber dem säumigen B., wenn dieser insolvent ist?

Man kann daran denken, für die Anmeldung eine nützliche Frist einzuräumen (für die Abmeldung hätte das keinen Sinn); dieses System würde die gleichen Ungerechtigkeiten, wie sie oben an Beispielen gezeigt worden, zur Folge haben.

Da bleibt gar nichts anderes übrig, als die gleiche Thatsache, welche den Beginn der Versicherungspflicht bedingt, und das Aufhören dieser Thatsache auch für den Beginn und das Ende der obligatorischen Mitgliedschaft als maßgebend zu erklären.

Selbstverständlich wird auch diese Lösung in der praktischen Anwendung große Schwierigkeiten bereiten. Weniger die Prüfung der Frage, ob die Mitgliedschaft aufgehört habe. Denn in dieser Beziehung wird das Interesse des Arbeitgebers, keine Prämien mehr bezahlen zu müssen, regelmäßig ausreichen. Dieses Interesse wird ihn veranlassen, den ausgetretenen Arbeiter abzumelden. Und umgekehrt wird ein Interesse des Arbeitgebers, den Ausgetretenen als noch bei ihm in Arbeit stehend zu bezeichnen, nachdem dieser seit dem Austritt erkrankt oder durch einen Unfall betroffen worden ist, regelmäßig nicht vorhanden sein.

Ganz anders aber verhält es sich mit der Feststellung des Beginns des Arbeitsverhältnisses und der obligatorischen Mitgliedschaft. Die größte Schwierigkeit wird da in Ansehung derjenigen Arbeiter entstehen, welche Familienangehörige sind, schon vorher in der Familie gelebt haben und in unmerklichem, man dürfte fast sagen: unbewußtem Übergang aus dem Kindesalter zur Erwerbsthätigkeit versicherungspflichtig werden.

Weil die Feststellung des Beginns der Mitgliedschaft oft schwierig ist, wird die Versuchung zur Simulation eines Arbeitsverhältnisses zu dem Zwecke, einem erkrankten oder von Unfall betroffenen Nichtmitglied die Leistungen der Versicherungsanstalten zuzuhalten, eine große sein, besonders wo derjenige, welcher zu diesem Zwecke die Rolle des Arbeitgebers spielen soll, ein eigenes, sei es verwandtschaftliches, sei es freundschaftliches, sei es ökonomisches, Interesse daran hat, daß jene Leistungen fließen. Da giebt es gar kein anderes Mittel als das der Abschreckung mittelst strenger Ahndung der Simulation. Siehe Art. 188 des Krankenversicherungsgesetzes und Art. 53, 54 und 87 des Unfallversicherungsgesetzes.

Ungeachtet aller dieser Schwierigkeiten müssen wir dabei verbleiben, daß für die gemäß Art. 1 versicherungspflichtigen Personen der Beginn und das Ende der Mitgliedschaft nicht von der An- und Abmeldung abhängig gemacht werden.

2. Zu einem entgegengesetzten Ergebnis gelangen wir mit Bezug auf die nur relativ, d. h. gemäß Art. 6 und 7 Versicherungspflichtigen. Hier hängt die Versicherungspflicht nicht von einem solchen Rechtsverhältnis ab, zu dessen Zustandekommen wenigstens zwei Personen, die Vertragsparteien, mitwirken müssen, so daß wenigstens auf die Aussage von zwei Personen abgestellt werden kann. Es ist da oft geradezu unmöglich, nachträglich, wenn einer erkrankt oder vom Unfall betroffen ist, festzustellen, ob derselbe damals schon die die Versicherungspflicht bedingende Eigenschaft besessen habe, oder aber ein nicht versicherungspflichtiger selbständiger Erwerbender gewesen sei. Umgekehrt würde es dem ohne sein oder der Gemeinde

Zuthun als versicherungspflichtig auf der Mitgliederliste Eingetragenen, oder der Gemeinde, stets oder doch in der Regel ein Leichtes sein, sich der Prämienpflicht dadurch zu entziehen, daß das Vorhandensein der die Versicherungspflicht bedingenden Eigenschaft bestritten wird. Weder im einen noch im anderen Fall gäbe eine Arbeiterliste Auskunft. Da bleibt nichts anderes übrig, als den Beginn der Mitgliedschaft von der Anmeldung der Interessierten, d. h. des Pflichtigen oder der Versicherungsgemeinde, abhängig zu machen. Die Versicherungsanstalt bekümmert sich nicht darum, ob auch jeder solche Versicherungspflichtige angemeldet sei. Dagegen besitzt sie die Befugnis, die Aufnahme eines Angemeldeten als Mitglied abzulehnen, wenn sie erachtet, daß der Angemeldete nicht im Besitz der die Versicherungspflicht bedingenden Eigenschaft sei, und kann, wenn Streit darüber entsteht, diesen nach Maßgabe von Art. 8 zum Austrag bringen.

So viel mit Bezug auf den Beginn der Mitgliedschaft hinsichtlich der gemäß Art. 6 und 7 versicherungspflichtigen Personen.

3. Die Mitgliedschaft derselben hört auf,

a. wenn der Beschluß der Versicherungsgemeinde oder des Kantons, welcher die Versicherungspflicht begründet, außer Kraft tritt,

b. wenn das Mitglied die die Versicherungspflicht begründende Eigenschaft nicht mehr besitzt.

Es liegt nahe, statt des letzteren Beendigungsgrundes einfach den der Abmeldung aufzustellen. Es müßte dann aber festgesetzt werden, in welchem Verhältnis die Abmeldung durch den Versicherten und die Abmeldung durch die Versicherungsgemeinde zu einander stehen, ob nämlich nur jene oder nur diese oder nur beide zusammen, oder ob jede der beiden das Ende der Mitgliedschaft bewirken. Diese Festsetzung wäre schwierig und wegen ihrer Kompliziertheit für das Publikum schwer verständlich. Es bleibt also kein anderer Ausweg als der unter *b.* formulierte. Auch er wird in der Praxis Schwierigkeiten bereiten, obgleich auch hier das Interesse am Aufhören der Prämienpflicht als Regulator und die Aufstellung der Abmeldepflicht mit Strafandrohung (Art. 44) wohlthätig wirken dürfte.

4. Die Ausführungen zu Art. 26 und 28 zeigen deutlicher als alles andere, welch ungeheuern Vorteil die Betriebs- und die freien Krankenkassen vor der Gemeindekrankenkasse besitzen. Dort sind Ein- und Austritt aufs leichteste zu konstatieren. Hier aber begegnen wir, man mag es machen wie man will, den größten, ja fast unüberwindlichen Schwierigkeiten. Diese setzen sich schließlich

in Kassenleistungen um. Die Betriebs- und die freien Kassen können, das Mitgliederverzeichnis in der Hand, mit sicherem Erfolg ungerechte Ansprüche ablehnen, wenn überhaupt der von vornherein nutzlose Versuch gemacht werden wollte, für Leute, welche nicht auf der Mitgliederliste stehen, Kassenleistungen zu erwirken.

Zu **Art. 29.** 1. Diese Bestimmung (vergl. Art. 6, Abs. 3, Art. 40, Art. 136, vorletzter und letzter Absatz, Art. 178, *a*, 1 und 3, des Krankenversicherungsgesetzes, sowie Art. 20, Absatz 3, des Unfallversicherungsgesetzes) bezweckt, eine Härte zu mildern, welche unsern beiden Gesetzesvorlagen anhaftet und eine unvermeidliche Schattenseite derselben ist.

Die Grundlage des ganzen Versicherungswerkes bildet eigentlich, in neuer Formulierung des Haftpflichtgedankens, der Satz, daß unter einer gewissen Voraussetzung der eine Mensch für das Unfalls- und Erkrankungsrisiko des anderen Menschen, ganz oder teilweise, aufkommen soll. Jene Voraussetzung besteht in dem Arbeitsvertrag (Lohndienst- oder Dienstvertrag) zwischen dem ersteren Menschen als Arbeitgeber und dem letzteren Menschen als Arbeitnehmer. Wir schützen durch die Zwangsversicherung den Arbeiter, ausschließlich oder teilweise auf Kosten des Arbeitgebers. Die Gewährung dieses Schutzes ist abhängig vom Arbeitsvertrag. Beide stehen und fallen miteinander, beginnen und endigen gleichzeitig. Die Fortdauer des Arbeitsvertrags ist — cum grano salis verstanden — vom Willen der Vertragsparteien abhängig. Sobald das Vertragsverhältnis diesen oder auch nur einer derselben nicht mehr gefällt, so kann es, sofort oder auf kurze Frist, aufgehoben werden. Damit hört dann aber auch die obligatorische Mitgliedschaft auf. Wenn der Arbeiter der aufhebende Teil, so wird er sich über diese Folge der Aufhebung in der Regel nicht beklagen können. Anders, wenn die Aufhebung vom Arbeitgeber ausgegangen ist, und ganz anders, wenn der Arbeiter diese einseitige Aufhebung durch den Arbeitgeber nicht verschuldet hat.

Es stößt einen, daß es in der Hand eines Dritten liegen soll, für den Arbeiter den Verlust der Mitgliedschaft herbeizuführen. Diese Härte läßt sich nicht ganz vermeiden, wohl aber kann sie gemildert werden. In der Regel wird der ausgetretene Arbeiter die nötigen Eigenschaften besitzen, um freiwilliges Mitglied zu werden. Gewöhnlich wird er sofort oder bald in einem anderen Betrieb Arbeit nehmen und dann wieder obligatorisches Mitglied einer Krankenkasse sein. Wir dürfen ihm zumuten, daß er darauf Bedacht nehme, bald wieder Mitglied einer Kasse, sei es freiwilliges, sei es obligatorisches, zu werden. Allein wir müssen ihm hierzu Zeit lassen und dafür sorgen, daß er in der Zwischenzeit nicht der

Not und dem Elend preisgegeben ist, wenn er in dieser Zwischenzeit erkrankt oder von einem Unfall betroffen wird. Diese Vorsorge treffen wir durch die Bestimmung von Art. 29. In den Vorberatungen schwankte man zwischen vierzehn Tagen und vier Wochen und entschied sich schließlich für letztere Dauer, weil es gar oft, besonders in Zeiten der Arbeitsstockung, schwer, ja unmöglich ist, schon in den ersten zwei Wochen wieder Arbeit zu finden. Wir betrachten die Bestimmung von Art. 29, welche an den bereits angegebenen Orten wiederkehrt, als ein Stück Arbeitslosenversicherung und machen darauf aufmerksam, daß wir in Art. 73, Absatz 2, eine verwandte Bestimmung aufgestellt haben, welche ebenfalls für die Betriebs- und eingeschriebene Kasse gilt (Art. 139 und 178, *a*, 2), während sie in der Unfallversicherung, welche keine freiwillige Versicherte kennt, keinen Sinn hätte.

Man kann nun allerdings einwenden, daß sich die ratio legis und die Formulierung des Grundsatzes, wie sie Art. 29 giebt, nicht decken, letztere vielmehr weit über jene hinausgehe, indem der Nachgenuß nicht nur dem ohne sein Verschulden durch den Arbeitgeber Entlassenen, sondern jedem, dessen Arbeitsverhältnis aufgehört hat, zugesichert wird und auch den gemäß Art. 6 und 7 Versicherten zu gute kommt. Dieser Einwand scheint auf den ersten Blick begründet zu sein. Allein wenn man unterscheiden wollte, so würden jeweilen ausreichende Erhebungen über die Frage des Verschuldens nötig und würde das Gesetz irgend jemand als Richter darüber einsetzen müssen, ob die Kündigung oder sofortige Entlassung durch den Arbeitgeber, oder die Kündigung oder der sofortige Austritt seitens des Arbeiters gerechtfertigt gewesen sei. Wer soll dieser Richter sein? Da ist es doch viel richtiger, wir nehmen von einer solchen Unterscheidung Umgang.

So viel zur Begründung des Nachgenusses, den wir den gemäß Art. 1 Versicherungspflichtigen gewähren. Es wäre ungerecht, diesen Nachgenuß den gemäß Art. 6 und 7 Versicherungspflichtigen vorzuenthalten; bezahlen doch letztere die gleiche Prämie, wie sie für jene bezahlt wird. Aus diesem Grunde erklären wir in Art. 29 sämtliche obligatorischen Mitglieder als nachgenußberechtigt und schützen wir die gemäß Art. 6 und 7 Versicherungspflichtigen noch durch eine besondere Bestimmung in Art. 6, Absatz 3.

Wir geben zu, daß die Bestimmung von Art. 29 manchem Unwürdigen zu gute kommen wird, daß der Anspruch auf diesen Nachgenuß, wenn der Ansprecher nur ganz kurze Zeit in der Kasse war, viel zu billig erworben ist, daß das Bewußtsein, vier Wochen lang gedeckt zu sein, ohne arbeiten oder eine Gegenleistung entrichten zu müssen, nicht in derjenigen Richtung wirken wird, nach

welcher unsere Vorlage gravitiert, indem sie in erster Linie die Arbeit belohnen und den Arbeiter schützen will. Wir geben zu, daß besonders in Fällen von Massenstreiks eine schwere Belastung der Krankenkassen, und zwar vornehmlich der Betriebskrankenkassen, ohne Gegenleistung von irgend einer Seite eintreten kann. Allein wir müssen solches in den Kauf nehmen und denn doch umgekehrt darauf hinweisen, daß die Bestimmung von Art. 29 in einer anderen Richtung günstig wirken wird. Jede willkürliche Entlassung von Arbeitern vermindert die Prämieneinnahme trotz der sich für vier folgende Wochen gleichbleibenden Belastung der Kasse, wirkt also im Sinn der Erhöhung der Prämie und vergrößert die Prämienlast aller anderen Prämienpflichtigen. Diese werden zusammenstehen und nach Mitteln und Wegen suchen und auch Mittel und Wege finden, damit der Fabrikant, welcher mit dem Wohl und Weh der Arbeiter leichtfertig umspringt, damit die Dienstherrschaft, welche jede Woche wechselt, sich bessern. Ein solches Mittel giebt der zweite Absatz von Art. 129 in die Hand, ein anderes wirksames Mittel wird die thatsächliche Öffentlichkeit der Verhandlungen der Generalversammlungen über die Jahresergebnisse sein. Für den Betriebsunternehmer mit eigener Betriebskrankenkasse ist endlich das Interesse an einem eisernen Arbeiterbestand in die Augen springend; denn er leidet in erster Linie unter einer Prämienerhöhung (Art. 139, Abs. 1, 4 und 5). So dürfte die Nachgenußbestimmung die günstige Folge haben, daß ein Arbeiter oder ein Dienstbote nicht ohne ausreichende Gründe entlassen wird.

2. Es liegt nahe, den in Art. 29 vorgesehenen Nachgenuß nur mit Bezug auf Krankenpflege und Arznei, nicht auch mit Bezug auf Krankengeld zu gewähren. Dann müßten wir aber diese Einschränkung auch in der Unfallversicherung vornehmen. Die Folge wäre, daß die Nachgenußbestimmung für die Unfallversicherung zur Bedeutungslosigkeit heruntersinken würde. Das wollen wir nicht. So kamen wir dazu, die Ausdehnung des Nachgenusses auf das Krankengeld festzuhalten.

3. Dagegen haben wir gegenüber dem früheren Entwurf eine nicht unbedeutende Modifikation vorgenommen, indem wir die Worte „im Inland“ beifügten. Diese Einschränkung rechtfertigt sich ohne nähere Begründung.

Die Worte „im Inland“ beziehen sich auf alle drei folgenden Zeitwörter „erkrankt, niederkommt oder stirbt“.

bb. Freiwillige Mitglieder (Art. 30—40).

Zu **Art. 31.** 1. Gemäß der großen Bedeutung, welche wir der Einrichtung der freiwilligen Mitgliedschaft beimessen, erklären wir es als ein Recht jedes schweizerischen Einwohners, freiwilliges Mitglied einer Gemeindekrankenkasse zu werden, insofern er die gesetzlichen Bedingungen erfüllt, und verleihen dem Recht gerichtlichen Schutz. Art. 164, litt. *a*.

2. Selbstverständlich kann davon nicht die Rede sein, daß dieses Recht gegenüber jeder Gemeindekrankenkasse des Landes, nach freier Auswahl, geltend gemacht werden dürfe. Es besteht nur gegenüber der Gemeindekrankenkasse des Wohnsitzes. Letztere ist auch gar nicht befugt, eine Person, welche nicht in ihrem Gebiete wohnt, als freiwilliges Mitglied aufzunehmen. Folgerichtig hört die freiwillige Mitgliedschaft mit dem Wegzug aus diesem Gebiete auf. Damit geschieht niemandem Unrecht; denn es ist in den Freizügigkeitsbestimmungen (Art. 33 und 34) dafür gesorgt, daß der Weggezogene ohne weiteres in die Gemeindekrankenkasse seines neuen Wohnortes eintreten kann.

3. Die Fassung des früheren Entwurfs, „jede Person ..... kann sich als freiwilliges Mitglied der Gemeindekrankenkasse der Wohngemeinde anmelden", mußte mit Rücksicht auf die Bestimmung des zweiten Absatzes von Art. 24 in die Fassung „kann der Gemeindekrankenkasse des Wohngebiets als freiwilliges Mitglied beitreten" umgeändert werden.

4. Daß für das freiwillige Mitglied das Erfordernis der Gesundheit zur Zeit des Eintritts aufgestellt werden muß, versteht sich von selbst. Zweifelhaft konnte es nur sein, ob sich dieses Erfordernis nicht auch als Bedingung der obligatorischen Mitgliedschaft, insbesondere bei den in Art. 6, litt. *a* und *b*, genannten Klassen, rechtfertigen würde. Wir haben jedoch davon abgesehen, und zwar aus drei Gründen.

Erstens werden die Arbeitsfähigkeit und das Arbeitsverhältnis durch die Gesundheit bedingt, wenigstens in der Regel, und hören Arbeitsfähigkeit und Arbeitsverhältnis, wiederum wenigstens in der Regel, sowieso auf, wenn der Mensch dauernd ungesund wird.

Zweitens würde eine solche Beschränkung des Versicherungszwangs nach der Formel „A. wird versicherungspflichtig, insofern er gesund ist", denjenigen, welcher den Zwang als einen Nachteil empfindet, in Versuchung führen, sich demselben durch die Erklärung, daß er nicht gesund sei, zu entziehen. Wir hätten die gleiche Erscheinung wie im Milizwesen, wo eine analoge Formel

aufgestellt ist; nur mit dem Unterschied, daß dort die Ersatzsteuerpflicht ein Gegengewicht bildet, hier nicht.

Drittens würden wir, im Fall der Ausscheidung der Nichtgesunden aus der Klasse der Zwangsversicherten, in der Unfallversicherung auf große Schwierigkeiten stoßen. Denn wir wären alsdann genötigt, entweder die Identität der hier und der dort Zwangsversicherten aufzugeben und den Versicherungszwang in der Unfallversicherung auf solche Personen auszudehnen, welche demselben in der Krankenversicherung nicht unterliegen, oder die Nichtgesunden auch von der Unfallversicherung fernzuhalten und alsdann die Haftpflichtgesetzgebung zum Schutz der Nichtgesunden beizubehalten. Letzteres hätte u. a. unzweifelhaft zur Folge, daß die nichtgesunden, aber noch, wenigstens teilweise, arbeitsfähigen Personen, wegen der dem Arbeitgeber drohenden Haftpflicht, jeder Arbeits- und Erwerbsgelegenheit beraubt würden.

Sobald wir aber das Erfordernis des Gesundseins beim Eintritt mit Bezug auf die absolut versicherungspflichtigen Personen beiseite lassen, so können wir es nicht wohl mit Bezug auf die gemäß Art. 6 und 7 Versicherungspflichtigen aufstellen. Die Aufstellung eines solchen neuen Unterscheidungsmerkmals würde das ohnehin nicht einfache Versicherungsgeschäft viel zu sehr komplizieren.

Wir gelangen deshalb dazu, das Erfordernis des Gesundseins beim Eintritt gegenüber dem sich als freiwilliges Mitglied Anmeldenden aufzustellen, dieses Erfordernis aber mit Bezug auf die obligatorische Mitgliedschaft beiseite zu lassen. Man wird zwar einwenden, daß dadurch die obligatorischen Mitglieder günstiger gestellt seien als die freiwilligen. Dieser Einwand ist jedoch nicht gerechtfertigt; denn der signalisierte Nachteil, welchen das freiwillige Mitglied erleidet, wird durch den Umstand aufgewogen, daß dasselbe die Mitgliedschaft nicht verliert, wenn es nicht mehr gesund ist, während die obligatorische Mitgliedschaft aufhört, wenn der Mann arbeitslos wird, dies aber stets der Fall sein wird, wenn er seine Gesundheit eingebüßt hat und invalid geworden ist. Dieser Nachteil, welcher der obligatorischen Mitgliedschaft anhaftet, ist sogar größer als jener, welcher zu ungunsten der freiwilligen Mitglieder wirkt; er ist so groß, daß wir ihn durch entsprechende Formulierung der Freizügigkeitsbestimmungen, Art. 33 und 34, zu mildern suchen.

5. Hinsichtlich des Höchstalterserfordernisses und der Festsetzung des Höchsteintrittsalters auf ein Alter von weniger als 45 Jahren verweisen wir auf Seite 133 ff. der Denkschrift über die finanzielle Belastung der Krankenkassen (Seite 204 der Botschaft, Ziffer 7). Diejenigen Gründe, welche gegen die Festsetzung des Gesundseins

als Bedingung der obligatorischen Mitgliedschaft sprechen, waren für uns auch bei Beantwortung der Frage maßgebend, ob nicht das Höchstalterserfordernis auch auf die obligatorische Mitgliedschaft auszudehnen sei. Deshalb verneinen wir auch diese letztere Frage.

6. Nun noch das Mindestalter. Für die Vollversicherten müssen wir ein solches aufstellen, und zwar auf vierzehn Jahre festsetzen, um auf dem Gebiet der Krankengeldversicherung die Gleichheit zwischen den obligatorischen und den freiwilligen Mitgliedern herzustellen und nicht eine neue Verwaltungsschwierigkeit zu schaffen. Für die Halbversicherten nehmen wir von der Aufstellung des Mindestalterserfordernisses Umgang. Richten wir doch die Halbversicherung in der Hauptsache gerade für die Kinderwelt ein. Wir haben uns lediglich die Frage vorgelegt, ob nicht die Neugebornen, das allerjüngste Volk, etwa die noch im ersten Altersjahr Befindlichen, weggelassen werden sollten, weil hier Krankheitsgefahr und Sterblichkeit groß sind. Allein wir haben die Frage verneint. Der Unterschied der Morbidität der Kinder unter 1 Jahr und derjenigen der nächsten paar Jahre ist nicht sehr groß, und wir müßten folgerichtig das Mindestalter erheblich höher stellen, was unserer Absicht, die Krankenversicherungseinrichtungen möglichst allem Volke zu gute kommen zu lassen und einen möglichst frühen Eintritt in den Versicherungsverband zu bewirken, zuwiderläuft. Daneben ließen wir uns auch von einer praktischen Rücksicht leiten. Es werden oft mehrere Familienglieder gleichzeitig krank sein, versicherte und, im Fall der Aufstellung eines Mindestalters, unversicherbare. Der Arzt besucht gleichzeitig alle Kranken der Familie und stellt da nicht gern zweierlei Rechnung aus, eine für die Krankenkasse, die zweite für den Familienvater. Wir wollen die Gewissenhaftigkeit des Arztes nicht auf eine zu harte Probe stellen. Der Separatrechnung für die Behandlung des Säuglings würde die Mutter mit Recht entgegenhalten: „Ich konnte ja mein Kleinstes noch gar nicht versichern; wozu also ein Extraconto?“

7. Wir machen darauf aufmerksam, daß wir in Art. 31 nicht sagen: ..... „insofern sie gesund ist“, sondern „insofern der Ausweis dafür erbracht wird, daß sie ..... gesund ist“. Der Unterschied springt in die Augen. Im ersteren Fall könnte das betreffende Vorstandsmitglied von sich aus die Kognition eintreten lassen, was, schon um dem Kandidaten den Gang zum Arzt und die Kosten des Zeugnisses zu ersparen, sicherlich sehr oft geschähe. Damit wäre dem Mißbrauch Thür und Thor geöffnet. Wir wollen dem Kassenvorstand eine solche Verantwortlichkeit ersparen und ihn mittelst der Vorschrift des Gesetzes gegen jede ungebührliche Zumutung wappnen.

Zu **Art. 32.** Im allgemeinen sind wir dem System der Eintrittsgebühren nicht zugethan. Theoretisch ist dasselbe zwar richtig, ja eine möglichst feine Gliederung desselben das Richtigste. Allein es stehen große praktische Bedenken entgegen. Eine vielfache Abstufung der Eintrittsgebühr nach den verschiedenen Gesichtspunkten, welche in Frage kommen können, wie Alter, Geschlecht, Erwerbsverhältnisse, macht das Geschäft zu kompliziert. Je mehr man aber die Abstufung vereinfacht und sich dem einheitlichen Eintrittsgeld nähert, desto ungerechter wird das System.

Sodann erfordert dieses als Korrelat das System des durch die Krankenkasse zu verabfolgenden Austrittsgeldes. Was es mit letzterem auf sich hat, beweist die in Österreich gemachte Erfahrung.

Das dortige Gesetz betreffend die Krankenversicherung, vom 30. März 1888, hatte folgendes vorgeschrieben:

§ 13. „In Bezug auf die Mitglieder der Bezirkskrankenkassen haben nachfolgende Bestimmungen zu gelten:

„Ziff. 6. Wenn Mitglieder aus der Kasse ausscheiden, so ist ihr Reserveanteil (§ 28) ..... in dem Falle, als diese Personen innerhalb eines Jahres nach ihrem Ausscheiden in eine andere Bezirkskrankenkasse oder in eine Betriebs-, eine Genossenschafts- oder eine Vereinskrankenkasse eintreten, dieser letzteren Kasse zu überweisen. In allen anderen Fällen verbleibt der bezeichnete Reserveanteil der Kasse, aus welcher das Mitglied ausgeschieden ist.“

§ 28. „Am Schlusse eines jeden Jahres hat die Kasse das Verhältnis der Höhe ihres Reservefonds zu der Gesamtsumme der von den am Jahresschlusse verbleibenden Mitgliedern während der Dauer ihrer Mitgliedschaft geleisteten Einzahlungen in Prozenten festzustellen.

„Ergiebt sich in dem auf diese Feststellung folgenden Jahre die Notwendigkeit der Ermittlung des Reserveanteils einzelner Mitglieder ....., so gilt als solcher der Betrag, welcher der festgestellten Anzahl von Prozenten der Gesamtsumme der von dem betreffenden Mitgliede während der Dauer seiner Mitgliedschaft geleisteten Einzahlungen entspricht.“

Schon durch Gesetz vom 4. April 1889 wurden diese Bestimmungen betreffend die Feststellung und Überweisung von Reserveanteilen für Mitglieder der Krankenkassen aufgehoben. Sie erwiesen sich eben ganz einfach als nicht durchführbar.

Drittens geht es nicht wohl an, für obligatorische Mitglieder ein Eintrittsgeld vorzuschreiben, so wenig als einen Gesundheits- oder Höchstaltersausweis. Infolgedessen erweckt man durch An-

wendung des Systems der Eintrittsgebühr auf die freie Mitgliedschaft das Gefühl ungleicher Behandlung, während man doch auch den bloßen Schein einer solchen vermeiden sollte.

Endlich läuft das System der Eintrittsgebühren der Tendenz unserer Krankenversicherungsvorlage, das Geschäft möglichst zu popularisieren und den Kassen eine möglichst große Mitgliederzahl zu sichern, entgegen.

Aus all diesen Gründen unterlassen wir es, das Eintrittsgeld vorzuschreiben. Dagegen stellen wir es den einzelnen öffentlichen Kassen frei, dies von sich aus zu thun. Wir tragen damit der Anschauung Rechnung, daß sich sonst derjenige, welcher erst mit vierzig Jahren und bei hoher Einschätzung, also mit hohem Krankengeldanspruch eintritt, während seine Kameraden schon zwanzig Jahre dabei waren und einbezahlt haben, doch zu leichten Kaufes und zu sehr auf anderer Leute Kosten einbürgern könnte, besonders wenn bedeutende Reserven vorhanden sind, zu deren Äuffnung er nichts beigetragen. Allein wir setzen der Befugnis der Gemeindekrankenkasse Schranken. Einmal muß die Sache allgemein in den Statuten geordnet werden, damit die Willkür im einzelnen Fall ausgeschlossen sei. Zweitens schreiben wir ziemlich niedere Maxima vor. Drittens beschränken wir die Möglichkeit der Abstufung auf zwei Gesichtspunkte, das Eintrittsalter und die Verdiensthöhe, und zwar in der Meinung, daß eine Abstufung nach der Verdiensthöhe nicht für sich allein, sondern nur in Verbindung mit der Abstufung nach dem Eintrittsalter vorgenommen werden darf, indem das Gegenteil ein Unsinn wäre und die Applikation dieses Gegenteils gerade diejenigen fernhalten würde, welche, weil sie in der Regel mehr zahlen als ziehen, erwünschte Elemente bilden werden. Mit Bezug auf die Betriebskrankenkasse unterlassen wir solche Vorschriften, weil wir dort die Institution der freiwilligen Mitgliedschaft überhaupt ganz lose gestalten und nicht begünstigen. Wir beschränken uns dort darauf, der Willkür den Riegel zu schieben, indem wir auch dort Regelung durch die Statuten vorschreiben und den zweiten Absatz von Art. 32 auch auf die Betriebskrankenkasse anwenden.

Dieser zweite Absatz bedeutet bereits eine erhebliche Konzession an die Freizügigkeit in der Richtung von Art. 33 und 34 und verfolgt die Tendenz, die einzelnen Krankenkassen von der ihnen innert des Maximums freistehenden Festsetzung hoher Eintrittsgelder abzuhalten. Wenn der von außen Kommende nur Fr. 5 bezahlen muß, weil er schon am andern Ort Fr. 20 bezahlt hat, so werden die am Ort Einheimischen nicht gern Fr. 25 entrichten. Und diese Abneigung wird stärker wirken, als die Be-

trachtung seitens der Krankenkasse, daß man durch möglichst hohe Eintrittsgelder ein möglichst gutes Geschäft auf Rechnung der übrigen Kassen machen könne, in welche das freiwillige Mitglied vielleicht später, im Falle ein- oder mehrmaligen Domizilwechsels, successive eintritt.

Thatsächlich kauft man sich, infolge der Bestimmung des zweiten Absatzes von Art. 32, durch die Zahlung des Eintrittsgeldes an die eine Kasse in die ganze schweizerische Krankenversicherung ein.

Wir kehren zu Art. 31 zurück und antworten auf den Einwand, daß man statt der Nichtzulassung des fünfundvierzig und mehr Jahre alten Eintrittskandidaten die Zulassung gegen angemessenes Eintrittsgeld feststellen könnte. Es ginge nun sicherlich nicht an, für den eben fünfundvierzig Jahre alt Gewordenen Fr. 25 oder mehr vorzuschreiben, dem nur zwei Tage jüngeren Mitkandidaten aber den Eintritt ohne einen Rappen Eintrittsgeld zu gewähren. Man wäre also genötigt, entweder, bei Befreiung der jüngeren Angemeldeten von jeglichem Eintrittsgeld, dem Älteren ein ganz geringes Eintrittsgeld aufzuerlegen, welches zu der von ihm in die Kasse mitgebrachten Gefahr in keinem Verhältnis mehr stände, oder, nun auch für die Jüngern das Eintrittsgeld obligatorisch einzuführen, und zwar so, daß das auf den 44jährigen entfallende nicht viel weniger betragen dürfte als das nach Maßgabe der mitgebrachten Gefahr ziemlich hohe Eintrittsgeld des 45jährigen. Wir wollen weder das eine, noch das andere.

Zu **Art. 33—37.** 1. Diese Artikel enthalten die Freizügigkeitsbestimmungen und bilden einen der wichtigsten Bestandteile des Gesetzes betreffend die Krankenversicherung. Sie sind dazu bestimmt, die Nachteile, wenn nicht aufzuheben, so doch bedeutend zu mildern, welche dem von uns für die Krankenversicherung angenommenen System der Decentralisation anhaften. Jede dieser kleinen Anstalten führt ein Sonderleben, auf eigene Rechnung und Gefahr; keiner derselben kann zugemutet werden, sich zu opfern oder wenigstens das eigene Interesse hintanzusetzen, damit andere Versicherungsanstalten blühen und gedeihen. Eine solche Benachteiligung müßte aber eintreten, wenn es anginge, daß die eine Kasse ihre alternden Mitglieder einfach auf eine andere Kasse abwälzen könnte. Des weiteren gilt jeder Krankenkasse, wenn nur der Maßstab ihres eigenen Interesses angelegt wird, von zwei mit den gleichen Eigenschaften versehenen Eintrittslustigen derjenige, welcher vorher noch nie in einer Kasse war, und derjenige, welcher schon zwanzig Jahre lang Mitglied von Kassen, aber von anderen, gewesen ist, ganz genau gleichviel. Und doch enthält der Satz, daß jede Krankenkasse nur ihr eigenes Interesse solle wahrnehmen

dürfen, eine ungeheure Härte, und doch würde er, rücksichtlos angewendet, Tausende und Abertausende derer, für welche wir die Krankenversicherungsanstalten einrichten, der Vorteile verlustig gehen lassen, welche die Versicherung mit sich bringt. A. war lange Jahre hindurch freiwilliges Mitglied der Gemeindekrankenkasse Genf, siedelt nach Zürich über, ist aber schon mehr als 45 Jahre alt und kann deswegen nicht mehr freiwilliges Mitglied der Gemeindekrankenkasse Zürich werden. Hat er, lediglich weil es ihm in Zürich besser gefällt, diesen Wohnsitzwechsel vorgenommen, so wird das Unrecht, welches darin liegt, daß ihm die Gemeindekrankenkasse Zürich verschlossen ist, nicht gar groß sein. Ganz anders aber, wenn er nicht aus Liebhaberei von Genf nach Zürich umgezogen ist, sondern weil ihm in Zürich bessere Erwerbsverhältnisse winken, ja weil seines Bleibens in Genf nicht mehr war und er, durch die Not des Lebens gezwungen, das ihm lieb gewordene Genf verlassen und sein Zelt in Zürich aufschlagen mußte, mit anderen Worten: wenn der Wohnsitzwechsel für ihn und seine Familie zur Existenzbedingung geworden war. Da entsteht ein Unrecht; da geraten wir in Widerspruch mit dem Grundsatz der Niederlassungsfreiheit, des freien Zuges im Schweizerland; da erfüllen die neuen Institutionen die einer eidgenössischen Schöpfung zukommende Aufgabe nicht, sondern bieten dem Bürger Steine statt des Brotes. Da müssen wir also Abhülfe schaffen und den freien Zug von einer Kasse zur anderen nach Möglichkeit herstellen. Zu diesem Behuf verlangen wir, daß sich die Kassen bis auf einen gewissen Grad, ja bis auf einen hohen Grad solidarisch erklären, ihr Sonderinteresse dem freien Zug opfern und zur Schaffung eines schweizerischen Krankenkassenbürgerrechts mitwirken, welches, an einem Ort des Landes redlich erworben, überall gilt und respektiert wird, wo Schweizerboden ist.

Die ersten Grundzüge zu einem Entwurf betreffend die Krankenversicherung glaubten, im Interesse der Kassenselbständigkeit anders vorgehen zu sollen. Sie verliehen demjenigen, welcher eine gewisse Zeit lang der Gemeindekrankenkasse des Wohnsitzes angehört hatte, das Recht, im Fall des Wohnsitzwechsels bei jener Kasse zu verbleiben, und stellten folgende Bestimmungen auf:

„Ständige Mitglieder.

„Art. 29. Jemand, der infolge Verlusts der erforderlichen Eigenschaft aufhört, obligatorisches Mitglied, ebenso wer wegen Erwerbs dieser Eigenschaft oder wegen Wegzugs aufhört, freiwilliges Mitglied einer Kasse zu sein, kann als ständiges Mitglied bei der Kasse verbleiben, insofern er sich innert 4 Wochen dazu erklärt und unmittelbar vorher ununterbrochen mindestens ein Jahr lang, sowie innert der letzten 5 Jahre, vom Tage jenes Aufhörens der obligatorischen oder freiwilligen Mitgliedschaft zurückgerechnet, im ganzen mindestens 2 Jahre lang der Kasse angehört hat.

„Art. 30. Das ständige Mitglied besitzt als solches die Stellung eines freiwilligen Mitgliedes, auch wenn es inzwischen die Eigenschaft wieder erwirbt, vermöge deren der Versicherungszwang eintritt. Immerhin entsteht mit dem Erwerb jener Eigenschaft und endigt aber auch mit deren Verlust die Beitragspflicht des Arbeitgebers oder des Dienstherrn oder der Wohngemeinde wie für ein obligatorisches Mitglied, wenn dieser Beitragspflichtige dem nämlichen Versicherungsbezirk wie die Kasse oder einem unmittelbar benachbarten Versicherungsbezirk angehört.

„Die Übertragung der ständigen Mitgliedschaft auf eine andere Gemeinde- oder Betriebskrankenkasse ist statthaft, sofern der Betreffende es beantragt und die neue Kasse zustimmt. Der Betreffende tritt alsdann in die Stellung eines ständigen Mitgliedes dieser andern Kasse ein."

Der Redaktor der Entwürfe überzeugte sich jedoch bald davon, daß diese Formel eine zu enge sei und der Kassenbetrieb sehr erschwert würde, wenn er sich auf eine größere Anzahl solcher auswärts wohnenden ständigen Mitglieder erstrecken müßte. Infolgedessen wurden jene Bestimmungen betreffend die ständigen Mitglieder fallen gelassen und der Gedanke der wirklichen Freizügigkeit in den heutigen Artikeln 33—37 formuliert, wobei gleichzeitig das mit der Freizügigkeit zwischen verschiedenen Krankenkassen verwandte Verhältnis zwischen der obligatorischen und der freiwilligen Mitgliedschaft, sowie zwischen der freiwilligen Voll- und der freiwilligen Halbversicherung in einer und derselben Kasse seine Regelung fand.

Selbstverständlich kann die Freizügigkeit nicht eine unbedingte sein. Sonst würde dem Mißbrauch Thür und Thor geöffnet und hätte die Bestimmung von Art. 31 betreffend das Höchstalter und den Gesundheitsausweis gar keinen Wert mehr. Es muß dafür gesorgt werden, daß jedermann ein Interesse daran hat und einen Vorteil darin findet, möglichst ununterbrochen und schon möglichst lange versichert zu sein, statt erst dann wieder an die Versicherungsnahme zu denken, wenn die schlimmen Tage heranrücken. Es muß zweitens dafür gesorgt werden, daß nicht mittelst ganz kurzer obligatorischer Mitgliedschaft, welche gewöhnlich leicht zu bewerkstelligen ist, die Befreiung von jenen Erfordernissen der freiwilligen Mitgliedschaft erzielt werde. Es muß endlich dafür gesorgt werden, daß nicht schon nach kurzer Halbversicherung die Aufnahme in die für die Kasse viel gefährlichere Vollversicherung verlangt werden kann, ohne daß neuerdings der Gesundheitsausweis zu erbringen ist und ohne daß derjenige, welcher das Höchstalter überschritten hat, mit seiner Anmeldung in die Vollversicherung zurückgewiesen werden darf.

A. kann den Gesundheitsausweis nicht mehr erbringen. Er sucht und findet Arbeit, wird obligatorisches Mitglied, tritt nach 14 Tagen aus und verlangt, gestützt auf die unbedingte Freizügig-

keit, in der gleichen oder einer anderen Kasse Aufnahme als freiwilliges Mitglied.

B. ist 60 Jahre alt geworden und hat nie einer Krankenkasse angehört. Er spielt das nämliche Manöver wie A. und muß in der Folge ebenfalls als freiwilliges Mitglied aufgenommen werden.

Den C. reut das Geld für die Vollversicherung. Er nimmt Halbversicherung, zahlt und zieht wenig, fühlt sich krank und nimmt infolgedessen noch schnell Vollversicherung; ein neuer Gesundheitsausweis darf ja nicht verlangt werden.

Solche Vorkommnisse würden unsere Institutionen bald diskreditieren. Jedes solche Vorkommnis bedeutet eben ein Unrecht gegenüber den übrigen Kassenmitgliedern und eine ungerechtfertigte Ausgabe aus ihrer Tasche.

Immerhin sorgen wir mittelst der Bestimmungen von Art. 35 dafür, daß die einzelnen Gemeindekrankenkassen in der Richtung der Freizügigkeit noch ein gutes Stück weiter gehen können, als das Gesetz es allen Gemeindekrankenkassen vorschreibt. Wir haben in diesem Artikel einen der wenigen Fälle vor uns, in denen wir den Statuten eine wichtige Latitüde einräumen. Da das Krankenversicherungsgeschäft sonst schon kompliziert genug ist, beugen wir der Gefahr noch größerer Kompliziertheit dadurch vor, daß wir in Art. 35 gleiches Recht für die Voll- und die Halbversicherten verlangen.

Wir hoffen, durch die Bestimmungen der Art. 33—37 das richtige Maß nach beiden Seiten getroffen zu haben. Wir hegen die Zuversicht, daß diese Bestimmungen segensreich wirken und sich bald in unserer Bevölkerung einleben werden. Wir verkennen ja nicht, daß es von der einzelnen Kasse oft als schwere Last wird empfunden werden, wenn sie die schlimmen Tage eines Versicherten aushalten muß, obwohl eine andere Kasse seine guten Tage genossen hat. Wir trösten uns damit, daß sich dies mit der Zeit ausgleichen muß. Immerhin denken wir dabei, nicht ohne eine gewisse Besorgnis für die Krankenkassen der Landschaft, an die durch die schweizerische Statistik festgestellte Thatsache, daß die jungen Leute der Landschaft nach der Stadt strömen, um alsdann, wenn alt und gebrechlich geworden, wieder nach der Landschaft zurückzukehren.

2. Die Festsetzung der Freizeit in litt. *a* und litt. *b* von Art. 33 und 34 steht im Einklang mit der Bestimmung von Art. 29.

3. Über das Verhältnis der verschiedenen Kassenarten zu den Freizügigkeitsbestimmungen ist folgendes zu bemerken:

Dieselben gelten in erster Linie und hauptsächlich für die Gemeindekrankenkassen unter sich. Von denselben profitieren jedoch auch die Mitglieder der Betriebskrankenkassen beim Übertritt in die Gemeindekrankenkassen. Die Freizügigkeitsbestimmungen auch denjenigen obligatorisch zu gute kommen zu lassen, welche sich als freiwillige Mitglieder einer Betriebskrankenkasse anmelden, tragen wir Bedenken, da wir eben mit Bezug auf letztere die freiwillige Mitgliedschaft absichtlich als eine ganz lose vorgesehen haben. Die Frage ist ja thatsächlich nur von Bedeutung für denjenigen, welcher lange Jahre einer Betriebskrankenkasse als obligatorisches Mitglied angehört hat und nach seinem in vorgerückten Jahren erfolgten Austritt aus dem Betrieb noch als freiwilliges Mitglied bei der Kasse zu verbleiben wünscht. Wir befürchten, daß wir im Falle der Aufstellung einer gesetzlichen Vorschrift, wonach jenes gewesene obligatorische Mitglied die Aufnahme als freiwilliges Mitglied erzwingen kann, den Arbeitern des betreffenden Betriebes schlechtes Recht schaffen, indem ein hartherziger Arbeitgeber sie nur so lange bei sich beschäftigen wird, daß die erforderliche Mindestzeit beim Austritt jeweilen noch nicht erfüllt ist. Exempla docent. Wir octroyieren daher den Betriebskrankenkassen die Freizügigkeitsbestimmungen nicht, wohl wissend, daß wir damit die Gemeindekrankenkassen in eine ungünstige Lage versetzen, aber hoffend, daß die meisten Betriebskrankenkassen von sich aus die Freizügigkeitsvorschriften der litt. *c* von Art. 33 und 34 für sich adoptieren werden. Wir anerkennen, daß man mit Bezug auf diese Frage in guten Treuen anderer Ansicht sein kann.

Davon, daß die frühere Zugehörigkeit zu einer freien Kasse bei Anwendung der Art. 33 ff. in Betracht und Anrechnung falle, kann keine Rede sein. Die Folge wäre natürlich, daß die jungen Leute den freien Kassen zuströmen würden, um, nachdem sie alt geworden, wieder an die Gemeindekrankenkassen abgeschoben zu werden. Wollten wir Gegenrecht verlangen, so wären eben diese Kassen keine freien mehr. Aufnahmszwang und freie Kasse: das bedeutet eine contradictio in adjecto.

4. Mit Art. 33 und 34 stehen die Bestimmungen der Art. 200—202 im Zusammenhang.

Zu **Art. 40.** 1. Die Gewährung des Nachgenusses hat in dem Fall des Art. 38, litt. *a*, keinen Sinn und wäre in den Fällen von Art. 38, litt. *c* und *d*, ungerechtfertigt. Deshalb wird sie auf den Fall von Art. 38, litt. *b*, beschränkt.

2. Der Wegzug ins Ausland hebt den Nachgenußanspruch nicht auf; wohl aber besitzt der ins Ausland Wegziehende nur dann

einen Anspruch auf Kassenleistungen, wenn die den Anspruch begründende Thatsache auf schweizerischem Gebiet eingetreten ist (Art. 29). Beispiele: A. zieht von Zürich weg, um künftig in Stuttgart zu wohnen, erkrankt aber, auf der Reise, in Schaffhausen. B. zieht von Zürich nach Stuttgart, kehrt aber bald in die Schweiz zurück und stirbt innert der Nachgenußfrist in Basel.

cc. Die Vertreter von freiwilligen Mitgliedern. (Art. 41—43.)

Zum ganzen Abschnitt. 1. Durch die Einführung der Halbversicherung wird sich die Zahl derjenigen Kassenmitglieder, welche nicht eigenen Rechtes sind, sehr bedeutend vermehren, und erhalten wir sogar eine erhebliche Anzahl von Mitgliedern, welche weder im Civil- noch im Strafrecht irgendwie verantwortlich sind, und welche sich weder irgendwie gültig verpflichten, noch durch eigenen Willensakt Rechte erwerben können. Und doch giebt es in der Versicherung eine ganze Anzahl von Rechten und Pflichten, welche einen rechtsbeständigen Willen voraussetzen, sowie eine ganze Anzahl von Handlungen und Unterlassungen, welche vermögensrechtliche Nachteile und polizeiliche Ahndung nach sich ziehen.

Es muß nun dafür gesorgt werden, daß, wenigstens mit Bezug auf die freiwillige Versicherungsnahme, überall jemand da ist, welcher den der versicherten Person anhaftenden Mangel an Handlungsfähigkeit und Zurechnungsfähigkeit soweit möglich ersetzt. Diese Fürsorge wird in den Art. 41—43 formuliert. Da hier neben einheitlichem Bundesrecht (Bundesgesetz betreffend die persönliche Handlungsfähigkeit) vielfach kantonales Recht in Frage kommt, so sahen wir uns genötigt, die Formel möglichst allgemein zu gestalten.

Vertreter der verheirateten Frau wird in der Regel der Ehemann, des noch nicht volljährigen Kindes in der Regel der Vater, der obrigkeitlich bevormundeten Person in der Regel der obrigkeitlich bestellte Vormund sein. Wo der Ehemann, der Vater, der Vormund weit weg wohnen, wird man regelmäßig einen andern Vertreter bestellen, mit welchem sich die Kasse, in gesunden und besonders in kranken Tagen des Mitglieds, schnell und gewöhnlich mündlich auseinandersetzen kann.

2. Gerade weil hier vielfach kantonales Recht zur Anwendung gelangt, müssen hier die Kantone das erste Wort haben. Jedoch nicht auch das letzte Wort; denn wir wollen nicht riskieren, daß durch rigorose Vorschriften der Kantone, insbesondere mit Bezug auf die Frage, unter welchen Voraussetzungen die Anmeldung festzu-

halten oder zurückzuziehen sei, unserem Bestreben, die Krankenversicherungsanstalten möglichst allem Volk zu öffnen, mit Erfolg entgegengearbeitet und speciell die Institution der Halbversicherung verkümmert werde. Aus diesen Gründen haben wir mit Bezug auf die kantonalen Erlasse über den Gegenstand die Bundesgenehmigung vorbehalten.

3. Der zweite Absatz von Art. 42 enthält eine Vorschrift welche hart klingt, jedoch durchaus notwendig ist. Sie ist keine unbillige Zumutung gegenüber dem Ehemann, dem Vater; ein anderer Vertreter aber hat es ja in der Hand, sich vor drohendem Schaden dadurch zu schützen, daß er die Anmeldung zurückzieht oder den Austritt des Mitgliedes erklärt, und die kantonalen Bestimmungen (Art. 41, Absatz 2) werden nicht so weit gehen, ihm solches auch dann zu untersagen, wenn es sicher oder sehr wahrscheinlich ist, daß er aus der eigenen Tasche zahlen müßte.

c. Das Meldewesen. (Art. 44 und 45.)

Keine Bemerkung.

d. Verfahren bei Erkrankungen; Leistungen der Kasse. (Art. 46—66.)

Zu **Art. 46**, letzter Satz. Die Zulassung der Kompensation wäre bei nur geringem Verschulden ein Unrecht. Wenn man aber zwischen grobem und leichtem Verschulden unterscheiden und nur an ersteres die Folge knüpfen würde, daß die Kompensation zulässig sei, so hätte die Krankenkasse das Recht, das Krankengeld zurückzuhalten, bis der Streit, ob grobes oder leichtes Verschulden, erledigt wäre, und müßten in der Zwischenzeit der Kranke und seine Familie darben. Darum empfiehlt es sich, die Kompensationsmöglichkeit überhaupt auszuschließen.

Zu **Art. 47**, Absatz 3. Diese Verpflichtung ist nicht so zu verstehen, daß der Arzt oder der Krankenbesucher wider den ausgesprochenen Willen des Kranken oder seines Vertreters den Eintritt erzwingen darf, sondern nur so, daß an die Verletzung der Pflicht die im letzten Absatz vorgesehenen Rechtsnachteile geknüpft werden können.

Zu **Art. 48.** Über die „Angemessenheit" wird im Streitfall auf dem Beschwerdeweg (Art. 162, Absatz 2, „gegen die Amtsthätigkeit der Kassenorgane") entschieden. Bald wird sich die delegierende Kasse über die zu hohe Rechnung der delegierten

Kasse bei der betreffenden Kreisbehörde, bald die delegierte Kasse über die Nichtbezahlung der ganzen Rechnung seitens der Delegierenden bei der Kreisbehörde der letztern beschweren. Ein Kompetenzkonflikt ist da nicht zu befürchten; denn in letzter Linie entscheidet stets das eidgenössische Versicherungsamt (Art. 174, Absatz 3).

Zu **Art. 50.** Wir machen darauf aufmerksam, daß das Krankengeld, vom dritten Tag an, auf jeden Tag entfällt, während die Vollauflage (Art. 69) nur für den Arbeitstag erhoben wird. Letzteres ist deswegen geboten, weil die Vollauflage eine Quote des Tagesverdienstes beträgt, diejenigen Tage also, an denen nicht oder gewöhnlich nicht gearbeitet wird, nicht mitzählen können. Ersteres aber ergiebt sich aus der Thatsache, daß bei dem Kranken nicht zwischen seinem Arbeits- und seinem Nichtarbeitstag unterschieden werden kann. Es wäre nun allerdings möglich, eine gesetzliche Vermutung aufzustellen und analog der Bestimmung von Art. 69, Abs. 2, vorzuschreiben, daß das Krankengeld nur für die Werktage bezahlt werde, und man könnte diese Vorschrift damit rechtfertigen, daß ja das Krankengeld einen Lohnersatz bedeute und der nunmehr Kranke im gesunden Zustand am Sonntag gewöhnlich auch nichts verdienen würde. In der That hatten die ersten Grundzüge zum Gesetzentwurf dieses System adoptiert. Man ist jedoch davon abgekommen, und der gegenwärtige Art. 50 gewährt das Krankengeld für jeden Krankentag, sei er nun ein Werk- oder ein Sonntag. Einmal wird dadurch vermieden, daß, wenn der dritte Tag nach der Erkrankung ein Sonntag ist, der Kranke über den Erkrankungstag hinaus noch für drei Tage nichts erhält. Sodann kommt man damit um das Unrecht herum, daß für konfessionelle Feiertage Krankengeld bezahlt werden müßte, für den allen gemeinsamen Wochenfeiertag, den Sonntag, aber nicht. Und drittens — die Hauptsache — fand man, daß in der Festsetzung von Krankengeld für jeden Tag eine Aufbesserung der $^2/_3$-Quote liege, was deswegen wünschbar ist, weil diese Quote manchem als zu gering erscheint. Wenn der Mann gesund ist, so bezieht er wöchentlich 6 Taglöhne. Das wöchentliche Krankengeld beträgt $7 \times {}^2/_3 = 4\,{}^2/_3$ Taglöhne, während $^2/_3$ des eigentlichen Wochenlohnes nur 4 Taglöhne ausmachen.

Wir geben zu, daß damit in gewissem Maße ein Widerspruch zwischen der Krankengeld- und Prämienberechnung geschaffen ist. In der Unfallversicherung haben wir bezüglich der Rente diesen Widerspruch vermieden. Dort geben wir wirklich nur $^2/_3$, und rechtfertigen es damit, daß, nachdem die in der ersten Zeit des nicht vorhergesehenen Ereignisses, der Krankheit, unvermeidlichen

Mehrauslagen der Familie und unvermeidlichen Verdienstausfälle der übrigen Familienglieder vorüber sind, eine $^2/_3$-Rente für die Folgezeit mit wieder stabileren Verhältnissen so viel bedeute wie $^7/_9$ in jener ersten Zeit.

Zu **Art. 51.** Diese Bestimmung bezieht sich insbesondere auf die in Art. 49 und 50 festgesetzten Leistungen. Der dort vorkommende Ausdruck „während der Dauer der Krankheit" ist also in dem einschränkenden Sinne des Art. 51 zu verstehen.

Zu **Art. 52, 52bis, 52ter** und **53.** 1. Im Anschluß an die allgemeinen Bestimmungen des ersten Absatzes von Art. 47 werden hier nähere Vorschriften mit Bezug auf die Krankenbehandlung aufgestellt. In der Expertenkommission wurde insbesondere der Aerzteartikel sehr einläßlich besprochen. Die Meinungen gingen weit auseinander (stenographisches Bulletin, Seite 243—262), so weit, daß wir uns ernstlich fragten, ob es nicht besser wäre, gar keine Vorschriften aufzustellen und die Beantwortung der mannigfachen Streitfragen auf diesem Gebiet ganz einfach dem Betrieb der Versicherungseinrichtungen, der Praxis, dem Leben zu überlassen. Schließlich haben wir es aber doch für notwendig erachtet, die wichtigsten Punkte im Gesetz zu berühren und insbesondere die Rechte und Pflichten des Patienten mit Bezug auf die Krankenbehandlung festzustellen.

a. In erster Linie ist die Frage zu beantworten: Kann der Patient überhaupt verpflichtet werden, ärztliche Hülfe anzunehmen und sich den ärztlichen Anordnungen zu fügen?

Wir bejahen diese Frage ohne weiteres. Wenn die Kasse zahlen muß, so soll sie auch das Recht haben, zu verlangen, daß der Fachmann zugezogen werde und sich der Patient den sachkundigen Anordnungen desselben füge. Die entsprechende Verpflichtung des Patienten ist natürlich keine unbedingte, insbesondere nicht, wenn es sich um eine chirurgische Operation handelt.

b. Zweite Frage: Darf der Patient zum Eintritt in einen Spital oder zu einer auswärtigen Kur verpflichtet werden?

Auch diese zweite Frage ist zu bejahen, aus dem nämlichen Grund und mit der nämlichen Einschränkung wie die erste.

Es braucht in diesen Antworten auf die erste und die zweite Frage nicht weiter ausgeführt zu werden, daß weder in der einen noch der andern Richtung ein körperlicher Zwang ausgeübt werden darf, daß vielmehr auf die Nichterfüllung der Verpflichtung ledig-

lich ein Rechtsnachteil zu setzen ist, bestehend in dem gänzlichen oder teilweisen Entzug der Kassenleistungen und mit Bezug auf freiwillige Mitglieder in dem Ausschluß (Art. 39, litt. *b*). Wir machen darauf aufmerksam, daß auch hier eine Verpflichtung der Kasse, den angedrohten Rechtsnachteil eintreten zu lassen, nicht besteht, vielmehr die Applikation des Rechtsnachteils und die Festsetzung der Größe desselben innert der gesetzlichen Schranke dem Kassenvorstand und in letzter Linie dem unparteiischen Schiedsgericht anheimgestellt wird.

c. Die dritte und wichtigste Frage geht dahin: Soll dem Patienten die Auswahl des Arztes freistehen? An der Art der Beantwortung dieser Frage besitzen in erster Linie Patient und Kasse ein hohes Interesse.

Dem Kranken und seinen Angehörigen muß es daran gelegen sein, den Arzt möglichst bald zur Stelle zu haben, möglichst human und richtig ärztlich behandelt und möglichst bald und vollkommen geheilt zu werden. Das Verhältnis des Arztes zum Patienten ist sodann in eminentem Sinn ein Vertrauensverhältnis. Unzweifelhaft trägt auch das Vertrauen zum behandelnden Arzt in sehr vielen Fällen bedeutend zur Heilung bei und macht in allen Fällen das Ungemach des Krankseins erträglicher. Der Patient darf dem Arzte nichts verheimlichen, wenn dieser den bösen Feind, die Krankheit, soll überwinden können. Das Verhältnis des Patienten zum Arzt ist daher des weiteren ein im höchsten Maß diskretes. Für den Patienten ist also nicht nur der beste und menschenfreundlichste Arzt gerade gut genug; jener und die Angehörigen besitzen vielmehr auch noch das größte Interesse daran, daß der Arzt nach eigener Wahl bestellt werde; dieser wird für das ihm bewiesene Vertrauen mit seiner höchsten Leistung danken.

Die Krankenkasse besitzt ein Interesse daran, jetzt und in Zukunft möglichst billig wegzukommen. Dieses Ziel wird erreicht durch rasche ärztliche Hülfe, durch rasche und vollkommene Heilung des Patienten einerseits, durch Vermeidung unnützer, inhaltloser Besuche und unnützer Rezeptierung, sowie durch Wohlfeilheit der ärztlichen Thätigkeit anderseits. Da sich die Kasse in vielem auf den Arzt verlassen, auf ihn abstellen muß, so besitzt sie weiter ein Interesse daran, daß derselbe von dem Patienten und seinen und seiner Angehörigen Launen unabhängig sei und ihr, der Kasse, stets wahrhafte Auskunft erteile. Auch sie beansprucht, den Arzt, welchen sie ja bezahlen muß, nach eigener Wahl bestellen zu können. Der Kranke ist allerdings nicht um der Kasse willen da; die Kasse ist aber auch nicht allein um des Kranken, sondern um aller Mitglieder willen da.

Sind die Interessen des Patienten und der Kasse die einzigen, welche Berücksichtigung verlangen dürfen? Nein. Wir schaffen Einrichtungen des öffentlichen Rechts für ein ganzes Land. Es ist gar keine Frage, daß die Stellung des ärztlichen Standes durch dieselben stark beeinflußt wird. Nach den herrschenden Anschauungen über das Heilungswesen sind jene Einrichtungen gar nicht gedenkbar, ohne daß die Ärzte mitwirken, ohne daß sie stets und überall dabei sind. Die Ärzte bilden einen der wichtigsten und vornehmsten Bestandteile der modernen Gesellschaft; der Ärztestand nimmt an Bedeutung stets zu; die Anforderungen an die Vorbildung, die allgemeinen und beruflichen Qualitäten der Ärzte, die Leistungsfähigkeit und die Leistungen derselben werden von Bildungsepoche zu Bildungsepoche, ja von Jahr zu Jahr größer. Aus diesen allgemeinen Gründen, sowie wegen jenes besondern Grundes des intimen Verhältnisses zwischen den von uns projektierten öffentlichen Einrichtungen und dem ärztlichen Stand sind wir berechtigt und verpflichtet, uns die Frage vorzulegen, welche Lösung wohl die im Interesse dieses Standes liegende sei.

Der ärztliche Stand nun muß darauf halten, daß sein technischer, wissenschaftlicher Gehalt und seine sociale Stellung und Wertschätzung durch die zu schaffenden Einrichtungen gehoben oder wenigstens nicht gemindert werden; ein Interesse daran, daß der behandelnde Arzt, ohne maßgebende Rücksicht auf den Kostenpunkt, dasjenige thun und anordnen könne, was er als zweckmäßig erkennt und was der ärztlichen Kunst den größten Erfolg sichert; ein Interesse endlich daran, daß die ärztlichen Leistungen ihre verdiente Würdigung auch nach der ökonomischen Seite finden.

Diese dreierlei Interessen von Patient, Kasse und Arzt, decken sich vielfach, gehen aber auch in mehreren Richtungen auseinander, besonders hinsichtlich der Vertrauensstellung des Arztes und nach der ökonomischen Seite. Wo die Interessen divergieren, da wäre es unsinnig, dem einen oder dem andern unbeschränkt den Vorrang einzuräumen. Vielmehr besteht die Aufgabe des Gesetzgebers darin, eine Formel aufzustellen, welche allen in möglichst hohem Grade gerecht wird. Diese Aufgabe ist sehr schwierig und sehr heikel; eine absolut richtige Lösung erscheint als unmöglich.

Der Redaktor des Gesetzes hatte folgende Lösung vorgeschlagen:

„Die Gemeindekrankenkasse ist berechtigt, für die Entschädigung der ärztlichen Leistungen einen Tarif aufzustellen, sowie einen eigenen Arzt oder eigene Ärzte zu bestellen, an die sich der Kranke zu halten hat, widrigenfalls ihm, nach erfolgloser Mahnung, für die Folgezeit die Kassenleistungen ganz oder teilweise entzogen werden können. Die Kasse soll jedoch nach Möglichkeit darauf Bedacht

nehmen, daß der Kranke zwischen mindestens zwei Kassenärzten die Auswahl hat.

„Wenn zureichende Gründe für die Berufung eines anderen als eines Kassenarztes bestanden haben oder bestehen, so darf die Wahl eines solchen andern Arztes dem Kranken hinsichtlich der Kassaleistungen nicht zum Nachteil gereichen. Die Kasse ist jedoch nicht verpflichtet, überflüssige oder unnütze Kosten zu übernehmen, noch auch, wo ein Kassentarif besteht, mehr als die tarifmäßigen Ansätze zu vergüten."

Der Bundesrat hat sich mit dem System der Kassenärzte nicht befreunden können. Vielmehr hält er dafür, daß hier in erster Linie das heiligste Recht des Patienten und seiner Angehörigen, sich den Mann des Vertrauens als behandelnden Arzt wählen zu dürfen, jeder anderen Rücksicht vorgehen solle. Darum hat der Bundesrat den Grundsatz der freien Ärztewahl aufgestellt. Das Interesse der Krankenkasse dürfte in ausreichender Weise dadurch gewahrt sein, daß ebenfalls ein oder mehrere Tarife vorgesehen werden. Um einem unwürdigen Tarifschacher seitens der Kassen, ebensowohl aber auch um einer Ausnutzung solcher Kassen, welche in ärztearmen Gegenden betrieben werden, durch die Ärzte vorzubeugen, schreiben wir vor, daß die Feststellung des Tarifes oder der Tarife Sache der Versicherungsbehörde sein soll. Endlich haben wir eine Bestimmung aufgenommen, welche es ermöglicht, pflichtvergessenen Ärzten das Handwerk zu legen.

d. Daß wir als Ärzte im Sinn von Art. 52bis nur solche verstehen und anerkennen, welche sich über ihre Fähigkeit und Fachkenntnisse in der bundesrechtlich vorgeschriebenen Form ausgewiesen haben, bedarf keiner besonderen Rechtfertigung. Die Kasse soll nicht etwa dann noch befugt sein, Rechnungen anderer, sogenannter „Naturärzte" zu honorieren. Das ist der Sinn des letzten Absatzes von Art. 52bis.

e. Im Anschlusse an die Regulierung der Ärztefrage und in logischer Konsequenz der Stellung, die wir zu derselben einnehmen, haben wir in Art. 52ter auch das Verhältnis der Kassen und der Versicherten zu den öffentlichen Apotheken geordnet.

Wir wollen keine Kassenapotheker; dem Versicherten oder seinem Vertreter wird an Orten, wo mehrere Apotheken bestehen, das Recht der freien Wahl zum Bezug der ärztlich verordneten Medikamente gewahrt, solange oder soweit nicht einer der in Art. 104 des Gesetzes betreffend die Krankenversicherung oder in Art. 11 desjenigen betreffend die Unfallversicherung vorgesehenen Fälle eintritt. Indem wir so die Interessen der Versicherten wahren, ohne

diejenigen des Apothekerstandes zu beeinträchtigen, schützen wir aber auch die nicht minder wichtigen Interessen der Kassen durch die im zweiten Absatz dieses Artikels aufgenommenen Bestimmungen bezüglich einer vom eidgenössischen Versicherungsamt aufzustellenden einheitlichen Krankenkassenvereinstaxe.

f. Um nicht die Vergleichung des von uns festgestellten Gesetzesentwurfes mit den frühern Entwürfen zu erschweren, beziffern wir die drei neuen Artikel, welche mit dem Art. 52 der frühern Entwürfe korrespondieren, mit 52, 52bis und 52ter. Mit der nämlichen Rücksicht möge sich der Leser die Bezifferung der Art. 147 und 147bis erklären.

Wir erheben nicht den Anspruch, daß die von uns in den Art. 52—53 aufgestellte Formel die absolut beste sei. Wir sprechen vielmehr die Erwartung aus, daß sich insbesondere der schweizerische Ärztestand, welchen wir, wie auch spätere Bestimmungen der beiden Gesetzentwürfe beweisen, hochhalten, einläßlich und ernstlich mit den Vorlagen beschäftige und den eidgenössischen Räten, zum Behuf einer allseitig befriedigenden Lösung der Frage der Stellung der Ärzte in den geplanten Versicherungseinrichtungen, mit seinem sachkundigen Rat an die Hand gehe.

2. In Art. 53 sprechen wir von der „nötigen Wartung". Der frühere Entwurf hatte sich in seinem Art. 43 des Ausdruckes „nötige Pflege" bedient. Die Änderung des Ausdruckes erfolgt zu dem Zwecke, um keine Zweifel darüber aufkommen zu lassen, daß die Verabfolgung der Nahrung auf Rechnung der Kasse ausgeschlossen ist, solange sich der Patient zu Hause befindet.

Zu **Art. 55.** Wir sagen im *zweiten Absatz* „welche er zu unterhalten hat". Es kann vorkommen, daß der nun Erkrankte bisher eine Person oder mehrere Personen ganz oder teilweise unterhielt, obgleich er hierzu rechtlich nicht verpflichtet war, und daß aus der bloßen Thatsache der Gewährung des Unterhalts eine moralische Pflicht, diesen Unterhalt weiter zu gewähren, entstanden ist. A. hat ein Waisenkind „angenommen", aber nicht adoptiert. Kein Gericht kann ihn zwingen, dieses Kind weiter zu unterhalten. Und dennoch besitzt er die sittliche Pflicht hierzu. Wie nun, wenn A. erkrankt: soll da nicht, auch gegen seinen Willen oder ohne daß erst nach dem fernen Spital, in welchem er liegt, angefragt werden muß, ein Teil des Krankengeldes für den Unterhalt dieses „angenommenen" Waisenkindes verwendet werden dürfen? Daher der allgemein gehaltene Ausdruck: „zu unterhalten hat". Wir können nicht „welche er unterhalten hat" sagen; denn mit dieser Formel wäre für diejenigen, welche der nun Kranke in

seinen gesunden Tagen nicht unterhalten hat, obwohl er dazu verpflichtet war, schlecht gesorgt.

Im Gegensatz hierzu sagen wir weiter unten „für welche zu sorgen er rechtlich verpflichtet war", weil wir das Recht der Armenbehörde, für bereits von ihr Bezahltes auf das Krankengeld zu greifen, einschränken möchten. Bis heute hat A. an die Auslagen des Armenguts für den Unterhalt seines Vetters monatlich Fr. 5 bezahlt, freiwillig. Die Armenpflege soll nicht, gegen den Willen des nun erkrankten A., bei der Krankenkasse für den nächsten Monat Fr. 5 erheben dürfen. Der bereits bezeichneten Tendenz entspringt auch die Fassung „bei rechtzeitiger Anmeldung" und „das auf die nämliche Zeit entfallende Krankengeld".

Allerdings sind Kollisionen zwischen der Bestimmung von Absatz 2 und derjenigen von Absatz 3 nicht ungedenkbar.

Zum vierten Absatz. Außer dem Mitglied selbst besitzen ein direktes Klagerecht gegen die Krankenkasse, kraft Gesetzes:

a. die Armenbehörde, nach Art. 55, dritter Absatz;

b. der Arbeitgeber, nach Art. 205, Ziffer 2;

c. der Arzt für die ärztliche Behandlung eines Kassenmitgliedes.

Der Kasse steht im letztern Fall die Einrede oder Schutzbehauptung der „nicht zureichenden Gründe", der überflüssigen oder unnützen Kosten, sowie der Tarifüberschreitung zu. Im Streitfall ist überall das Kreisschiedsgericht zuständig. (Art. 164, litt. *b*.) Wer seinen Anspruch gegenüber der Kasse auf einen Vertrag mit ihr stützt, besitzt gegen dieselbe eine Klage vor den ordentlichen Gerichten.

Hinsichtlich des Klagerechts aus Art. 64 verweisen wir auf unsere Bemerkungen zu diesem letzteren Artikel.

Zu **Art. 57.** Die wissentliche Ausrichtung von Kassenleistungen an eine schon zur Zeit des Eintritts vorhanden gewesene Krankheit ist ein Liberalitätsakt. Zu einem solchen hat der Vorstand kein Recht und ist deshalb der Kasse für die Liberalität verantwortlich. Anders bei

Art. 58; denn hier besteht keine Verpflichtung, wohl aber ein Recht des Vorstandes, Kassenleistungen zu verabfolgen. Siehe hier des weitern Art. 164, zweiter Absatz.

Zu **Art. 59.** Dem Vorstand ist die Leistung untersagt, im Falle von Absatz 1 und des ersten Teils von Absatz 3, freigestellt im Falle von Absatz 2 und des zweiten Teils von Absatz 3. Siehe auch hier Art. 164, zweiter Absatz.

Zu **Art. 60.** Das Vergehen kann sowohl ein Vorsatz- als auch ein Fahrlässigkeitsvergehen, muß aber stets ein durch das Mitglied selbst begangenes sein, so daß z. B. derjenige, welcher ohne seine Schuld in einem Raufhandel verletzt wurde und infolgedessen krank ist, Anspruch auf die Kassenleistungen besitzt; es wäre denn, daß er höchst leichtsinnig in die Rauferei hineingeraten sein sollte, in welchem Fall die Bestimmung des zweiten Absatzes zur Anwendung gelangen würde.

Die Verurteilung durch den Strafrichter ist keine notwendige Voraussetzung für die Anwendbarkeit der Bestimmung des ersten Absatzes.

Zu **Art. 63,** Absatz 3. Als Beispiele erwähnen wir die Fälle von Art. 61 und Art. 62.

Zu **Art. 64.** 1. Wir sagen nicht „Beerdigungskosten", sondern „Bestattungskosten"; in der „Bestattung" ist die Leichenverbrennung inbegriffen, in der „Beerdigung" nicht.

2. Wir unterlassen es absichtlich, im Gesetz zu bestimmen, wem der Anspruch auf diese Kassenleistung zukomme, und wahren in dieser Beziehung dem Kassenvorstand freie Hand. Gewöhnlich wird das Bestattungsgeld demjenigen verabfolgt werden, welcher die Bestattung angeordnet und besorgt hat. Von dieser Regel wird jedoch oft eine Ausnahme gemacht werden müssen. Ein Beispiel: A. ordnet die Bestattung seines Bruders an, bestellt den Leichenwagen und den Sarg, und verlangt von der Kasse das Bestattungsgeld. Der Fuhrmann und der Schreiner reichen aber ihre Rechnungen direkt der Kasse ein, weil sie bei dem insolventen A. leer auszugehen befürchten. Der Vorstand wird richtig handeln, wenn er diese Rechnungen direkt begleicht.

3. Wo die gänzliche oder partielle Unentgeltlichkeit der Bestattung öffentlich-rechtlich eingeführt ist, besteht, soweit die Unentgeltlichkeit reicht, von keiner Seite ein Ersatzanspruch gegenüber der Kasse.

Zu **Art. 65.** Die Kasse hat das Recht, aber nicht die Pflicht, eine Leistung wegen eingetretener Verjährung abzulehnen. Gelangt, im Falle der Ablehnung des Anspruchs durch die Kasse, der Ansprecher an den Richter, so besitzt dieser wiederum das Recht, aber nicht die Pflicht, den Anspruch wegen eingetretener Verjährung zu verwerfen. Vergleiche Art. 164 i. f.

Zu **Art. 66.** Vergleiche Art. 164, litt. *c*, des Krankenversicherungsgesetzes und Art. 55 des Unfallversicherungsgesetzes.

c. Aufbringung der Mittel; Reserve.
(Art. 67—88.)

Zu **Art. 69.** Das System der Monats- statt der Tagesprämie hätte hier und in der Unfallversicherung (vergl. dort die Art. 56, 61 und 62) den großen Vorteil, daß das Rechnungsgeschäft vereinfacht würde. Diese Vereinfachung wäre insbesondere dann von großem Wert, wenn die Monatsprämie als unteilbar erklärt würde und für den innerhalb des Monats Ein- oder Austretenden stets die volle Monatsprämie entrichtet werden müßte. Unser Volk ist jedoch daran gewöhnt, auf den Rappen zu schauen. Deshalb kann es sich nur fragen, ob wir die Monatsprämie in dem Sinne einführen wollen, daß der Bruchteil nach- oder zurückvergütet würde. Die Vereinfachung gegenüber dem System der Tagesprämie wäre deshalb immer noch eine bedeutende, weil die Mitgliedschaft gewöhnlich von längerer Dauer ist, so daß z. B. für denjenigen, welcher im Laufe des Monats Januar ein- und im Laufe des Monats Oktober austritt, acht ganze Monatsprämien nacheinander entrichtet würden und nur der Januar und der Oktober Bruchteile ergäben.

Dennoch sind wir dazu gekommen, für die Vollversicherung das System der Tagesprämie vorzuziehen.

Bei den freiwillig und den gemäß Art. 6 und 7 obligatorisch versicherten Personen kennt man den Zeitpunkt des Beginns, bei ersteren auch den Zeitpunkt des Endes der Mitgliedschaft genau. Anders bei den nach Art. 1 obligatorisch versicherten Personen. Hier ist man in erster Linie und in der Hauptsache auf die Angaben des Arbeitgebers angewiesen. Dieser Umstand hätte beim System der Monatsprämie, viel mehr als bei demjenigen der Tagesprämie, die Folge, daß, um der Bequemlichkeit willen, als Ein- und Austrittstag auch mit Bezug auf diejenigen, welche innerhalb des Monats ein- oder austreten, der Monatsbeginn, beziehungsweise das Monatsende angegeben und daß man nur dann die Wahrheit sagen oder auf die Wahrheit zurückkommen würde, wenn sich innerhalb des Bruchmonats eine Thatsache ereignet, welche den Anspruch auf Kassenleistungen erzeugt. A. tritt am 16. Februar ein. Passiert ihm nichts, so meldet man ihn erst auf den 1. März an. Erkrankt oder stirbt er am 18. Februar, so muß die Kasse herhalten; denn es ist ja wahr und leicht zu beweisen, daß er schon seit dem 16. Februar zwangsversichert war. Der Austritt des B. ist auf Samstag den 3. Juli angesetzt, B. wird aber schon mit dem 30. Juni abgemeldet. Bleibt er bis zum 3. Juli gesund, so kräht kein Hahn danach, daß die Bruchprämie für den 1.—3. Juli hätte der Kasse zu gute kommen sollen. Verunglückt er aber am

2. Juli, so können seine Hinterlassenen leicht beweisen, daß er damals noch zwangsversichert war. Das Facit wäre, daß unsere Kassen, bei unveränderter Belastung, um die Zwischenprämien zu kurz kämen. Diese Gefahr besteht auch beim System der Tagesprämie, voraussichtlich in höherem Grade aber, um es zu wiederholen, beim System der Monatsprämie. Darum ziehen wir mit Bezug auf die gemäß Art. 1 zwangsversicherten Personen die Tagesprämie vor. Weil es nun nicht wohl anginge, innerhalb des Kreises der Vollversicherten zweierlei Berechnungsarten zu handhaben, so adoptieren wir die Tagesprämie für alle Vollversicherten.

Zu **Art. 70.** 1. Da die Halbversicherung nach ihrer Natur ohne Rücksicht auf die Erwerbsfähigkeit und den Erwerb eingerichtet wird, so kann hier die Prämie gar nicht nach Arbeitstagen berechnet werden. Deshalb rechnen wir hier nach Monaten, nicht nach Tagen.

2. Die Halbversicherung ist etwas durchaus Neues, ein Versuchsfeld. Wir führen sie ein, weil wir dafür halten, daß durch sie ein Volksbedürfnis befriedigt werde. Allein wir dürfen nicht riskieren, daß, indem wir die Einzelnheiten der Konstruktion im Gesetz unabänderlich festnageln, ganz neben das Ziel geschossen und vitale Fehler begangen werden, deren Beseitigung nur auf dem schwerfälligen und langsamen Weg der Gesetzesänderung möglich wäre, nachdem inzwischen eine Anzahl von Kassen um solcher Fehler willen halb zu Grunde gegangen sind.

Demgemäß stellen wir als Regel die Einheitlichkeit der Prämie auf, gestatten jedoch Ausnahmen. Wir ziehen aber mit Bezug auf solche Ausnahmebestimmungen Schranken in zwei Richtungen. Einmal erklären wir jede Ausnahme zu gunsten oder zum Nachteil einer einzelnen Person oder von einzelnen Personen als unzulässig. Zweitens verlangen wir, daß der (nach Maßgabe von Art. 109, litt. *a*, zu fassende) Abstufungsbeschluß der Kasse in allen Fällen, also nicht bloß im Rekursfalle, dem eidgenössischen Versicherungsamt zur Genehmigung oder Nichtgenehmigung vorgelegt werde.

Wir machen darauf aufmerksam, daß, im Gegensatz zur Prämie, das Eintrittsgeld für Halbversicherte nur nach dem Eintrittsalter abgestuft werden darf (Art. 32). Warum? Weil es sich beim Eintrittsgeld nur um eine einmalige Leistung handelt, welche höchstens Fr. 25 betragen darf. Da wäre es die purste Spielerei, wollte man noch andere Abstufungen, als die eine nach dem Eintrittsalter, zulassen.

Zu **Art. 71.** 1. Es erscheint, wie schon im allgemeinen Teil dieser Botschaft bemerkt wurde, als angezeigt, daß mit Bezug auf

die Krankenversicherungsprämie ein Höchstbetrag vorgeschrieben werde, damit der Arbeitgeber in seinem wirtschaftlichen Voranschlag, ebenso der Arbeiter und das freiwillige Mitglied von vorneherein wissen, wie hoch sie die Versicherung im ungünstigsten Fall zu stehen kommt. Es ist gut, wenn das Gesetz selbst die Schranke zieht und der Ruf zur Sparsamkeit „bis hierher und nicht weiter" von dem ehernen, unbiegsamen Gesetz ausgeht. Ergiebt sich ein hohes Jahresdeficit oder ergeben sich nacheinander Jahresdeficite, trotzdem die Maximalauflage erhoben wird, so müssen die Versicherungsgemeinden herhalten (Art. 87, litt. *d*) und nötigenfalls Gemeindesteuern zu diesem Zwecke erhoben werden. Alsdann aber dürfte der allgemeine Unwille des Publikums, mehr als irgend ein Beschluß der Generalversammlung der Arbeiter, und viel mehr als ein mahnender Beschluß der Generalversammlung der Arbeitgeber oder eine Rüge seitens der Versicherungsbehörden, es bewirken, daß der Vorstand innert der Vorschriften des Gesetzes betreffend die Leistungen der Kasse mit größerer Sparsamkeit verfährt.

Die Festsetzung des Maximalsatzes auf 4 % entspricht den im Gesetz vorgeschriebenen Leistungen der Kasse. Wir verweisen auf die unter Ziffer 7 der amtlichen Drucksachen genannte Denkschrift, I. Teil (Seite 42, 44 u. ff.) und, mit Bezug auf die Schwankungen bei geringem Mitgliederbestande, auf den II. Teil, Abschnitt V (Seite 159 ff.).

Sollten die eidgenössischen Räte den Höchstbetrag heruntersetzen, so müßte gleichzeitig auch eine Änderung der gesetzlichen Bestimmungen betreffend die Kassenleistungen im Sinne einer entsprechenden Reduktion der letzteren stattfinden.

Ebenso notwendig oder noch notwendiger als die Vorschrift betreffend einen Höchstbetrag der Vollauflage erscheint eine solche Vorschrift mit Bezug auf die Halbauflage. Wir müssen hier zwar den Krankenkassen einen Spielraum offen lassen. Umgekehrt haben wir dafür zu sorgen, daß nicht die gute Absicht, welche den Gesetzgeber bei Einführung der Halbversicherung leitete, durch die Kassen dadurch illusorisch gemacht werde, daß sie die Halbversicherung hoch besteuern, eine hohe Halbauflage festsetzen und dadurch das Publikum von der Versicherungsnahme abschrecken. Zweitens erfordert es die Gerechtigkeit, daß der Voll-, d. h. auf Krankenpflege und Krankengeld Versicherte für die Krankengeldversicherung etwas zahle, was der Halbversicherte nicht bezahlen muß, daß also auf den geringsten Vollversicherten eine höhere oder wenigstens keine kleinere Prämie entfalle, als auf den höchstbeauflagten Halbversicherten.

Deshalb setzen wir auch für die Prämie der Halbversicherung einen Höchstbetrag fest und formulieren diese Maximalvorschrift in folgender Weise: „Die höchste Halbauflage darf nicht mehr als die auf die unterste Klasse der Vollversicherten für die nämliche Zeit entfallende Auflage betragen.“

2. Im Maximum ist der Bundesrappen inbegriffen. Der Bund zahlt seinen Beitrag an die Prämie, betrage nun diese 4 % oder weniger. Die von dem Arbeitgeber des obligatorischen Mitgliedes und dem schweizerischen freiwilligen Mitglied monatlich einzubezahlende Vollauflage beträgt also, wenn der Monat 31 Tage, wovon 4 Sonntage, zählt, höchstens 4 % eines Taglohnes × 27, weniger 31 Rappen; das macht in der 5. Klasse (Art. 79) 4 % von Fr. 3, oder 12 Rappen, mal 27, d. h. Fr. 3. 24, weniger 31 Rappen, also Fr. 2. 93, wovon auf das obligatorische Mitglied Fr. 1. 46, auf seinen Arbeitgeber Fr. 1. 47 entfallen.

Zu **Art. 72.** Es ist in der Expertenkommission angeregt worden, den Krankenkassen zu gestatten, die Auflage zahltagsweise zu erheben. Wir können uns mit diesem Vorschlag nicht befreunden. Was dem einen recht ist, ist dem andern billig. Wenn man dieses System der Prämienzahlung mit Bezug auf das Etablissement A zuläßt, so muß man dem Etablissement B, und dem Etablissement C, und dem Schustermeister D die nämliche Bequemlichkeit einräumen. So hätte schließlich die Gemeindekrankenkasse jeden Tag einen Auflagenbezug, und die Kontrolle darüber, ob jeder Arbeitgeber rechtzeitig an seinem Zahltag der Auflage nachkomme, würde so kompliziert wie die Kontrolle über die Wechsel-Skadenz in einem größeren Bankgeschäft.'

Anders bei der Betriebskrankenkasse. Siehe Art. 139, dritter Absatz.

Zu **Art. 73,** letzter Absatz. Siehe unsere Bemerkung zu Art. 65.

Zu **Art. 76.** Vergleiche Art. 129, zweiter Absatz, dieses und Art. 97 des Gesetzes betreffend die Unfallversicherung.

Zu **Art. 77** und **78.** 1. Hier stoßen wir auf die große Schwierigkeit, welche der gleichzeitige Betrieb der Zwangs- und der freiwilligen Vollversicherung mit sich bringt. Die Zwangsversicherung verlangt richtige Lohnangaben; das versteht sich von selbst. Anders verhält es sich bei der freiwilligen Versicherung. Da sollte, meint man, dem Versicherungslustigen wenigstens so viel freistehen, nur für einen Teil seines Erwerbes Versicherung auf Krankengeld zu nehmen oder, wenn man sich anders ausdrücken will, den Erwerb nur auf 3 Franken anzugeben, während er 6 Franken beträgt. Wie aber

nun, wenn wir solches in unserer kombinierten Zwangs- und freiwilligen Versicherung zulassen? Dann muß man das Kassengeschäft der Vollversicherung in zwei Abteilungen zerlegen, von denen jede ihre besondere Rechnung und ihr besonderes Schicksal hat. Das können und wollen wir nicht; denn der Kassenbetrieb würde viel zu kompliziert, besonders wenn noch die Halbversicherung mitfährt. Oder man müßte für die freiwillige (Voll- und Halb-) Versicherung besondere öffentliche Kassen einrichten, wenigstens da, wo keine freien Kassen bestehen oder wo sie nichts leisten oder sonst unbefriedigend funktionieren. Das Nebeneinanderbestehen von solchermaßen zweierlei öffentlichen Kassen wäre thatsächlich ein Unding, man kann sich die Sache betrachten, von welcher Seite man will; und die Ordnung der Wechselbeziehung zwischen den zwei Arten, besonders in Ansehung der Freizügigkeit, müßte die allergrößten Schwierigkeiten bereiten. Also eine öffentliche Krankenkasse, einheitlicher Betrieb dieser einen Kasse für die Vollversicherung und der gleiche Prämiensatz! Dann aber geht es nicht an, die Lohnwahrheit für die einen vorzuschreiben, für die anderen aber nicht, und geht es nicht an, den einen, welcher lügt, zu strafen, den anderen, der noch krasser lügt, straffrei zu lassen. Dabei käme auch die Zwangsversicherung sehr zu kurz; denn die Freiwilligen würden sich zumeist niedrig einschätzen und, gerade so wie die untersten Klassen der Zwangsversicherten, zu ungunsten der höher als sie und der hocheingeschätzten Mitglieder, ein ungünstiges Aliment ausmachen. Siehe die unter Ziffer 7 der amtlichen Drucksachen genannte Denkschrift, Seite 58. Richtigerweise sollten aber die Freiwilligen das Kassengeschäft eher gut als schlecht machen.

So gelangen wir dazu, auch von dem freiwilligen Vollversicherten wahre Angaben zu verlangen, auch ihn nach der wirklichen Erwerbshöhe einzuschätzen, und auch seine unwahren Angaben unter Strafe zu stellen.

Selbstverständlich sind wir mit diesem Ergebnis unserer Betrachtungen nicht am Ende der Schwierigkeiten angelangt. Die Kontrolle darüber, ob der freiwillige Vollversicherte wahre Erwerbsangaben gemacht habe, ist oft geradezu unmöglich, so wenig möglich wie die ausreichende Nachprüfung der Selbsttaxation eines Steuerpflichtigen. In vielen Fällen wird es so ziemlich auf das nämliche herauskommen, ob wir die Lohnwahrheit vorschreiben oder es dem Versicherten ausdrücklich anheimstellen, die Ziffer zu bezeichnen, auf welche er versichert sein will. Oft ist der Versicherte beim besten Willen nicht im stande, richtige Erwerbsangaben zu machen. Oft wird das freiwillig vollversicherte Mitglied gar nicht zu der Klasse der erwerbenden Personen gehören. Warum soll man solche

Leute zurückweisen; sie werden durchschnittlich kein schädliches Aliment des Versicherungsgeschäftes sein. Da hat man gar keine andere Wahl, als sich mit Fiktionen durchzuhelfen, wie wir überhaupt, auch mit Bezug auf die Einschätzung anderer Arten von versicherten Personen, zu Fiktionen unsere Zuflucht nehmen. Art. 78. So müssen wir uns leider auch auf dem Gebiet der Krankenversicherung damit begnügen, die Wahrheit zu *suchen* und ihr mittelst der Fiktion, eines beim Suchen nach der Wahrheit allerdings sonderbaren Mittels, möglichst nahe zu kommen.

2. Wir setzen in Art. 78, am Ende, einen Höchstbetrag des für Prämie und Kassenleistung in Betracht kommenden Tagesverdienstes fest. Wir ziehen damit der Möglichkeit der falschen Lohnangabe eine Grenze nach oben. Müssen uns einerseits die Hocheingeschätzten willkommen sein, so handeln wir doch, wie schon im allgemeinen Teil dieser Botschaft hervorgehoben, klug, wenn wir der Möglichkeit des stets stoßenden Vorkommnisses vorbeugen, daß ein sehr hocheingeschätzter Herr ein ganzes Jahr lang das dieser Einschätzung entsprechende sehr hohe Krankengeld aus der Krankenkasse bezieht. Mit dieser Klugheitsrücksicht steht eine solche versicherungstechnischer Natur im Zusammenhang: Je höher die Einschätzungsklasse, desto geringer die Zahl der in dieser Klasse Versicherten; infolgedessen steigt das Risiko für eine Kasse, durch die Erkrankung der Hocheingeschätzten schwer geschädigt, ja ruiniert zu werden, mit der zunehmenden Höhe in empfindlichem Maße.

Hinsichtlich der Bezifferung des Höchstbetrages nehmen wir den Lohn eines recht gut bezahlten Arbeiters als Maßstab, also den Betrag von sieben bis acht Franken. Wir haben den Betrag von sieben Franken fünfzig Rappen gewählt, weil diesem Höchstbetrag ein, also höchstes, Krankengeld von Fr. 5 entspricht.

Zu Art. 79. 1. Im Interesse der Vereinfachung des Betriebes des Versicherungsgeschäftes teilen wir die auf Krankengeld Versicherten in Klassen ein. Für die Frage, ob viel oder wenig Klassen, war uns die Rücksicht auf die Unfallversicherung maßgebend, weil eben die Klasseneinteilung auch für die Rentenfestsetzung gilt (Art. 33, Abs. 2, des Gesetzesentwurfs betreffend die Unfallversicherung). Es erscheint als geboten, daß die Rentenfestsetzung möglichst nach Maßgabe des *wirklichen* Lohnes oder Erwerbes stattfinde. Hierauf legen, wie uns die Haftpflichtstreitigkeiten zur Genüge lehren, die Arbeiter ein außerordentlich großes Gewicht. „Wenn doch die Erwerbsverhältnisse am Tag des Unfalls maßgebend sein sollen, warum erhalte ich, der ich bis dahin einen Taglohn von Fr. 7 bezogen, nicht eine Rente von Fr. 1400, sondern nur

eine solche von Fr. 1000, genau so viel wie der, welcher Fr. 5 Taglohn hatte, und genau so viel wie derjenige, dessen Taglohn nur Fr. 4. 50 betrug, und zwar lediglich deshalb, weil wir alle 3 durch die Rechenkunst und Willkür des Gesetzgebers in eine und dieselbe Klasse (Fr. 4. 50 bis Fr. 7) zusammengewiesen worden sind; wo ist da die Gerechtigkeit?“ Wir dürfen also, wenn wir das Klassensystem festhalten, nicht nur einige wenige Klassen aufstellen. Zweitens sind die Klassen so festzusetzen, daß sich bei Berechnung des Krankengeldes möglichst runde Zahlen ergeben.

Im ersten Entwurfe waren die Lohnklassen so eingerichtet, daß das tägliche Krankengeld von Klasse zu Klasse um 50 Cts. differierte. Die maßgebenden Taglöhne wichen daher je um 75 Cts. voneinander ab. Das höchste tägliche Krankengeld war ebenfalls schon auf Fr. 5 und daher der anrechenbare Taglohn der höchsten Klasse auf Fr. 7. 50 angesetzt worden.

Die Expertenkommission fand, daß Sprünge von einem halben Franken in den untern Lohnklassen zu groß seien, und gab ihre Ansicht dahin kund, im täglichen Krankengelde von Klasse zu Klasse nur um 20 Cts., also im maßgebenden Taglohne um 30 Cts. vorzuschreiten. Gleichzeitig setzte sie unter Beibehaltung des täglichen Maximalkrankengeldes von Fr. 5 das Minimalkrankengeld auf 80 Cts. fest. Der so gegliederten Lohnklassifikation haftet aber der große Nachteil an, daß sie auf eine zu hohe Zahl der Lohnklassen führt, nämlich auf 22, und daß sie damit die Erreichung des Zweckes, der bei der Klassifikation überhaupt verfolgt wird, eine Vereinfachung des Betriebs des Kassengeschäfts herbeizuführen, in Frage stellt.

Warum aber die bei den kleinen Löhnen ins Gewicht fallende Differenzierung von 30 Cts. auch bei Löhnen von Fr. 5 und Fr. 7 beibehalten? Wer einen Taglohn von Fr. 7 hat, wird auf 30 Cts. geringeres Gewicht legen, als derjenige, dem täglich nur 90 Cts. zukommen. Vollends wird man nicht begreifen können, warum unmittelbar vor der Erreichung des Maximallohnes nach ganz kleinen Lohnintervallen klassifiziert wird, und dann jegliche Abstufung plötzlich aufhört und, durch das Maximum, aller Abstufung ein Ende bereitet wird. Ferner, und hierauf ist besonderes Gewicht zu legen, fällt in Betracht, daß bei höhern Beträgen die Abrundung nach oben und die dadurch bedingte Änderung im Krankengelde eine größere sein kann, ohne daß man auf die Gefahr der Simulation stößt. Stellt man statt eines Betrages von 95 Cts. einen um 55 Cts. höhern Betrag von Fr. 1. 50 ein, so wird das Krankengeld im Betrage von $^2/_3$ gleich Fr. 1, überstiege also den wirklichen Verdienst von 95 Cts. Stellt man aber bei einem Lohn von Fr. 5. 45

ebenfalls 55 Cts. mehr, also Fr. 6, in Rechnung, so wird das Krankengeld von Fr. 4 immerhin noch weit unter dem wirklichen Verdienst von Fr. 5. 45 bleiben.

Den verschiedenen vorgebrachten Bedenken weicht eine Klassifikation aus, welche, nach dem Vorschlag von Herrn Professor Kinkelin in der Expertenkommission, nicht in arithmetischer, sondern in geometrischer Progression fortschreitet. Die Klassifikation, welche wir in Art. 79 aufgestellt haben, entspricht in der Hauptsache diesem Grundsatz. Ohne die Zahl der Lohnklassen über Gebühr zu steigern, ist es dabei doch möglich geworden, nach dem Wunsche der Expertenkommission die untern Lohnklassen nur um 30 Cts. voneinander differieren zu lassen. Von einer Klasse zur nächstfolgenden wächst das Krankengeld und entsprechend auch der anrechenbare Taglohn im Durchschnitt um rund einen Viertel.

2. Im zweiten Absatz von Art. 79 wird vorgeschrieben, daß je die oberste Zahl als maßgebende Zahl einer Klasse gelte. Durch dieses System kommt weder der Anspruchsberechtigte noch die Kasse zu Schaden. Das Krankengeld besteht dann stets in wenigstens $^2/_3$ des wirklichen Tagesverdienstes, ebenso die Unfallsrente. Wir hoffen, mit dem System der obersten Zahl der Gefahr wirksam zu begegnen, daß die Löhne zu nieder angegeben werden.

Zu **Art. 82.** Wir haben uns die Frage vorgelegt, ob nicht derjenige Arbeitgeber, welcher dem Arbeiter den auf diesen entfallenden Prämienteil abzieht, die Prämie aber der Kasse nicht einbezahlt, zuchtpolizeilich oder kriminell zu bestrafen sei, mit andern Worten, ob nicht eine solche Thatsache den Thatbestand eines besonderen Vergehens, eines crimen sui juris, ausmachen soll, sei es im Fall der bloß fahrlässigen und im Fall der arglistigen Nichteinbezahlung, sei es, wie in Deutschland (Art. 82, *b*, des deutschen Krankenversicherungsgesetzes), nur im letzteren Falle.

Wir haben diese Frage verneint, hauptsächlich aus dem Grunde, weil wir nicht ohne Not anläßlich der Versicherungsgesetzgebung den im eidgenössischen Strafrecht herrschenden Wirrwarr noch vergrößern wollen. Wir glauben, mit solchen Bestimmungen, welche innert der Versicherungseinrichtungen durchgeführt werden, auskommen zu können.

Zu **Art. 83.** Ohne Freunde neuer Konkurs-Privilegien zu sein, erachten wir doch ausnahmsweise die Schaffung eines solchen zu gunsten der projektierten Versicherungsanstalten für gerechtfertigt, und zwar deswegen, weil diese einem hervorragend gemeinnützigen Zweck dienen werden.

Die Bestimmung von Art. 83, sowie die analogen Bestimmungen der Art. 142 und Art. 183, Absatz 2, dieses Gesetzentwurfs und Art. 70 desjenigen betreffend die Unfallversicherung bedeuten eine Abänderung des Schuldbetreibungs- und Konkursgesetzes, und werden deshalb, mit Bezug auf ihren Standort in den beiden Vorlagen, bei der Schlußredaktion gleich zu behandeln sein wie andere Änderungen bestehender Bundesgesetze (Art. 205 des Krankenversicherungsgesetzes und Art. 96—99 des Unfallversicherungsgesetzes).

Zu **Art. 84.** Ist der Arbeiter krank und zwar wirklich krank, so kann er nicht arbeiten und verdient deswegen weder sich noch seinem Arbeitgeber. Deshalb wäre es nicht richtig, dennoch für diese Zeit vom Arbeitgeber — nur er ist ja gegenüber der Kasse auflagepflichtig — Auflagen zu erheben. Die Folge dürfte sonst in der Regel die sein, daß dem kranken Arbeiter so schnell als möglich gekündigt würde. Darum die Bestimmung von Abs. 1.

Um mißbräuchliche Ausnützung dieser Bestimmung, welche auf die Betriebsergebnisse der Kasse sehr nachteilig wirken wird, so viel als möglich zu verhindern, fügen wir die Bestimmung des zweiten Absatzes bei. Sonst gäbe es bald in jeder Kasse eine Anzahl von „Kostgängern", welche stets ein wenig krank wären, um nichts leisten zu müssen und doch die Kasse ausnützen zu können.

Vergl. Art. 68 des Unfallversicherungsgesetzes.

Absatz 3. Mit Bezug auf diese nachträglich zu erhebende Auflage sind für das obligatorische Mitglied der Arbeitgeber und die Versicherungsgemeinde ebenso gut Schuldner und Garanten gegenüber der Kasse, wie mit Bezug auf die gewöhnliche Auflage.

Zu **Art. 87.** 1. Der erste Entwurf hatte, in dem dortigen Art. 73, folgendes bestimmt:

„Zeigt sich bei Abschluß der Jahresrechnung ein Deficit, und beträgt die Prämie des Rechnungsjahres weniger als vier Prozent, so wird das Deficit pro rata der maßgebenden Lohnbeträge (Art. 65) des Rechnungsjahres auf die Beitragspflichtigen verlegt und findet der Nachbezug statt. Der Arbeitgeber ist nicht befugt, sich für die Zusatzprämie am Versicherten zu erholen.

„Die Zusatzprämie darf jedoch, mit der Hauptprämie zusammengerechnet, nicht mehr als vier Prozent ausmachen. Wenn die Hauptprämie des Rechnungsjahres bereits vier Prozent betragen hat, so darf keine Zusatzprämie erhoben werden.

„Die Bestimmungen von Art. 61, Abs. 4, und Art. 68, Abs. 2, gelten auch mit Bezug auf die Zusatzprämie.

„Reichen die eingezogenen Zusatzprämien zur Deckung des Deficits des Rechnungsjahres noch nicht aus, oder darf keine solche erhoben werden, so bestimmt die Kreisverwaltung nach Anhörung des Vorstandes des Arbeitgeberausschusses und der Gemeindebehörde die Höhe der Entnahme aus der Kassen- und der Verbandsreserve.

„Ein alsdann noch übrig bleibender Fehlbetrag ist durch die Gemeinde zu ersetzen."

(Die im dritten Absatz dieses früheren Artikels angerufenen Art. 61, Abs. 4, und Art. 68, Abs. 2, sind die heutigen Art. 73 und Art. 83.)

Der erste Entwurf ging also davon aus, daß jedes Betriebsjahr sich selbst zu genügen habe und alljährlich reiner Tisch gemacht werde, also kein Vortrag des Deficits oder eines Teiles desselben auf neue Rechnung stattfinden dürfe. Zu diesem Behuf nahm jener erste Entwurf Zuflucht zum System der Zusatzprämie. Der damalige Art. 73 wurde jedoch in der Expertenkommission lebhaft angegriffen, und wir haben uns in der That davon überzeugt, daß dies mit Fug und Recht geschah. Die Zusatzprämie müßte bei den im Vorjahr prämienpflichtig gewesenen Personen, nach Maßgabe der damaligen einzelnen Prämienbeträge, erhoben werden. Dies wäre eine schwierige Arbeit mit sehr oft negativem Erfolg, weil die Leute nicht mehr zur Stelle wären. Die Maßnahme würde Unzufriedenheit erzeugen und wäre auch, nach Einführung des Bundesrappens, ungerecht. Da dieser nicht auch an die Zusatzprämie verabfolgt werden könnte, so wäre das Facit folgendes:

A. gehört der Kasse L., B. gehört der Kasse M. an. Jene hat im Rechnungsjahr 3, diese 4 % erhoben. A. bezieht den gleichen Lohn wie B., nämlich Fr. 3. Die Kasse L. erhebt eine Zuschußprämie von 1 % und kommt damit auf die 4 % der Kasse M. Der Arbeitgeber des A. bezahlt schließlich für diesen genau so viel wie der Arbeitgeber des B. für letzteren, nämlich, für 300 Arbeitstage, Fr. 36 weniger den Betrag der Bundesrappen, Fr. 3. 65, also Fr. 32. 35, darf aber dem A. nur Fr. **11. 67** abziehen, während dem B. Fr. **16. 17** abgezogen werden.

Aus diesen Gründen lassen wir das System der Zuschußprämie fallen und sehen den Übertrag des Deficits oder eines Teiles desselben aufs neue Jahr vor, statuieren also eine gewisse Solidarität der Rechnungsjahre untereinander.

2. Erwächst der Versicherungsgemeinde aus ihrer Zahlung eine Forderung auf die Kasse, und, wenn ja, eine verzinsliche? Letzteres haben wir ohne weiteres verneint. Wir sind aber auch mit Bezug

auf die Hauptfrage zur Verneinung gelangt. Die Versicherungsgemeinde wird ja nur dann zahlen müssen, wenn die Kasse ganz schlecht steht und die Reserven nahezu erschöpft sind. Dann ist es aber besser, man sorge dafür, daß sich die Kasse wieder erhole, daß die Reserven wieder anwachsen und daß man den Auflagensatz reduzieren könne, was ja alles schließlich auch wieder der Gemeinde zu gute kommt, wenigstens teilweise. Die Guthaben der Versicherungsgemeinde müßten in den Rechnungen der politischen Gemeinden nachgeführt werden und hätten doch gewöhnlich keinen Wert.

f. Organe, Verfassung und Geschäftsgang.
(Art. 89—128.)

Zum ganzen Abschnitt. 1. Wir organisieren die Gemeindekrankenkassen von Bundes wegen. Wie ist das zu verstehen? Etwa so, daß wir sie ins Leben rufen und alsdann den beteiligten Kreisen die Einrichtung und den Betrieb überlassen, ohne uns weiter um die Sache zu bekümmern, es wäre denn, daß Streitigkeiten im Schoß der Kasse entstehen und die Staatsgewalt zum Entscheid angerufen wird? Oder aber so, daß wir unsere Aufgabe weiter fassen und eine Anzahl von einheitlichen Vorschriften über die Einrichtungen und den Betrieb aufstellen, an welche sich sämtliche Gemeindekrankenkassen des Landes zu halten haben, und daß wir eine staatliche Kontrolle darüber aufstellen, ob diese Vorschriften befolgt werden? Die Antwort auf diese beiden Fragen ist nicht schwer zu erteilen. Ein Vorgehen im ersteren Sinn würde einem bellum omnium contra omnes rufen. Der Interessierten sind mancherlei: die absolut obligatorisch Versicherten, die relativ obligatorisch Versicherten, die freiwilligen Vollversicherten, die freiwilligen Halbversicherten, die Arbeitgeber, die Versicherungsgemeinde, der Bund mit seinem Bundesrappen, die Unfallversicherungsanstalt. Angenommen, sie wären einen Augenblick einig: der nächste Tag schon würde den ersten Zankapfel in die bunte Menge werfen; jeder wollte befehlen, niemand gehorchen. Die Staatsgewalt wäre vollauf damit beschäftigt, die Streitenden auf die eine oder andere Art wieder zusammenzubringen, damit dem Geschäft wieder einige Tage des Friedens zu teil würden. Und wie sollte da die Staatsgewalt amten, nach welchen Grundsätzen die Streitigkeiten entscheiden? Nach bestem Ermessen, in jedem einzelnen Fall. Bald würde man über ungleiche Behandlung seitens der Staatsgewalt klagen. Und um diese Klagen verstummen zu machen, müßten die Staatsbehörden nach und nach bestimmte Grundsätze aufstellen, nach welchen die Streitigkeiten über das Stimmrecht der einzelnen Arten der Mit-

glieder, über das Verhältnis der einzelnen interessierten Klassen zu einander und zum Betrieb, über die Verantwortlichkeit u. s. w. entschieden würden. So hätten wir schließlich thatsächlich staatliche einheitliche Normen über die Organe, die Verfassung und den Geschäftsgang der Gemeindekrankenkasse. Mitten durch jahrelang andauernden Streit und Zank würden wir endlich mit Naturnotwendigkeit zu demjenigen gelangen, was man vernünftigerweise, um den Streit zu verhüten und von Anfang an Ordnung ins Geschäft zu bringen, von vorneherein gestaltet und feststellt.

Aus diesen Gründen sind wir dazu gelangt, die eingangs gestellten zwei Fragen so zu beantworten, daß wir die erste verneinen und die zweite bejahen.

Wie weit sollen wir nun gehen in der Aufstellung einheitlicher Normen? Den einzelnen Kassen muß eine gewisse Freiheit, sich so oder anders einzurichten, eingeräumt werden. Einmal erfordert das schon die Gesetzgebungspolitik. Wenn wir ein gesundes, reges Kassenleben herbeiführen wollen, so müssen wir der einzelnen Kasse nicht nur den Betrieb innert bestimmter Formen überlassen, sondern auch bis zu einer gewissen Grenze die Gestaltung des Kassenlebens, die Feststellung jener Formen anheimgeben. Dadurch stärken wir das Gefühl der Verantwortlichkeit, sowie den Anreiz zu einem richtigen Betrieb und zur Erzielung guter Betriebsergebnisse. Zweitens kann das Gesetz unmöglich alles voraussehen, was das Bedürfnis an einem jeden der hundert und aberhundert Orte der Schweiz erheischt, was die Erfahrung des Lebens als notwendig oder als überflüssig wird erscheinen lassen, was die einzelne Landesgegend nach ihrer Besonderheit, nach der verschiedenen Bevölkerungsdichtigkeit, nach der Eigenart der Bevölkerung, nach Maßgabe des Vorherrschens bestimmter Arten von Industrien, bedarf.

Die Schwierigkeit besteht darin, zwischen demjenigen, was für alle Gemeindekrankenkassen der ganzen Schweiz einheitlich festzustellen ist, und demjenigen, was der einzelnen Kasse überlassen werden soll, die Grenze richtig zu ziehen und überall das richtige Maß zu finden. Was ist vorzuschreiben, was ist zu verbieten, was ist der Kasse anheimzustellen?

Wir geben in den Artikeln 89—128 die von uns als richtig erachtete Lösung der Aufgabe. Es könnte sich fragen, ob der Gesetzesvorlage einige Formularien von Statuten und Reglementen als Richtschnur für die Kassen beizufügen seien. Wir haben dies unterlassen, weil wir dafür halten, daß eine solche Raterteilung erst dann an der richtigen Zeit sei, wenn sich die öffentlichen Krankenkassen werden konstituieren müssen.

2. Wer an die Lösung der oben umschriebenen Aufgabe herantritt, sieht sich in erster Linie vor folgende zwei Fragen gestellt:

I. Wer innert der Kasse soll die Regeln des Betriebes feststellen, soweit diese Feststellung der Kasse überlassen wird?

II. Wer soll den Betrieb besorgen und wer ihn kontrollieren?

Wir haben die verschiedenen am Geschäft der Kasse interessierten physischen und juristischen Personen auf Seite 297 und 298 dieser Botschaft aufgezählt. Es kommt hinzu: die Unfallversicherungsanstalt, nach Maßgabe der Art. 29 ff., 61 und 63, Absatz 2, des Gesetzesentwurfs betreffend die Unfallversicherung.

Die Aufzählung der Beteiligten allein schon ergiebt, daß die Antwort auf die gestellten Fragen keineswegs gar leicht ist.

Theoretisch wäre es richtig, wenn wir für die Feststellung der Kassenverfassung und der allgemeinen Regeln des Betriebes eine Versammlung vorsehen würden, in welcher alle diese Personen mitsprechen und mitstimmen könnten, wobei das Stimmrecht nach Maßgabe der Interessen abgestuft würde. Das ist nun aber geradezu unausführbar, und besonders die Abstufung würde unsern Anschauungen über das Stimmrecht auf einem anderen Gebiet, dem politischen, widersprechen.

Die Qualität und Größe des Interesse sind sehr verschieden. Das geringste besitzt die Unfallversicherungsanstalt und kann es durch den Bund, welcher ihr ja sehr nahe steht, wahrnehmen lassen. Der Bundesfiskus als Zahler des Bundesrappens kann sein Interesse und dasjenige der Unfallversicherungsanstalt gleichzeitig mit der Ausübung der Hoheitsrechte durch die eidgenössischen Versicherungsbehörden, an dem für diese zu reservierenden Ort, wahren. Die Versicherungsgemeinde ist überall nur Garantin. Sie wird als solche und wegen der Schwierigkeit, ihr in der gesetzgebenden Versammlung der Kasse, wo gleiches Stimmrecht für alle Anwesenden gelten muß, eine richtige Stellung und ausreichende Vertretung einzuräumen, dieser Versammlung am richtigsten fernbleiben und ihre Interessen auf dem Weg der Genehmigung oder des Veto wahrnehmen. So bleiben die Mitglieder und die Arbeitgeber übrig, die gleichzeitig auch die Hauptinteressierten sind.

Sollen wir die Angehörigen dieser beiden hauptbeteiligten Gruppen in einer Versammlung vereinigen? Die Expertenkommission beriet diese Frage einläßlich. Siehe das stenographische Bulletin, Seite 389—395. Auf der einen Seite wurde geltend gemacht, daß die gemeinsame Beratung der Kasseninteressen durch

Arbeitgeber und Arbeiter am ehesten geeignet sei, diese Interessen zu fördern und den socialen Frieden in unserem Lande zu sichern. Es wurde darauf hingewiesen, daß in vielen heute bestehenden Kassen eine solche gemeinsame Mitarbeit stattfinde und segensreich wirke. Anderseits ist betont worden, daß solche gemeinschaftliche Versammlungen nur scheinbar den socialen Frieden fördern, vielmehr mancher Arbeiter durch die Anwesenheit seines Arbeitgebers daran verhindert werde, sich offen und freimütig auszusprechen, und die Arbeitgeber, wenn auch numerisch in der Minderheit, doch den Ton angeben und besonders bei Wahlen denjenigen durchsetzen werden, welcher ihnen genehm sei und ihnen zu Gefallen rede und handle.

Nach reiflicher Prüfung haben wir uns für das schon in dem ersten Entwurf vorgeschlagene System der Trennung entschieden. Dabei waren für uns drei Gesichtspunkte maßgebend.

Einmal halten wir es in der That für geboten, daß sich die Arbeiter — und sie werden ja unzweifelhaft innert der Gesamtheit der Mitglieder regelmäßig die Mehrheit bilden — sollen möglichst frei und unumwunden äußern können. Wir untersuchen nicht, ob solches bei Anwesenheit der Arbeitgeber nicht möglich wäre; maßgebend ist, daß sich die Arbeiter befangen fühlen und lieber unter sich sind.

Im Zusammenhang mit diesem ersten Gesichtspunkt steht der zweite, derjenige der Verantwortlichkeit. Wir wünschen, daß sich jeder Teilnehmer einer solchen Versammlung seiner ganzen Verantwortlichkeit bewußt werde und nicht, wenn's schief geht, dieselbe seitens der Arbeiter auf die Arbeitgeber abgeladen werden könne.

Drittens halten wir dafür, daß eine Trennung im Interesse der Arbeitgeber selbst liege. Wir sind überzeugte Anhänger des allgemeinen gleichen Stimmrechts in politischen Angelegenheiten und halten dafür, daß in den Versicherungseinrichtungen, welche wir ins Leben zu rufen im Begriffe sind und welche öffentlich-rechtlichen Charakter besitzen werden, nicht ohne Not von den Grundsätzen abgewichen werden solle, welche sich im politischen Leben bewährt haben. Trotzdem können wir uns des Gefühls nicht erwehren, daß der Arbeitgeber in solchen Versammlungen eine durchaus falsche Rolle spielt, wenn er genau das gleiche Stimmrecht besitzt, wie jeder seiner fünfzig Arbeiter, und sich nicht anders gegen Vergewaltigung durch die Mehrheit wehren kann, als auf dem Weg der Beschwerde an die Versicherungsbehörde. Es muß denn doch gesagt werden, daß das Sonderinteresse des Einzelnen hier, in der auf Gegenseitigkeit brauhenden Versicherungsanstalt, eine größere Berücksichtigung beanspruchen darf als in rein öffentlichen Angelegenheiten, und daß

die Stellung des Arbeitgebers zu der Anstalt eine dem Wesen nach andere ist als die des Arbeiters: ersterer zahlt die Hälfte der Prämie als Alleinschuldner und ist Bürge und Selbstzahler für die andere Hälfte, besitzt aber keinen Anspruch auf irgend eine Kassenleistung; letzterer zahlt die andere Hälfte und besitzt Anspruch auf die ganze Kassenleistung, welche der ganzen Prämie entspricht. Verweisen wir den Arbeitgeber in die gleiche Versammlung mit dem Arbeiter und geben wir ihm nur eine Stimme, so wird die fast notwendige Folge die sein, daß er die sociale Machtstellung, welche er außerhalb der Versammlung besitzt, in diese hineinträgt und auf diese Weise das allgemeine gleiche Stimmrecht in Sachen, welche ihn und seinen Geldbeutel so außerordentlich nahe berühren, nach Möglichkeit zu korrigieren versucht. Folgerichtig müßte der nämliche Grundsatz auch in der Betriebskrankenkasse zur Geltung gelangen, so daß die ganze Berechtigungsstellung des Betriebsinhabers darin bestehen würde, daß er in der Generalversammlung e i n e Stimme hätte! So gewiß es nun nicht wohl angeht, Versammlungen zu formieren, in denen, wie in einer Aktionärversammlung, verschiedenes Stimmrecht gilt, und so gewiß anderseits die Gleichheit des Stimmrechts zwischen Arbeiter und Arbeitgeber ungerechtfertigt wäre, so gewiß müssen wir Arbeiter und Arbeitgeber auseinander halten und jede dieser Gruppen in besondere Versammlungen verweisen. So gelangen wir dazu, für die öffentlichen Krankenkassen das Zweikammersystem vorzuschlagen, zwei koordinierte Versammlungen. Der Vorwurf wird uns nicht erspart bleiben, daß wir dadurch den Klassenunterschied gesetzlich anerkennen, ja sogar dem Klassenhaß Vorschub leisten. Er besitzt ungefähr die gleiche Berechtigung wie der andere, daß wir durch Aufstellung eines besonderen Organs der Arbeitgeberschaft die Bevormundung der Arbeiterkrankenkassen durch die Arbeitgeberschaft einführen.

Die gemäß Art. 6 und 7 obligatorischen Mitglieder gehören zu den gemäß Art. 1 Versicherungspflichtigen; das versteht sich von selbst.

Auf welche Seite sollen wir nun aber die freiwilligen Mitglieder stellen? Dieselben nehmen für sich selbst und auf eigene Kosten Versicherung. Ein freiwilliges Mitglied ist, wenn man sich so ausdrücken darf, gleich der Summe, welche sich aus dem Arbeitgeber und dem Arbeiter zusammensetzt, und sollte eigentlich an beiden Orten Stimmrecht besitzen. Das geht nun natürlich nicht an, und wir stehen neuerdings vor der Frage: auf welche eine Seite sollen wir die freiwilligen Mitglieder stellen? Sie stehen offenbar den obligatorischen Mitgliedern näher als den Arbeitgebern. Sie sind zahlungspflichtig; der Arbeitgeber und der Arbeiter sind es auch;

sie sind aber auch bezugsberechtigt; das ist neben ihnen nur der Arbeiter, nicht aber auch der Arbeitgeber. Die Arbeiter werden zudem in den freiwilligen Mitgliedern nicht ein fremdes Element, das ihnen künstlich zugesellt wird, erblicken. Wird doch in tausend und tausend Fällen die nämliche Person heute obligatorisches, morgen freiwilliges und nach ganz kurzer Zeit wieder obligatorisches Mitglied sein. Bei unserer Lösung verbleibt diese Person in diesem Wechsel stets auf der gleichen Seite.

Welche der beiden Versammlungen soll vorangehen, welcher das erste Wort zukommen? Der wichtigeren, derjenigen, welche die größeren Interessen mit Bezug auf das Versicherungsgeschäft in sich vereinigt. Das ist unzweifelhaft die Versammlung der obligatorischen und freiwilligen Mitglieder oder, kürzer gesagt, die Versammlung der Arbeiter.

Damit ist die erste Frage, welche wir aufgeworfen haben, beantwortet. Wir stellen auf: 1. voran eine Generalversammlung der Mitglieder; 2. in koordinierter Stellung eine Generalversammlung der Arbeitgeber. Wir verleihen der Versicherungsgemeinde ein Genehmigungs-, beziehungsweise Vetorecht. Wir unterstellen endlich die Beschlüsse der Generalversammlungen der selbständigen Prüfung seitens der Versicherungsbehörden, welche dabei sowohl die öffentlichen als auch die Interessen des Bundesfiskus und der Unfallversicherungsanstalt zu wahren haben. Den Versicherungsbehörden kommt auch der Entscheid zu, falls sich die beiden Generalversammlungen nicht einigen können.

Damit das Selbstbestimmungsrecht der Kasse nicht bloßer Schein sei, schränken wir die Befugnis der Versicherungsbehörden in dem Fall, wo Arbeiter- und Arbeitgeber-Generalversammlung, sowie die Versicherungsgemeinde miteinander einig sind, erheblich ein. Siehe Art. 107, zweiter Absatz.

Es bedarf gegenüber dem Wohlgesinnten keiner Rechtfertigung, wenn wir uns Mühe gegeben haben, das Verhältnis der verschiedenen zur Mitsprache befugten Gewalten im Gesetz zu ordnen. Formell erscheint diese Ordnung allerdings kompliziert; in der That und Wahrheit aber wird sich das Geschäft ziemlich einfach gestalten.

3. Wir gehen zur zweiten Frage über: Wer soll den Betrieb besorgen und wer ihn kontrollieren?

Wir stellen einen Kassenvorstand auf, welcher das eigentliche Kassengeschäft betreibt und dessen Mitglieder für den richtigen Betrieb verantwortlich sind. Der Vorstand muß aus verhältnismäßig wenig Mitgliedern bestehen; sonst lädt einer auf den anderen ab. Der Vorstand soll die sämtlichen Geschäfte, wenn

möglich, gemeinsam beraten und erledigen. Er soll ein Kollegium sein, das zusammen arbeitet und durch gemeinsame Verantwortlichkeit zusammengewiesen ist. Diese Erfordernisse machen es notwendig, daß der Vorstand von einem und demselben Wahlkörper bestellt werde. Richterliche oder Aufsichts- oder konsultative Behörden können aus Mitgliedern zusammengesetzt werden, von denen die einen durch diesen, die andern durch einen anderen Wahlkörper bestellt werden. Bei einem Kollegium, das zusammen ein Geschäft betreiben soll, verhält es sich anders.

Der Vorstand soll also durch einen Wahlkörper bestellt werden. Dieser Wahlkörper kann kein anderer sein, als die Generalversammlung der Arbeiter. Ja wir gehen noch weiter und schlagen vor, daß dieser Wahlkörper diesen Vorstand auch nur aus eigenen Angehörigen zusammensetzen dürfe. Ein einheitlicher Wahlkörper, ein in sich homogener Vorstand, einerlei Verantwortlichkeit. So hoffen wir ein wirkliches und gesundes Kassenleben zu schaffen, ähnlich unserm Gemeindeleben. Wir legen damit ein großes Vertrauen zum arbeitenden Volke an den Tag. Es wird dieses Vertrauen rechtfertigen. Wir übertragen ihm die Verwaltung und Verwendung der vielen Millionen, welche teils von ihm selbst, teils von den Arbeitgebern und dem Bund in seine Hand gelegt werden. Es wird diese Millionen treu verwalten und zweckentsprechend verwenden.

Wir erteilen der Arbeitgeberschaft sowohl als auch der Versicherungsgemeinde die Befugnis, Leute ihres Vertrauens in den Vorstand zu entsenden, damit sie mitberaten, damit sie alles und jedes kontrollieren, damit sie die Interessen ihrer Auftraggeber wahren und insbesondere auf stete Sparsamkeit im Kassenbetrieb dringen können. Wir entbinden diese Vertrauensmänner von jeder Verantwortlichkeit für die Vorstandsbeschlüsse und -thätigkeit; dafür verleihen wir ihnen aber auch kein Stimmrecht. Art. 118.

Wir stellen die Rechnungsrevisoren der Generalversammlung der Arbeiter auf, Art. 119, und ermöglichen eine beständige Kontrolle des Betriebs durch dieselben, dritter Absatz von Art. 119, so daß durch das Gesetz Mittel und Wege gegeben sind, damit die Vorstandsthätigkeit beständig durch die eigenen Leute, die Arbeitgeber und die Versicherungsgemeinde kontrolliert werden kann.

Der Vorstand handelt, wie er es für angemessen erachtet; niemand hindert ihn daran. Darum ist seine Stellung so wichtig, so verantwortungsvoll. Allein er amtet nicht im Dunkel der Nacht. Was er gethan hat, wird kontrolliert, kann wenigstens kontrolliert werden. Jedes redliche Vorstandsmitglied wird das begrüßen.

Manche ungebührliche Zumutung wird ihm erspart bleiben, jede wird er zurückweisen können, entgegnend: „Entschuldige, mein Kamerad, ich kann dir kein Krankengeld mehr zahlen; du siehst ja den Revisor dort.“

Die Kontrolle des laufenden Betriebes während des Betriebsjahres durch die Staatsbehörden stellen wir uns in der Krankenversicherung als eine lose, mehr statistische vor. Art. 156, Absatz 4 und 5. Wir wollen auch den bloßen Schein der staatlichen Bevormundung des Kassenbetriebs vermeiden.

Anders verhält es sich mit der Jahresrechnung. Mit Bezug auf diese wird durch das Gesetz eine allseitige genaue Prüfung nicht nur ermöglicht, sondern gefordert und genau organisiert. Art. 120—124.

4. Nachdem wir zwei Generalversammlungen konstruiert haben, eine für die Mitglieder, eine für die Arbeitgeber, erübrigt uns noch, die beidseitigen Stimmrechtsverhältnisse festzustellen.

Darüber verlieren wir keine Worte mehr, daß wir in beiden Versammlungen den Teilnehmern gleiches Stimmrecht erteilen, also jedem Eine Stimme geben.

Wer soll nun aber stimmberechtigt sein? Mit Bezug auf die Generalversammlung der Arbeiter versteht es sich von selbst, daß wir den Angehörigen der Gruppen der obligatorischen und der vollversicherten freiwilligen Mitglieder Stimmrecht verleihen. Gar nicht selbstverständlich erscheint das aber auf den ersten Blick mit Bezug auf die halbversicherten freiwilligen Mitglieder. Wir wiederholen, daß wir uns, die Halbversicherung einführend, auf ein Versuchsfeld begeben. Deshalb erschiene es vielleicht manchem als angezeigt, die Halbversicherung als eine Unternehmung der Gegenseitigkeitsanstalt, der Krankenkasse, zu betrachten, gerade so, wie durch die Kasse andere mit ihrer Hauptaufgabe verwandte Geschäfte betrieben werden können (Art. 104), ohne daß diese einen Bestandteil des Gegenseitigkeitsgeschäftes bilden. Alsdann wären die Halbversicherten und die Krankenkasse einfach Gegenkontrahenten und hätten infolgedessen jene kein Stimmrecht in dieser. Die eben bezeichnete Auffassung ist jedoch unrichtig. Das Gesetz stellt den Betrieb der Halbversicherung nicht in das Ermessen der Kasse, sondern erklärt die Halbversicherung als eine obligatorische Funktion der Kasse. Wer die vom Gesetz geforderten Eigenschaften besitzt, hat das Recht, halbversichertes freiwilliges Mitglied zu werden. Die halbversicherte Person ist beim Kassenbetrieb ebenfalls interessiert. Bei schlechtem Geschäftsgang bleibt ihre Prämie in der Höhe. Bei guten Betriebsergebnissen wird auch die Halbauflage

ermäßigt werden. Die Frage, wer Kassenarzt werden soll, und die Wahl des Vorstandes berühren den Halbversicherten sehr nahe. Also muß ihm auch das Recht, mitzureden und mitzustimmen, eingeräumt werden. Und da wir die Gleichheit des Stimmrechts festgestellt, so erteilen wir den Angehörigen der Gruppe der Halbversicherten das gleiche Stimmrecht, wie den obligatorischen und den vollversicherten freiwilligen Mitgliedern.

Nachdem wir die Gruppen festgestellt, deren Angehörige in der Generalversammlung der Arbeiter stimmberechtigt sein sollen, gehen wir zu der Frage über, an welche persönliche Erfordernisse wir dieses Stimmrecht knüpfen sollen, mit andern Worten: zur Frage der aktiven Mitgliedschaft. Wir schließen die Kinder aus und setzen ein Mindestalter fest, nämlich dasjenige, welches bundesrechtlich für die politische Stimmberechtigung gilt. Wir schließen ferner diejenigen Personen aus, welche gänzlich handlungsunfähig (Art. 4 des Bundesgesetzes betreffend die persönliche Handlungsfähigkeit) oder in ihrer Handlungsfähigkeit beschränkt sind (Art. 5 daselbst). Wir sagen absichtlich „beschränkt sind"; um peinliche Streitigkeiten anläßlich von Generalversammlungen zu vermeiden, geben wir diesen keine Kognition darüber, ob ein Mitglied in seiner Handlungsfähigkeit beschränkt werden sollte, sondern schließen nur diejenigen aus, welche, durch die zuständigen politischen Behörden, bereits beschränkt sind. Weitere Ausschließungsgründe stellen wir nicht auf, insbesondere nicht den des fehlenden politischen Stimmrechts, noch auch den der fremden Nationalität, noch auch den der Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlechte, und unterscheiden auch nicht zwischen verheirateten und unverheirateten Personen weiblichen Geschlechts. Wir halten dafür, daß die Gründe, aus welchen wir die Fremden und die Personen weiblichen Geschlechts vom politischen Stimmrecht ausschließen, hier nicht zutreffen, und halten des weiteren dafür, daß es noch viel weniger gerechtfertigt wäre, einen Unterschied zwischen den verheirateten und den unverheirateten Frauenzimmern zu statuieren. Ist einmal eine Verheiratete von Rechts wegen Mitglied geworden, so soll sie auch ihre Mitgliedsrechte selbst ausüben. Im Gegensatz dazu müssen wir, um das gleich hier zu erwähnen, die weitere Bedingung der vollen privatrechtlichen Handlungsfähigkeit überall da aufstellen, wo die privatrechtliche Verantwortlichkeit in Frage kommt. Siehe Art. 112 und 167.

Die Zulässigkeit der Vertretung in der Generalversammlung der Arbeiter wird von uns verneint. Diese paßt nicht für Versammlungen von teilweise öffentlich-rechtlichem Charakter, und darf richtigerweise nur da stattfinden, wo verhältnismäßig nur wenige

Stimmfähige vorhanden sind und man, bei Ausschluß der Vertretung, oft Gefahr laufen müßte, daß nicht einmal die für ein Kollegium nötige Zahl von drei zusammenkomme.

Schließen wir aber die Vertretung grundsätzlich aus, so dürfen wir mit Bezug auf die Vertreter im Sinne des Art. 41 keine Ausnahme machen.

Mit Bezug auf das Stimmrecht in der Generalversammlung der Arbeitgeber gelangen wir zu mehrfach anderen Schlußfolgerungen.

Schauen wir näher zu, so stellt sich diese Generalversammlung nicht als das Organ von einzelnen Personen, sondern von einer bestimmten Art von Sachen dar, nämlich als das Organ der wirtschaftlichen Betriebe. Diese nun können je einer einzigen Person oder mehreren Personen, sie können einer oder mehreren physischen Personen oder auch einer juristischen Person angehören. Ebenso kann die nämliche physische oder juristische Person mehrere Betriebe in verschiedenen Kassengebieten besitzen oder sehr weit vom Betriebsort entfernt wohnen. Hieraus ergiebt sich nicht nur neuerdings die Zweckmäßigkeit des Dualismus mit Bezug auf das oberste Kassenorgan, sondern auch die Notwendigkeit der Vertretung juristischer oder handlungsunfähiger physischer Personen durch handlungsfähige physische Personen und der Einschränkung des Stimmrechts solcher Betriebe, welche Societäten angehören, auf das Stimmrecht einer physischen Person; endlich muß den weitweg wohnenden Betriebsinhabern die Möglichkeit eingeräumt werden, sich durch eine in der Nähe wohnhafte Person vertreten zu lassen. Für die Vertreter stellen wir das Erfordernis der vollen persönlichen Handlungsfähigkeit auf.

Zu den einzelnen Artikeln dieses Titels (Organe, Verfassung und Geschäftsgang) bemerken wir folgendes:

Zu **Art. 90.** 1. Wir sprechen von einer Generalversammlung der Arbeiter, obgleich auch die freiwillig Versicherten zu ihr zählen und ein Teil dieser Freiwilligen nicht dem Arbeiterstand angehören wird. Wir haben jene Benennung gewählt um des Gegensatzes zu der Generalversammlung der Arbeitgeber willen.

2. Wir überlassen es den Statuten, die Wahl zwischen den beiden Arten (Art. 90, Absatz 1) zu treffen. Nach Maßgabe unserer Erörterungen über die Mindestzahl der Einwohner einer Versicherungsgemeinde wäre es angezeigt, auch hier, für die Zulässigkeit einer Generalversammlung der Delegierten, eine Mindestzahl der Mitglieder oder, besser gesagt, der Stimmberechtigten vorzuschreiben, damit nicht

auch kleinere Kassen, bei denen ganz wohl eine Generalversammlung der Arbeiter, also ein wirkliches Kassengemeindeleben, möglich wäre, diesem das Repräsentativsystem vorziehen können. Es ist aber schwierig, für die Aufstellung einer solchen Mindestzahl die richtige Formel, besonders mit Bezug auf den Übergang von einem System zum anderen, festzustellen und die Mindestzahl in einer sämtliche Landesgegenden befriedigenden Weise zu beziffern. Aus diesen Gründen haben wir uns entschlossen, die Auswahl aus beiden Systemen den Kassen zu überlassen. Wir vertrauen darauf, daß sie den Absichten des Gesetzgebers gemäß entscheiden werden, und daß sich, wo das Delegiertensystem gewählt wird, während das entgegengesetzte am Platz wäre, in irgend einer der gesetzgebenden Gewalten der Kasse das demokratische Bewußtsein regen und zu einem Protest (Art. 107 ff.) veranlassen werde, worauf alsdann die Versicherungsbehörde in der Lage sein wird, die ratio legis zur Geltung zu bringen.

Zu **Art. 91.** Der Besitz des Mindestalters bildet ein absolutes Erfordernis und ist nicht gleichbedeutend mit der Volljährigkeit, welche auch die beiden Fälle der Jahrgebung und der Verehelichung in einem früheren Alter in sich schließt.

Die Bestimmungen dieses Art. 91 beziehen sich auch auf Ausländer, im Gegensatz zu der Vorschrift von Art. 10, zweiter Absatz, des Bundesgesetzes betreffend die persönliche Handlungsfähigkeit.

Zu **Art. 94,** erster Absatz. Diese Zeitbestimmung wurde festgesetzt mit Rücksicht darauf, daß die Abnahme der Rechnung des Vorjahres ein Hauptgeschäft der ordentlichen Generalversammlung bildet (Art. 121).

Zu **Art. 96,** litt. *c*. Den Anzug auf Statutenrevision kann jedes gemäß Art. 91 stimmberechtigte Mitglied einreichen, auch wenn es nicht an der Generalversammlung teilnimmt oder nicht teilnehmen darf; letzterer Fall wird dann eintreten, wenn die Generalversammlung eine solche der Delegierten, der Antragsteller aber nicht Delegierter ist.

Zu **Art. 104.** Wir beabsichtigen, es zu ermöglichen, daß die Gemeindekrankenkasse die Centralstelle für die Krankenpflege in der Versicherungsgemeinde werden kann, schließen jedoch den Handel mit Arzneien, Droguerien und andern Waren absichtlich aus, weil dadurch die Gefahr entstände, daß die Hauptaufgabe der Krankenkasse vernachlässigt oder in den Hintergrund gedrängt und die Versicherungseinrichtung zu fremden Zwecken mißbraucht werden könnte.

Dieser Artikel giebt Mittel und Wege an die Hand, damit sich die Gemeindekrankenkassen mit anderen gemeinnützigen oder öffentlichen Einrichtungen verwandter Natur, wie öffentlichen und Privatspitälern, Polikliniken, Diakonissenhäusern und anderen Vereinigungen von Krankenpflegern oder Krankenpflegerinnen, sowie Samariterverbänden, zu gemeinsamer segensreicher Thätigkeit verständigen können.

Zu **Art. 105,** litt. *a.* Einige Beispiele.

1. Ein Beschluß, an Krankenwärterkurse und Samariterübungen Beiträge zu verabfolgen, ist zulässig; denn er steht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Zwecke der Krankenversicherung.

2. Viele bestehende Krankenkassen verfolgen nebenbei oder hauptsächlich Ziele der Geselligkeit, begehen Festlichkeiten, weihen Fahnen und verabfolgen Ehrengaben, alles auf Kassenkosten. Solche Ausgaben sind den öffentlichen Krankenkassen nicht gestattet.

3. Der Beschluß, an eine Strikekasse zwanzig Franken beizusteuern oder auf Rechnung der Kasse Delegierte an die freisinnige Parteiversammlung in Olten oder an das Jahresfest des Piusvereins zu entsenden, wäre ungültig; wir wollen nicht, daß sich die öffentlichen Krankenkassen, welche für alles Volk gegründet werden, in den Dienst irgend einer socialen, politischen oder konfessionellen Partei stellen.

4. Es kann sich fragen, ob es zulässig sei, jemand zum Ehrenmitglied zu ernennen. Das Gesetz kennt die Ehrenmitgliedschaft nicht. Es wird trotzdem nichts dagegen einzuwenden sein, wenn die öffentliche Krankenkasse gelegentlich irgend einen um sie verdienten Bürger durch dessen Ernennung zum Ehrenmitglied auszeichnet; nur dürfen mit der Ehrenmitgliedschaft keine Rechte irgend welcher Art verliehen werden.

Litt. *c.* So sehr wir anerkennen, daß diese Bestimmung den Versicherungsbehörden anläßlich der Statutengenehmigung (Art. 107, zweiter Absatz) und bei Rekursentscheidungen eine große Befugnis verleiht, so müssen wir doch an derselben festhalten, damit nicht der Geldbeutel des Beitragspflichtigen jedem Mehrheitsbeschlusse der beiden Generalversammlungen preisgegeben sei.

Litt. *d.* Wir ziehen diese Schranke vornehmlich mit Rücksicht auf die Gefahr, welche die Bestimmungen von Art. 104, 116 und 150 ff. ohne eine solche Schranke in sich bergen würden.

Zu **Art. 112.** 1. Wir haben uns gefragt, ob nicht, für die Stelle eines Mitgliedes des Vorstandes oder für irgend eine andere Stelle innerhalb der Organe der öffentlichen Kassen, oder für die Stelle

eines Mitgliedes des Kreisschiedsgerichts, der Annahmezwang einzuführen sei. Wir sind jedoch zur Verneinung dieser Frage gelangt. Wer einer solchen Stelle im Ernst ausweichen will, fände trotz des Annahmezwangs sehr einfache Mittel und Wege, um denselben illusorisch zu machen. Wenn wir demnach davon Umgang nehmen, den Annahmezwang aufzustellen, so müssen wir den Fall vorsehen, daß infolge wiederholter einzelner Ablehnungen oder böswillig organisierter Gesamtablehnungen alles aus Rand und Band zu gehen droht. Um einer solchen Gefahr begegnen zu können, haben wir in Art. 127 die nötigen Maßnahmen vorgesehen.

2. Wir haben uns zweitens gefragt, ob nicht im Gesetze dafür Vorsorge getroffen werden solle, daß nicht der Arbeitgeber demjenigen seiner Arbeiter, welcher mit einer Kassencharge betraut worden, den Arbeitsvertrag kündigen und so das Selbstbestimmungsrecht der Kasse, dessen Ausfluß das Recht der Vorstandswahl ist, beeinträchtigen dürfe. Diese Frage steht mit einer ähnlichen Frage von allgemeinerer und weitertragender Bedeutung im Zusammenhang, nämlich mit derjenigen, ob nicht dem Arbeiter ein gesetzlicher Schutz gegen willkürliche Entlassung durch den Arbeitgeber zu gewähren sei. Wir beabsichtigen nicht, diese wichtige Grundsatzfrage hier eingehend zu erörtern, sondern begnügen uns hier mit dem Hinweis auf den Umstand, daß der Arbeitgeber nach den Bestimmungen des gegenwärtigen Vertragsrechts nicht gezwungen werden kann, die Gründe der Kündigung oder der sofortigen einseitigen Aufhebung des Arbeitsvertrags zu bezeichnen oder gar nachzuweisen, sondern lediglich unter Umständen gegenüber dem Arbeiter schadenersatzpflichtig wird. Es erscheint unter allen Umständen nicht als thunlich, eine wichtige und folgenschwere Änderung der Rechtsordnung vom Arbeitsvertrag anläßlich der Regelung einer im Vergleich zur großen Hauptsache untergeordneten Angelegenheit vorzunehmen. Deswegen haben wir auch die zweite der aufgestellten Fragen verneint.

3. Wir haben uns ferner gefragt, ob nicht hier und anderswo Inkompatibilitätsbestimmungen aufzustellen seien, sind jedoch zur Verneinung dieser Frage gelangt, um nicht, da solche Bestimmungen nicht sehr einfacher Natur sind, der Gesetzgebungsarbeit noch einen größeren Umfang verleihen zu müssen, und weil wir auf den gesunden Sinn des Wahlkörpers vertrauen. Mit Bezug auf die Kreisschiedsgerichte und die übrigen Kreisbehörden, sowie das Bundesgericht wird die Festsetzung des Ausstands und der Ausstandsbedingungen Sache derjenigen Verordnungen sein, denen in Art. 161, 170, letzter Absatz, 174, letzter Absatz, dieses Gesetzesentwurfs und in Art. 81 des Gesetzesentwurfs betreffend die Unfallversicherung gerufen wird.

Zu **Art. 118** und **119.** Das „jederzeit" im zweiten Absatz von Art. 118 und im dritten Absatz von Art. 119 hat natürlich nicht den Sinn, daß die dort genannten Personen auch befugt seien, zu jeder Unzeit das Geschäft zu durchstöbern. Vielmehr werden sie sich an die üblichen Arbeitsstunden und an diejenige Zeit zu halten haben, in welcher übungsgemäß die Kassenlokalitäten geöffnet sind.

In „den Protokollen, der Buchführung und den Belegen" sind auch die Mitglieder- und Arbeitgeberverzeichnisse (Art. 21) inbegriffen, so daß die in den Art. 118 und 119 erwähnten Funktionäre von vornherein zu denjenigen Personen gehören, welche von der in Aussicht genommenen Verordnung (Art. 21, Absatz 4) als zur Einsichtnahme befugt zu bezeichnen sein werden.

Zu **Art. 125.** Die Vorschrift des ersten Absatzes entspricht der Bestimmung von Art. 673 des Obligationenrechts. Selbstverständlich haften nur die Fehlbaren.

3. Die Betriebskrankenkassen.

(Art. 129—149.)

Zu **Art. 129,** Absatz 2. Da sich eine solche Maßnahme in der Regel gegen den Betriebsunternehmer richtet, so werden die Arbeiter des Betriebes einen Antrag im Sinne des Absatzes 2 nicht stellen, sondern jemand anderen zum Antrag veranlassen oder ihren Wunsch hinter die Behörde stecken, die ja von sich aus die Errichtung einer besonderen Krankenkasse befehlen kann. Aus diesem Grunde haben wir die Arbeiterschaft des Betriebes bei Aufzählung der Antragsberechtigten nicht aufgenommen. Dagegen den Betriebsunternehmer selbst; ist doch zweierlei gedenkbar: einmal, daß er, nachdem die Bestimmung des Art. 76 auf ihn angewendet wird, findet, er komme mit einer eigenen Betriebskrankenkasse besser weg; zweitens, daß er besondere Gründe anführen kann, welche die Errichtung einer eigenen Krankenkasse auch ohne das Zutreffen der Mindestzahlerfordernis des ersten Absatzes rechtfertigen. Selbstverständlich wird die Behörde besondere Vorsicht walten lassen, wenn sie darüber zu entscheiden hat, ob einem solchen Antrage, des Betriebsunternehmers selbst, Folge zu geben sei.

Absatz 4. Diese Bestimmung will verhindern, daß die ungünstigen Alimente an die Gemeindekrankenkasse abgestoßen werden können.

Zu **Art. 131,** Absatz 1. Wir haben diese Bestimmung aufgestellt, um der Meinung entgegenzutreten, daß die Betriebskrankenkasse den Organen der Gemeindekrankenkasse unterstellt sei.

Absatz 2. Es geht nicht wohl an, daß sich die Generalversammlung einer solchen Betriebskrankenkasse zum Behuf der Wahl der Schiedsrichter in mehrere Teile sondere; daher bestimmen wir, daß sie, dann aber nach Maßgabe ihrer gesamten Mitgliederzahl, nur für einen Kreis Schiedsrichter wähle. Die Folge davon ist, daß sämtliche Mitglieder der Betriebskrankenkasse auch nur vor demjenigen Schiedsgericht, für welches sie Richter gewählt haben, gesucht werden und ihr Recht suchen können. Vergleiche, im Gegensatz zu dieser Lösung, die Lösung betreffend den Arbeitgeber, in Art. 168. Wir bedauern diesen Widerspruch, haben aber nichts Besseres finden können.

Zu **Art. 132,** Absatz 1. Es ist anzunehmen, daß die Krankenkassen unserer Eisenbahngesellschaften nach stattgefundener Reorganisation (Art. 199) als Betriebskrankenkassen im Sinne der Art. 129 ff. fortbestehen werden. Der Betrieb einer Eisenbahnunternehmung erstreckt sich auf ein weites Gebiet; die Mitglieder der einen Betriebskrankenkasse befinden sich an den verschiedensten Orten dieses Gebietes; das Fahrpersonal wird in verschiedenen Knotenpunkten stationiert und diese liegen weit auseinander. Aus diesen Gründen geht es nicht an, eine solche Betriebskrankenkasse einem Kreise zuzuteilen, die Aufsicht durch eine Kreisbehörde ausüben zu lassen und die Mitglieder einem Kreisschiedsgerichte zu unterstellen.

Das Gleiche muß von einzelnen Betrieben der Eidgenossenschaft gesagt werden. Im allgemeinen sind wir der Ansicht, daß die in eidgenössischen Betrieben beschäftigten Arbeiter, wenn immer möglich, an den verschiedenen Betriebsorten in besondere Betriebskrankenkassen vereinigt oder den verschiedenen Gemeindekrankenkassen des Landes zugeteilt werden sollen, damit auch der bloße Schein vermieden werde, als beanspruche der nämliche Staat, welcher gegenüber den Privatbetrieben von seinen Hoheitsrechten einen so weitgehenden, die Freiheit so sehr beschränkenden Gebrauch macht, wie es mit Bezug auf diese Versicherungseinrichtungen der Fall ist, da, wo er als wirtschaftlicher Unternehmer auftritt, ein besseres Recht und größere Facilitäten. Von dieser Anschauung bringt uns die Rücksicht auf den Umstand nicht ab, daß es alsdann allerdings oft vorkommen wird, daß die höhere Behörde unter die Kontrolle einer weniger hohen gestellt wird. Nun können wir uns aber doch vorstellen, daß es gelegentlich als zweckmäßig erscheinen werde, für den einen oder andern ganz großen eidgenössischen Betrieb je eine Betriebskrankenkasse einzurichten, welche sämtliche Arbeiter eines solchen Betriebes umfaßt, z. B. die Post-, die Telegraphenverwaltung. Sollten des weiteren, was ja im Wurf liegt,

die Eisenbahnen verstaatlicht werden, so hören die oben mit Bezug auf den Eisenbahnbetrieb vorgetragenen Gründe natürlich nicht auf, zu wirken.

So sind wir dazu gelangt, diejenigen Ausnahmebestimmungen aufzustellen, wie sie sich im ersten Absatz von Art. 132 finden.

Absatz 2. Selbstverständlich bedürfen die in Art. 132 bezeichneten Betriebskrankenkassen einer, von der in Titel C, I, 3 vorgesehenen, abweichenden Organisation, weil es stets schwierig, oft aber geradezu unmöglich sein wird, sämtliche Mitglieder oder auch nur sämtliche Delegierte in Eine Versammlung zusammenzubringen, und das Meldewesen, sowie die Vorstandsthätigkeit so zu gestalten, wie es in diesem Gesetzentwurf für die übrigen Krankenkassen vorgeschrieben ist. Wir sind deshalb genötigt, die Organisation dieser in Ausnahmsstellung befindlichen Krankenkassen der Behörde zu überlassen. Der Gesetzentwurf bezeichnet als solche Behörde den Bundesrat und schreibt ihm vor, daß er den Grundsatz der Selbstverwaltung der Kasse durch die Mitglieder zu respektieren habe. Da der Bundesrat endgültig entscheidet, so muß es ihm anheimgestellt werden, wie er dieser Vorschrift nachkommen wolle. Wir brauchen jedoch nicht zu betonen, daß wir, die wir Ihnen die Gesetzentwürfe unterbreiten, diese, wenn zu Gesetzen gediehen, auch getreulich ausführen werden.

Eine ähnliche Bestimmung, wie diejenige im zweiten Absatz von Art. 132, findet sich in Art. 171.

Zu **Art. 134**, Abs. 2. Solche Streitigkeiten sind leicht gedenkbar, und zwar nach zweierlei Richtungen, in der Weise, daß jede der beiden Kassen den Mann für sich beansprucht und die Prämie verlangt, oder so, daß, nach eingetretener Erkrankung, keine von beiden etwas von dem Mann wissen will.

Ein Beispiel: Der Fabrikant hält sich für die Haushaltung einen Knecht, der etwa auch einmal das Fabrikfuhrwerk bespannt; die Haushaltung befindet sich in einem besonderen Gebäude außerhalb der Fabrikeinzäunung.

Zu **Art. 136.** 1. Wir haben bereits ausgeführt, daß wir für die Betriebskrankenkassen die freiwillige Versicherung nicht begünstigen, dafür dann aber, soweit wir sie zulassen, ganz lose gestalten, die Hauptsache der Betriebskrankenkasse und dem Arbeitgeber selbst überlassend. Es hätte keinen Sinn, den Betriebskrankenkassen vorzuschreiben, daß sie jeden beliebigen Einwohner der Gegend, welcher sich über den Besitz der in Art. 31 vorgeschriebenen Eigenschaften ausweist, als freiwilliges Mitglied aufnehmen müssen.

Umgekehrt wäre es für die Gemeindekrankenkasse sehr gefährlich, wollte man der Betriebskrankenkasse die Aufnahme beliebiger Personen in die freiwillige Mitgliedschaft gestatten, sehr gefährlich, nachdem wir die Freizügigkeit zwischen den beiderlei Kassen statuiert haben. Die jungen Leute würden in die Betriebskrankenkasse geangelt, die alten oder alt gewordenen der Gemeindekrankenkasse zugeschoben und dieser auch die Weiber überlassen. Das Natürliche ist die Einschränkung der freiwilligen Versicherung in der Betriebskrankenkasse auf diejenigen Personen, welche dem Betriebe nahe stehen oder nahe gestanden haben, oder zur Familie eines Arbeiters oder des Unternehmers gehören. Besitzt ja doch die Betriebskrankenkasse überhaupt einen gewissermaßen familiären Charakter! Nur der Unternehmer selbst kann natürlich nicht Mitglied sein; ihm ist in der Betriebskrankenkasse eine andere, viel wichtigere Rolle zugeteilt. Es ließe sich denken, daß er bei der Betriebskrankenkasse für seinen persönlichen Erkrankungsrisiko Versicherung auf unentgeltliche Krankenpflege nähme, ohne Mitgliedsrechte zu beanspruchen, im Sinne von Art. 104 in fine.

2. Wir überlassen es der Betriebskrankenkasse, in ihren Statuten die Bedingungen des Eintritts festzusetzen innert der Schranken, welche in Absatz 1 dieses Artikels und in Absatz 2 des Art. 32 aufgestellt sind. Konsequenterweise müssen wir es ebenfalls den Statuten überlassen, die Voraussetzungen betreffend die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft festzustellen, wobei wir die Rechte der freiwilligen Mitglieder schon hier, im Gesetz, dadurch wahren, daß wir mit Bezug auf den Ausschluß die Bestimmungen des Absatz 1 von Art. 39 vorbehalten.

3. Hinsichtlich des Nachgenusses können wir nicht einfach den Art. 29 oder den Art. 40 als anwendbar erklären. Es kommt auf die Eintrittsbedingungen und die Voraussetzungen der Beendigung der freien Mitgliedschaft an, wie die Nachgenußbestimmung formuliert werden soll. Wenn jeder gewesene Arbeiter des Betriebs freiwilliges Mitglied werden kann, wohne er wo er wolle, oder auch nach stattgefundenem Wegzug ein freiwilliges Mitglied bleibt, so hat Art. 40 keinen Sinn. Wenn die freiwillige Mitgliedschaft der Familienangehörigen eines Arbeiters mit dem Austritt des letztern aufhört, so ist der Art. 40, welcher nur vom Wegzug spricht, zu eng gefaßt. Bei dieser großen Anzahl von Möglichkeiten bleibt uns keine andere Wahl, als die Ordnung der Nachgenußfrage den Statuten zu überlassen.

4. Nachdem wir so mit Bezug auf die freiwillige Mitgliedschaft in der Betriebskrankenkasse dazu gelangt sind, im großen und ganzen — die wenigen in diesem Artikel aufgestellten, unter allen Umständen

geltenden Beschränkungen ausgenommen — dem Grundsatz des Laisser faire, laisser aller zu folgen, also ziemlich genau den Weg eingeschlagen haben, den manche mit Bezug auf die Organisation der Krankenkassen überhaupt für den einzig richtigen und freiheitlichen halten, stehen wir plötzlich vor einer ganzen Anzahl von Gefahren.

Wie, wenn die Betriebskrankenkasse, die Eintrittsbedingungen festsetzend, beifügt: „Es steht dem Vorstand frei, denjenigen, bei welchem diese Bedingungen zutreffen, aufzunehmen oder abzuweisen; es ist ihm lediglich untersagt, jemand aufzunehmen, bei welchem sie nicht zutreffen“? Wo ist da die Gleichheit vor dem Recht, welche doch eine Grundlage jeder öffentlich-rechtlichen Einrichtung sein soll?

Wie, wenn die Betriebskrankenkasse ein ganz geringes Höchstalter als Eintrittsbedingung aufstellt? Da wird, wie bereits betont, die Gemeindekrankenkasse geschädigt. Wie, wenn nur männliche freiwillige Mitglieder aufgenommen werden? Da hat die Kasse, abgesehen von den übrigen Nachteilen der Versicherung weiblicher Personen, jedenfalls keine Kindbettkosten zu tragen, im Gegensatz zur Gemeindekrankenkasse.

Wie, wenn es der Kasse einfällt, als eine der Arten der Beendigung der Mitgliedschaft die Kündigung durch die Kasse aufzustellen? In Verbindung mit den Freizügigkeitsbestimmungen der Art. 33 und 34 eine geradezu vitale Gefahr für die Gemeindekrankenkasse.

Solche und ähnliche Betrachtungen führen mit zwingender Notwendigkeit dazu, daß die Bestimmungen der Statuten einer Betriebskrankenkasse mit Bezug auf die freiwillige Mitgliedschaft der besonderen Genehmigung durch die Versicherungsbehörde, und zwar, weil hier versicherungstechnische Fragen subtilster Art zu entscheiden sind, gleich der obersten Versicherungsbehörde, unterstellt werden müssen. Ganz das nämliche wäre, hier sei es gesagt, bei der Gemeindekrankenkasse notwendig, wenn man sich auch dort auf allgemeine Regeln und auf die Feststellung bloß der vornehmsten Ausnahmen beschränken wollte.

5. Zu Absatz 1, litt. *b*. Es giebt solche Angestellte, welche gemäß Art. 3 nicht versicherungspflichtig sind. Wir sagen absichtlich „Glieder der Familie“, um den Begriff möglichst weit zu fassen. Es ist den Statuten überlassen, den Begriff zu präcisieren.

Art. 137. 1. Es ist in der Expertenkommission die Befürchtung ausgesprochen worden, daß durch diese Bestimmung, welche doch augenscheinlich im Interesse der Betriebskrankenkasse aufgestellt

ist, der Betrieb der Kasse einfach in die Hand des Betriebsunternehmers gespielt werden könnte. Diese Befürchtung ist unbegründet. Erstens ist der Vorstand nicht verpflichtet, seine Sitzungen in dem von dem Betriebsunternehmer bereit gehaltenen Lokal abzuhalten. Zweitens handelt es sich weiter lediglich um die Übertragung fast rein mechanischer Funktionen an diejenigen Personen, welche der Betriebsunternehmer auf seine Kosten zu stellen hat.

2. Wir sprechen nur von einem „geeigneten" und nicht auch von einem „besondern" Lokal, weil letzteres zu verlangen unter Umständen unbillig wäre. Warum soll es z. B. nicht genügen, wenn der Vorstand seine nach Feierabend stattfindende Sitzung in der Ferggstube abhalten kann?

Art. 138. Wir stellen hier nur Minimalforderungen auf, weil wir die Kasse, beziehungsweise den Betriebsunternehmer, nicht daran hindern wollen, mehr zu leisten. Die Versicherungsgemeinde ist gar nicht, der Arbeiter mit Bezug auf die Prämie, wegen der Maximalbestimmung, nur unbedeutend interessiert.

Zu **Art. 139.** Es ist in der Expertenkommission von zuständiger Seite der Wunsch geäußert worden, daß das System der Zahltagsauflage als zulässig erklärt werde. Wir haben bei Besprechung von Art. 72 ausgeführt, warum das mit Bezug auf die Gemeindekrankenkasse nicht angeht, nehmen aber keinen Anstand, jenem Wunsch mit Bezug auf die Betriebskrankenkasse zu entsprechen. Die Kasse kommt dabei nicht zu kurz.

Der vierzehntägige Zahltag umfaßt gemäß Art. 69, Absatz 2, stets zwölf Arbeitstage. Die Reduktion des Jahres- und des Monatsgehaltes (Art. 78, Absatz 1) auf den Zahltag kann ruhig der Betriebskrankenkasse überlassen werden. Mit Bezug auf den Ausschlußgrund von Art. 39, litt. *c*, hat es bei der Bestimmung von Art. 136, Absatz 4, sein Verbleiben, auch wenn in einer Betriebskrankenkasse die Zahltagsauflage eingeführt ist.

Art. 140 bis **142.** Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse kann nicht zugemutet werden, den Betriebsunternehmer in den Konkurs zu treiben. Auch der Vorstand der Gemeindekrankenkasse wird oft gegenüber dem kautionspflichtigen Betriebsunternehmer zögern, wenn es sich um eine so schnell wirkende schwere Maßnahme handelt. Deshalb stellen wir den Kreisverwalter von Gesetzes wegen als Vertreter auf. Die Art. 141 und 142 werden, bei der Schlußredaktion nach durchgeführter Beratung, in die Schluß- und Übergangsbestimmungen zu versetzen sein.

Zu **Art. 143.** Wir bestimmen in litt. *e*, daß weder der Betriebsunternehmer, noch sein Stellvertreter im Betrieb, als Vertrauensmann des Arbeitgebers, im Vorstand sitzen dürfe. Von einer Selbstverwaltung der Kasse durch die Mitglieder, beziehungsweise von einer Selbständigkeit des Vorstandes wäre sonst, bei der Mehrzahl der Betriebskrankenkassen, nicht mehr die Rede. Dagegen besteht kein vernünftiger Grund, es dem Betriebsunternehmer, oder seinem Stellvertreter im Betrieb, zu untersagen, Mitglied der Untersuchungskommission (Art. 124) zu sein.

Zu **Art. 144.** Eine Anzeigepflicht mit Bezug auf den Fall von Absatz 2 haben wir nicht aufgestellt; die Kreisverwaltung ist in der Lage, von sich aus wahrzunehmen, ob der Fall vorliege.

Zu **Art. 147,** Absatz 2. Da eine Generalversammlung der Arbeiter nicht mehr besteht, bedürfen hier die Vorschriften der Art. 121 ff. einer entsprechenden Änderung.

Zu **Art. 147bis**, Absatz 3 und 5. Es wäre ganz unrichtig, festzustellen, daß vorerst die Reserven und das übrige Vermögen der aufgelösten Betriebskrankenkasse herhalten müssen, bevor der Betriebsunternehmer für den Fehlbetrag in Mitleidenschaft gezogen werden kann. So würde sich der Betriebsunternehmer mit Bezug auf die letzte Rechnungsepoche der Betriebskrankenkasse erheblich besser stellen als mit Bezug auf die vorausgegangenen, und es läge in einer solchen Bestimmung eine erhebliche Begünstigung der Tendenz, sich, sobald ungünstige Ergebnisse vorliegen oder in Aussicht stehen, einer eigenen Betriebskrankenkasse zu entledigen, zum Nachteil der Gemeindekrankenkasse.

Die Freizügigkeitsbestimmungen werden, im Fall der Auflösung einer Betriebskrankenkasse, ungünstig auf die Gemeindekrankenkasse einwirken. Darum ist es nur billig, daß ein allfälliger Aktivsaldo auf die Gemeindekrankenkasse übergehe; er bildet dann gewissermaßen die Einkaufssumme für die auf die Gemeindekrankenkasse übergehenden Mitglieder der aufgelösten Betriebskrankenkasse.

Zu **Art. 148.** Es giebt so mannigfache Arten des Übergangs eines wirtschaftlichen Betriebs „in andere Hände", daß es unthunlich wäre, im Gesetze festzustellen, in welchen einzelnen Fällen die Betriebskrankenkasse fortbestehen, in welchen Fällen sie eingehen solle. Darum muß der Entscheid einfach in die Hand der Behörde gelegt werden. Um der Wichtigkeit des Entscheides willen gehen wir da wiederum, wie in Art. 146, möglichst hoch hinauf und übertragen den Entscheid unmittelbar dem eidgenössischen Versicherungsamt, mit Zulassung des Rekurses an den Bundesrat.

4. Die Reservenverbände.

(Art. 150—153.)

Zum ganzen Abschnitt. 1. Es ist selbstverständlich nur zu begrüßen, wenn die Krankenversicherungsanstalten zu Verbänden zusammentreten, welche einen Teil des Risiko, welchen die einzelnen Anstalten tragen, übernehmen. Das Nächstliegende ist die Anlage einer gemeinsamen Reserve. Der frühere Entwurf blieb dabei stehen, weil der Verfasser in der Zulassung weiter gehender Verbände eine Gefahr für die Selbständigkeit der Kassen erblickte. Unsere heutige Vorlage hat diese Bedenken überwunden und geht einen Schritt weiter, indem sie, bis zu einer gewissen Grenze, die Bildung von Verbänden zu gemeinsamer Bestreitung der Leistungen der einzelnen Kassen zuläßt. Zu dieser Änderung haben die Beratungen der Expertenkommission über die Mindestgröße der Versicherungsgemeinden Veranlassung gegeben. In jener Kommission schlugen die Fachleute auf dem Gebiete des Versicherungswesens vor, die Mindestgröße der Versicherungsgemeinden bedeutend zu erhöhen, und begründeten ihren Vorschlag mit der Rücksicht auf die Sicherheit des Geschäftes. Wir haben dem Vorschlage nicht in dem von den Antragstellern gewollten Umfange beipflichten können, sind jedoch immerhin dazu gelangt, die Minimaleinwohnerzahl der Versicherungsgemeinde von den 1500 des früheren Entwurfs auf 2000 zu erhöhen. Wir fügen hier noch eine weitere Konzession an jenen Vorschlag bei, indem wir gestatten, daß sich ein Reservenverband nicht nur die Bildung gemeinsamer Reserven, sondern auch, bis zu einem gewissen Grade, das Gemeinsamkeitsgeschäft zum Ziel setze.

Wir schränken jedoch das Gemeinsamkeitsgeschäft auf die Hälfte der Gesamtleistungen sämtlicher Verbandskassen als Höchstquote ein (Art. 151). Würden wir letztere erhöhen, auf $^2/_3$ oder $^3/_4$, so liefen wir Gefahr, daß das Centrum des Krankenversicherungsgeschäftes in den Verband verlegt, der Verband zur Hauptsache erhoben und die einzelne Verbandskasse zur bloßen Sektion des Verbandes erniedrigt würde.

Wir schreiben die Bildung von Reservenverbänden nicht vor, sondern überlassen es den einzelnen Kassen, auf dem Vertragswege solche zu bilden. Wir nehmen von jedem positiven Zwang Umgang und betrachten die Befugnis, allein zu schalten und zu walten oder Allianzen einzugehen, als ein Stück des Selbstbestimmungsrechts der Kasse.

2. Wir lassen Reservenverbände nur innerhalb des nämlichen Kreises zu. Der Kreis soll sowieso eine Art von Versicherungsgemeinschaft bilden: gleiche Behörde, gleiches Gericht; wir ver-

leihen dieser Gemeinschaft gewissermaßen eine neue Funktion, indem wir für die Reservenverbände die Kassen des Kreises aufeinander anweisen.

Wir kräftigen durch die Einschränkung auf den nämlichen Kreis den Grundsatz der Territorialität, der Solidarität unter den verschiedenartigen auf Einem Teilgebiet des Landes vereinigten Risiken, im Gegensatz zur Allianz der gut situierten Kassen, wie sie sich aus den Kassen des ganzen Landes in eigennütziger Auswahl zusammenfinden, die weniger gut situierten ihrem Schicksal überlassend; wir verhindern damit eine Allianz der städtischen Krankenkassen der Schweiz zum Nachteil der ländlichen.

Die Beschränkung der Verbandsmöglichkeit auf die Kassen des nämlichen Kreises hat noch einen anderen Vorteil im Gefolge. Der Verbandsvertrag soll deutlich sein. Dann ist die Verwaltung des Verbandes eine einfache Arbeit und besteht in arithmetischen Operationen nach Maßgabe gegebener Ziffern, wie sie aus den Jahresrechnungen der Verbandskassen zu entnehmen sind, sowie in guter Verwaltung der Verbandsreserve. Hierzu bedarf es keiner besonderen, neue Spesen verursachenden Verbandsbehörde, deren Mitglieder durch die einzelnen Verbandskassen bestellt würden, und keiner neuen komplizierten Verantwortlichkeiten. Vielmehr können wir dieses Geschäft einer sowieso bestehenden und deshalb keine neuen Spesen verursachenden Behörde überlassen, der Kreisbehörde, und erklären den Bund als Garanten für die richtige Verwaltung der Verbandsreserve.

3. Zweifelhaft ist die Antwort auf die Frage, ob sich Kassen verschiedener oder nur solche der nämlichen Art zu Reservenverbänden sollen zusammenschließen dürfen. Die Lösung im ersteren Sinn hätte den Vorteil, daß die verschiedenartigen Kassen einander näher treten und so die ja unvermeidlichen Reibungen zwischen den verschiedenen Arten vermindert oder doch ihre Schärfe verlieren würden: ein Vorteil, den man z. B. in Österreich hoch anschlägt. Trotzdem sind wir zu einem entgegengesetzten Resultat gelangt.

Erstlich kann von einem Reservenverband zwischen öffentlichen und freien Kassen nicht die Rede sein; es fehlt die Gleichartigkeit der Leistungen und des Betriebs, also jede sichere Grundlage für einen Reservenverband, und bei solcher Verschiedenheit würden die Zwangskassen, mit ihren meist unabänderlichen Leistungen, im Reservenverband notwendig den kürzeren ziehen gegenüber den freien Kassen, welche sich stets so einrichten könnten, daß ihnen der Verband mehr Vorteil als Nachteil brächte. All das gilt auch für die von uns aufgestellte Unterart der freien,

nämlich der eingeschriebenen Kasse, zumal ja diese selbstverständlich nicht etwa zwei Betriebsrechnungen führen würde, eine mit Bezug auf die bei ihr untergebrachten Zwangsversicherten, für welche sie einem Reservenverband beiträte, eine mit Bezug auf die übrigen Mitglieder.

Zum nämlichen Resultat führt uns die Prüfung der Frage, ob Gemeinde- und Betriebskrankenkassen miteinander Reservenverbände sollen errichten können. Die Betriebskrankenkassen werden in ihrer Mehrzahl von dem Recht, höhere Kassenleistungen als die Gemeindekrankenkassen zu verabfolgen, Gebrauch machen. Alsdann aber wäre es nicht möglich, bezüglich der Einlage in die Verbandsreserve und der Entnahme aus dieser einheitliche Bestimmungen aufzustellen. Zudem würde die Entnahme aus der Verbandsreserve, wenigstens scheinbar, nicht der Betriebskrankenkasse, sondern dem Betriebsunternehmer zu gute kommen, und der Vorwurf wäre gegebenenfalls bald bereit: „Wir in der Gemeindekrankenkasse müssen zahlen und sparen, damit der Fabrikant X. nichts zu zahlen braucht.“ So scheint es uns besser zu sein, wenn jede der beiden Kassenarten unter sich bleibt und eine Kasse nur mit ihresgleichen einen Reservenverband eingehen kann.

4. Die Frage, ob eine Kasse mehr als Einem Reservenverbande beitreten könne, lassen wir unerörtert. Der Fall scheint uns fast ungedenkbar zu sein.

5. Tritt eine Kasse aus dem Verband, so fällt dieser überhaupt dahin. Niemand hindert aber die anderen bisherigen Verbandsglieder daran, beisammen zu bleiben, was formell auf dem Wege des Abschlusses eines neuen Verbandsvertrages vor sich gehen muß. Ebenso hindert niemand die verbleibenden Kassen daran, ihre Anteile an der Verbandsreserve beisammen zu belassen.

6. Wir haben den Ausdruck „Reservenverband“ beibehalten, obgleich derselbe nicht mehr vollständig paßt, nachdem ein solcher Verband auch das Compte-à-demi-Geschäft innert der Schranke von Art. 151 betreiben kann.

7. Hinsichtlich anderer, dem Reservenverbandsvertrag ähnlicher Vereinbarungen verweisen wir auf den Art. 104, welcher, gemäß Art. 143, auch für die Betriebskrankenkassen gilt.

II. Die Kreisbehörden.

(Art. 154.)

1. Sämtliche Kreisbehörden, auch das Kreisschiedsgericht, sind Bundesbehörden und genießen der Portofreiheit im Sinn von Art. 34, litt. *b* und Absatz 3, des Bundesgesetzes betreffend die Posttaxen, vom 26. Juni 1884.

2. Es ist gegenwärtig noch unmöglich, die Höhe der Besoldungen und Entschädigungen in einer mutmaßlich für längere Zeit zutreffenden Art festzusetzen. Daher schaffen wir in dieser Richtung ein Provisorium.

Gelangen die gesetzgebenden Gewalten schon früher, als auf den Ablauf der ersten fünf Jahre hin, dazu, den Gegenstand auf dem Gesetzesweg zu ordnen, so hindert sie niemand daran.

Vergl. Art. 172, Absatz 3, dieser Vorlage und Art. 16 derjenigen betreffend die Unfallversicherung.

1. Die Kreisverwaltung.

(Art. 155 und 156.)

Keine Bemerkung.

2. Der Kreisrat.

(Art. 157—160.)

Zu **Art. 159.** Wir haben uns gefragt, ob nicht hier und an anderen ähnlichen Stellen die Bestimmung aufzunehmen sei, daß die Anwesenden zur Stimmabgabe verpflichtet seien. Wir glaubten jedoch, von einer solchen Vorschrift Umgang nehmen zu sollen und zu dürfen.

3. Gemeinsame Bestimmungen betreffend die Kreisverwaltung und den Kreisrat.

(Art. 161—163.)

Zu **Art. 161.** 1. Gemäß unseren Ausführungen im allgemeinen Teil dieser Botschaft ist der Kreisverwaltung in erster Linie die Stellung einer Hauptagentur der Unfallversicherung zugedacht und soll sie in zweiter Linie, in der Krankenversicherung, ständige Aufsichts- und Polizeibehörde sein, während wir das Kollegium des

Kreisrates vornehmlich als erste Instanz in Verwaltungsstreitigkeiten auf dem Gebiet der Krankenversicherung in Aussicht nehmen und ihm sodann ein Gebiet zuweisen, welches nach unseren schweizerischen Anschauungen nicht einem Einzelbeamten überantwortet werden soll: die Genehmigung des Jahresberichtes und der Jahresrechnung der öffentlichen Krankenkassen. Nun giebt es aber neben den erwähnten Funktionen der Kreisbehörden noch eine ganze Anzahl anderer, von denen wir bei der Neuheit der Gebilde, welche wir ins Leben zu rufen uns anschicken, heute noch nicht ein für allemal mit Bestimmtheit sagen können: diese Funktion gehört in den Bereich der Kreisverwaltung, jene in den Bereich des Kreisrates. Angesichts dieser Schwierigkeit überlassen wir es einer bundesrätlichen Verordnung, welcher wir im Gesetz rufen, die Grenzen zu ziehen. Eine solche Verordnung kann jederzeit, nach Maßgabe der Erfahrungen im Betrieb des Versicherungsgeschäfts, abgeändert werden, während eine detaillierte gesetzliche Ausscheidung im Verlauf die größten Schwierigkeiten bereiten müßte, indem sie nur wieder durch ein neues Gesetz korrigiert werden könnte.

Wo uns die Sache ein für allemal liquid zu sein schien, haben wir die Ausscheidung jetzt schon, im Gesetze, vorgenommen.

Wir sprechen von der Kreisverwaltung, im Gegensatz zum Kreisrat, in den Art. 17, 22, 88, 97, 124, 140, 144, 147, 148, 156, 163, 170, 176, 178, 180 und 182.

Wir sprechen von dem Kreisrate, im Gegensatz zur Kreisverwaltung, in den Art. 107, 108, 123—126, 139, 147, 147bis und 156.

An diese gesetzlichen Zuständigkeitsbestimmungen ist die Behörde bei Aufstellung der zu erlassenden Verordnung gebunden.

2. Noch viel schwieriger als die Ausscheidung der Kompetenzen der Kreisverwaltung und des Kreisrates voneinander ist die genaue Umschreibung der Thätigkeit und der Zuständigkeit der Kreisärzte. Wir wissen, daß sie, insbesondere auf dem Gebiet der Unfallversicherung, eine sehr wichtige Rolle spielen werden. Wir wollen das auch. Allein wie sich das alles im einzelnen gestalten soll, können wir heute noch nicht mit der für eine gesetzliche Regelung, die ein für allemal gelten soll, nötigen Sicherheit sagen.

4. Die Kreisschiedsgerichte.

(Art. 164—171.)

Zu **Art. 164.** Für die Erledigung der hier bezeichneten Streitigkeiten ist ausschließlich das Kreisschiedsgericht zuständig. Wird eine streitige Forderung, deren Feststellung nur durch das Kreisschiedsgericht erfolgen kann, vor dem ordentlichen Richter zur Kompensation verstellt, so wird dieser der beklagten Partei eine Frist ansetzen, um den Entscheid des Kreisschiedsgerichtes zu veranlassen. Ein solcher Fall dürfte jedoch nur selten vorkommen. Häufiger wird eine andere Schwierigkeit entstehen. Wie wenn für eine der in Art. 164 bezeichneten Forderungen ein Arrest ausgewirkt und sodann bestritten wird? Wie wenn gegen die Betreibung für eine solche Forderung Rechtsvorschlag erhoben oder wenn eine solche Forderung der Gegenstand einer Konkurspendenz wird? Auch da giebt es keinen anderen Ausweg als die Fristansetzung im oben bezeichneten Sinn.

Zu **Art. 167.** 1. Die Amtsdauer beträgt ein Jahr. Bei dem voraussichtlich bedeutenden Wechsel im Mitgliederbestand jeder Kasse wäre es bei einer längeren Amtsdauer unvermeidlich, daß entweder der Mitgliederbestand des Gerichts stets sehr lückenhaft wäre oder sehr oft Ersatzwahlen stattzufinden hätten.

2. Die ordentlichen Generalversammlungen der verschiedenen öffentlichen Kassen des nämlichen Kreises werden alljährlich selten am nämlichen Tage stattfinden, vielmehr in der Regel zeitlich ziemlich weit auseinander liegen. Der Mitgliederbestand der öffentlichen Kassen ist nun aber, wie vorhin betont, großem Wechsel unterworfen, insbesondere zur Zeit der Gründung oder Auflösung einer Betriebskrankenkasse. Deshalb ist es nötig, daß für die Berechnung der Zahl der durch die einzelnen Kassen zu bestellenden Schiedsrichter der Mitgliederbestand der einzelnen Kassen an einem und demselben Tag maßgebend sei. Wir bezeichnen als solchen Tag den 1. Januar.

3. Angenommen, es habe eine Kasse zwei Schiedsrichter zu wählen, es befinden sich aber in derselben nicht zweimal zwanzig, also nicht vierzig, wohl aber dreißig wahlfähige Personen, so wäre es nach dem aufgestellten Grundsatze konsequent, wenn diese Kasse einen Schiedsrichter aus ihrer Mitte wählen müßte und nur den zweiten von außen her wählen dürfte. Die genaue Formulierung dieser Konsequenz im Gesetze würde aber weitläufig und spitzfindig. Deshalb gestatten wir, schreiben aber nicht vor, daß, sobald der Fall des zweiten Satzes von Absatz 3 eintritt, sämtliche

Schiedsrichter aus nicht der Kasse angehörigen Aktivbürgern des Kreises bestellt werden dürfen.

4. Selbstverständlich kann niemand gleichzeitig Schiedsrichter der einen und Schiedsrichter der anderen Kasse sein, und sind also Doppelwahlen unstatthaft.

Zu **Art. 168.** 1. Es widerstrebt dem demokratischen Gefühle der Gleichberechtigung, daß eine einzelne Person mehr als einen Schiedsrichter soll bestellen können. Und doch müßten wir konsequenterweise dem Betriebsunternehmer mit eigener Betriebskrankenkasse diese Befugnis einräumen. Darum teilen wir ihn, zum Behuf der Bestellung der Schiedsrichter, der Arbeitgeberschaft der Gemeindekrankenkasse zu.

2. Wir halten daran fest, daß die nämliche Betriebskrankenkasse auch dann, wenn sich der Betrieb, dem sie angehört, auf das Gebiet mehrerer Versicherungskreise erstreckt, nur für einen Kreis Schiedsrichter zu wählen hat. Siehe Art. 131. Demzufolge wird bei Berechnung der Zahl der Arbeitgeberschiedsrichter einer Versicherungsgemeinde, d. h. der Gemeindekrankenkasse und der Betriebskrankenkasse zusammen, der gleiche Grundsatz gelten müssen, und schreiben wir vor, daß die Arbeitgeber-Generalversammlung der Gemeindekrankenkasse, unter Zuzug der Betriebsunternehmer mit eigenen Betriebskrankenkassen, so viel Schiedsrichter zu bestellen hat, wie die Arbeiter-Generalversammlungen der Gemeindekrankenkassen und der Betriebskrankenkassen zusammen.

Nun kann aber der weitere Fall eintreten, daß sich ein Betrieb mit eigener Betriebskrankenkasse auf das Gebiet mehrerer Gemeindekrankenkassen erstreckt. Dieser Fall ist für die durch die Arbeiter-Generalversammlungen vorzunehmenden Schiedsrichterwahlen bedeutungslos, nicht aber mit Bezug auf die Arbeitgeberschiedsrichter. Hier müssen wir den Fall vorsehen; es geschieht durch die Bestimmung des Absatzes 2 von Art. 168.

3. Wir haben uns bei diesem und dem vorhergehenden Art. 167 verhältnismäßig lange aufhalten müssen, und können nicht umhin, hier eine Bemerkung allgemeiner Natur miteinfließen zu lassen. Sehr oft ist während der Ausarbeitung der Gesetzesvorlagen der Ruf ertönt, daß die projektierten Versicherungsanstalten von unten bis zu oberst durch die Versicherten selbst betrieben und geleitet werden sollen. Wir haben nun gesehen, daß diesem Begehren innert einer und derselben Krankenkasse ohne sehr große Schwierigkeiten entsprochen werden kann, daß aber, sobald es sich um Konstruktionen handelt, mit Bezug auf welche die einzelne Kasse nicht mehr für sich allein ist, welche vielmehr eine Mehrzahl von Kassen

umfassen, wie z. B. hier bei der Organisation des Kreisschiedsgerichts, die Durchführung der sogenannten Interessenvertretung im Detail auf fast unüberwindliche Schwierigkeiten stößt. Wir haben des weiteren gesehen, daß wir, insofern wir die Interessenvertretung konsequent durchführen wollten, mit Hauptgrundsätzen unseres öffentlichen Rechts, insbesondere dem gleichen Stimmrecht, in Widerspruch geraten müßten. Bei öffentlich-rechtlichen Einrichtungen, wie es die öffentlichen Krankenkassen und die Unfallversicherungsanstalt sind, erscheint eine konsequent durchgeführte Interessenvertretung ganz einfach als undurchführbar.

Zu **Art. 170.** Hier wird vom Prozeßverfahren gesprochen. Selbstverständlich muß dasselbe genau geordnet werden. Wir sehen uns vor die Frage gestellt, ob wir diese genaue Ordnung hier vornehmen oder einer besondern Regelung vorbehalten sollen. Ersteres erscheint als unthunlich; wir sind sonst schon genötigt, den Umfang der beiden Gesetzesvorschläge stark auszudehnen, um nur das Notwendigste hier schon zu ordnen; die Einfügung einer eigentlichen Civilprozeßordnung würde eine Ausdehnung ins Ungemessene verursachen. Fragen wir uns nun des weiteren, ob das Prozeßverfahren jetzt schon in einem Specialgesetz zu ordnen sei, so müssen wir auch diese Frage verneinen, wenigstens zur Zeit. Wir befinden uns auf einem Versuchgebiet, und die befriedigende Regelung des Prozeßverfahrens wird erst dann ein für allemal bleibend erfolgen können, wenn wir einige Jahre der Erfahrung hinter uns haben werden.

So haben wir uns, obgleich wohl wissend, daß das Civilprozeßverfahren richtigerweise gesetzlich geordnet sein sollte, dazu entschlossen, im Gesetze einige Hauptgrundsätze aufzustellen und mit Bezug auf die Einzelheiten einer Verordnung des Bundesrates zu rufen, welche revidiert werden kann, ohne daß das Gesetz geändert werden muß. Diese Verordnung soll dazu bestimmt sein, einem Gesetze über das Prozeßverfahren die Wege zu bahnen.

Zur Rechtfertigung eines solchen Vorgehens muß endlich darauf hingewiesen werden, daß es unsere Pflicht ist, einmal die Hauptsache, die Versicherungseinrichtungen, ins Leben zu rufen, und uns dabei nicht in verzögernder Länge bei der genauen Ordnung von Nebeneinrichtungen aufzuhalten.

III. Das eidgenössische Versicherungsamt.

(Art. 172—175.)

Zu **Art. 172.** Das gegenwärtige eidgenössische Versicherungsamt wird mit seiner bisherigen Aufgabe fortbestehen, jedoch eine neue Benennung erhalten, welche, ohne daß dafür eine Gesetzesänderung nötig wäre, durch den Bundesrat festzusetzen sein wird.

D. Die freiwilligen Hülfskassen.

1. Gemeinsame Bestimmungen.

(Art. 176 und 177.)

Zu **Art. 177.** Wir sagen: schweizerische Hülfskasse, weil wir weder denjenigen, schweizerischen oder fremden, Erwerbsgesellschaften, welche sich mit der Krankenversicherung beschäftigen, noch denjenigen außerhalb der Schweiz befindlichen Hülfskassen, bei denen sich schweizerische Einwohner versichern, einen Anspruch auf den Bundesrappen gewähren wollen.

2. Die eingeschriebenen Krankenkassen.

(Art. 178—184.)

Zu **Art. 181.** 1. Wir sagen im ersten Absatz deswegen absichtlich: „sich befindet“ und nicht: „ihren Sitz hat“, weil wir die Bedingung nicht zu eng fassen möchten. Ein Beispiel: Die Grütlivereinskrankenkasse besitzt eine große Anzahl von Sektionen überall in der Schweiz herum, so auch in Schaffhausen. Sie hat ihren Sitz in Rohrdorf, „befindet sich“ aber auch in Schaffhausen. Wenn die Grütlivereinskrankenkasse eine eingeschriebene Krankenkasse werden wird, so kann der in Schaffhausen wohnhafte Arbeiter seiner Versicherungspflicht dadurch genügen, daß er der Sektionskasse Schaffhausen beitritt.

2. Aus dem nämlichen Grunde haben wir den Ausdruck „Ort“ dem Ausdruck „Ortschaft“ vorgezogen. Der in Töß wohnhafte und beschäftigte Arbeiter kann einer freien Kasse in Winterthur beitreten; denn sie befindet sich an seinem „Wohnort“.

3. Der „gesetzliche Vertreter“ im Sinne des zweiten Absatzes ist, je nach den Bestimmungen des kantonalen Rechts, entweder der Vater oder die Mutter oder der obrigkeitliche Vormund. Die Vorschriften der Art. 41 ff. finden hier keine Anwendung.

Zu **Art. 183,** Absatz 1. Die eingeschriebenen Krankenkassen sind eine besondere Art der freiwilligen Hülfskassen und besitzen als solche Anspruch auf den Bundesrappen für die schweizerischen Mitglieder. Im Interesse der Gleichstellung der bei einer eingeschriebenen Krankenkasse eingetretenen Versicherungspflichtigen mit den obligatorischen Mitgliedern der öffentlichen Kassen stellen wir hier fest, daß auch für diejenigen nicht schweizerischen Versicherungspflichtigen, welche ihre Pflicht in einer eingeschriebenen Kasse erfüllen, der Anspruch dieser Kasse auf den Bundesrappen besteht.

Absatz 2. Hier ist u. a. der Art. 84 citiert. Dabei hat es natürlich die Meinung, daß die eingeschriebene Kasse nur berechtigt, aber nicht verpflichtet ist, im Falle von Art. 61 die Auflage nachzuerheben.

Absatz 3. Maßgebend ist in jedem Falle der Auflagensatz der öffentlichen Kasse am Tage der Fälligkeit der an die eingeschriebene Kasse geschuldeten Prämie.

E. Strafbestimmungen.

(Art. 185—195.)

Zum ganzen Abschnitt. 1. Es ist vorerst unsere Aufgabe, festzustellen, auf welche Gebiete sich diejenigen Strafbestimmungen beziehen sollen, welche wir dem vorliegenden Gesetzesentwurf betreffend die Krankenversicherung als neues Bundesrecht beizufügen haben.

Wir bezeichnen als ein solches Gebiet in erster und vorderster Reihe dasjenige der öffentlichen Krankenkassen. Diese sind ganz neue öffentlich-rechtliche Gebilde, welche vom Bund geschaffen und unter seinen Schutz gestellt werden. Eine der Funktionen des Bundes in dieser seiner schützenden Thätigkeit ist die Aufstellung von strafrechtlichen Bestimmungen und von Vorschriften über die Handhabung derselben.

In zweiter Linie erlassen wir neue Bestimmungen über die freiwilligen Hülfskassen. Auch diesen neuen Bestimmungen ist die strafrechtliche Sanktion beizufügen.

In dritter Linie errichten wir neue, und zwar durchweg Bundesbeamtungen, sowie neue Gerichtsorgane.

2. Was nun diese Beamten und Richter anbetrifft, so stellen wir sie nicht nur mit Bezug auf die civil-, sondern auch mit Bezug auf die strafrechtliche Verantwortlichkeit am richtigsten unter das bereits bestehende Bundesrecht.

Mit Bezug auf die freiwilligen Hülfskassen, inbegriffen die eingeschriebenen Krankenkassen, machen wir darauf aufmerksam, daß das Bundesgesetz betreffend Beaufsichtigung von Privatunternehmungen auf dem Gebiete des Versicherungswesens bereits Strafbestimmungen enthält und sich die in Art. 176 vorgesehene Verordnung des Bundesrates nicht nur im allgemeinen, sondern auch speciell hinsichtlich der Strafbestimmungen an dieses Bundesgesetz anlehnen wird. Diese Strafbestimmungen sollen auch auf die besonderen Verhältnisse der eingeschriebenen Kassen, namentlich auf die Vorschrift von Art. 182, Bezug nehmen. Öffentlich-rechtliche Disciplinarbefugnisse gegenüber den Mandataren und den Mitgliedern der freien Hülfskassen können wir diesen selbst natürlich nicht verleihen; es handelt sich hier überall um rein privatrechtliche Vertragsverhältnisse.

Auf dem Gebiet der öffentlichen Krankenkassen endlich überweisen wir Verbrechen und Vergehen dem ordentlichen Richter und unterstellen sie dem gemeinen Strafrecht. Wir ordnen hier lediglich das Disciplinar- und Polizeistrafrecht und dessen Handhabung, mit andern Worten: die versicherungspolizeiliche Ahndung.

3. In der Hauptsache besitzen die vorzusehenden Strafen den Charakter von Ordnungsstrafen. Also wird die Strafart der Buße genügen. Wir sehen auch nur diese Strafart vor, in der Meinung, daß die nicht erhältlichen Bußen in Gefängnis umgewandelt werden. Wir können die Anschauung, daß für Ordnungsbußen eine solche Umwandlung nicht zulässig sein solle, nicht teilen; denn die Konsequenz dieser Anschauung besteht darin, daß alsdann derjenige, welcher eine Buße nicht bezahlen oder sich der Zahlungspflicht erfolgreich entziehen kann, einen förmlichen Freibrief für ordnungswidriges und unanständiges Benehmen besitzt. Damit geringfügige Übertretungen und Ordnungsfehler unter Umständen, besonders bei mißlichen Vermögens- oder Erwerbsverhältnissen, mittelst ebenfalls geringer Buße gesühnt werden können, haben wir die Mindestsätze (Art. 187) sehr tief gehalten. Auch die Maxima sind nicht hoch, aber immerhin so hoch gehalten, daß die Bußen empfindlich wirken können, in welcher Beziehung wir, auch hier, auf die Fassung von Art. 187 („in jedem einzelnen Fall“) verweisen.

4. Um eine Kollision zwischen zwei Gesetzen, nämlich dem künftigen betreffend die Krankenversicherung und dem bestehenden Fabrikgesetz, und deren Strafbestimmungen zu vermeiden, haben wir endlich in Art. 194 eine Ausnahmebestimmung aufgestellt.

F. Schluss- und Übergangsbestimmungen.

(Art. 196—207.)

Zu **Art. 196.** Diese Bestimmung entspricht derjenigen von Art. 41 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege vom 22. März 1893. Siehe auch Art. 94 des Gesetzesentwurfs betreffend die Unfallversicherung.

Ähnliche Bestimmungen wie diejenigen von Art. 42 und 43 des erwähnten Bundesgesetzes hier aufzustellen halten wir nicht für nötig. Wir überlassen es hier überall der Behörde, eine Handlung oder Eingabe trotz der Verspätung zu berücksichtigen. Siehe z. B. Art. 175, Absatz 3.

Zu **Art. 198.** Der Bund besitzt keine unmittelbaren Zwangsmittel gegenüber den Kantonen. Wir vertrauen auch hier darauf, daß die Kantone die ihnen gemäß Art. 13 überlassenen Feststellungen rechtzeitig vornehmen werden. Sollte gegen Erwarten ein Kanton säumig sein, so müßte auf dem Wege der Bundesgesetzgebung die nötige Feststellung mit Bezug auf den säumigen Kanton von Bundes wegen stattfinden.

Zu **Art. 199.** Wir bedauern, daß wir zu dieser Anordnung genötigt sind; denn die betreffenden Hülfskassen leisten fast durchweg bedeutend mehr, als wir in dem Gesetzesentwurf betreffend die Krankenversicherung vorschreiben. Wir haben uns jedoch bei einläßlicher Prüfung der in Frage kommenden Verhältnisse davon überzeugen müssen, daß eine Ausscheidung der Krankenversicherung, wenigstens mit Bezug auf die Zwangsversicherten, notwendig ist, wenn wir uns nicht der Kontrolle darüber begeben wollen, ob speciell die in diesem Gesetzesentwurf vorgeschriebenen Kassenleistungen den Zwangsversicherten gewährt werden und ob letzteren speciell mit Bezug auf die Krankenversicherung keine höheren Beträge abgezogen werden als die in diesem Gesetzesentwurf als zulässig bezeichneten.

Zu **Art. 200—202.** Durch diese Bestimmungen, von welchen diejenigen der Art. 200 und 201 zwingende Vorschriften enthalten, während die Anwendung von Art. 202 ins Ermessen der Kassen gelegt wird, beabsichtigen wir, den Übergang von der bisherigen zur neuen Ordnung des Krankenkassenwesens zu erleichtern. Im Einklang mit den Bestimmungen der Art. 33 und 34 sprechen wir in den Art. 200 und 201 nur von den Gemeindekrankenkassen. Die Bestimmungen von Art. 202 dagegen beziehen sich auch auf die Betriebskrankenkassen und ermöglichen es, daß sämtliche Mit-

glieder einer bisherigen solchen ohne weiteres in die an deren Stelle tretende neue, nach Maßgabe des Gesetzes eingerichtete Betriebskrankenkasse übergehen können.

Wir wissen, daß wir den Gemeindekrankenkassen eine schwere Last überbinden und sie, statt mit Anfangsvorteilen, mit Anfangsnachteilen ausstatten. Wir gefährden jedoch damit die Gemeindekrankenkassen nicht; denn sie werden dennoch in der ersten Zeit des Betriebes einen bedeutend jüngeren Mitgliederbestand besitzen als in späteren Jahren. Sowieso aber beruhigt uns das Bewußtsein, daß wir mit den Bestimmungen der Art. 200—202 Tausenden von Einwohnern eine große Wohlthat erweisen, welche sonst infolge Eingehens derjenigen Krankenkassen, welchen sie bisher aus freiem Antrieb getreulich angehört hatten, um ihr, vom Standpunkt der Billigkeit aus gesprochen, wohlerworbenes Recht geprellt wären.

Wir wollen die neue Ordnung der Dinge nicht mit einer Härte inaugurieren und der bisherigen Ordnung der Dinge unseren Dank dafür abstatten, daß sie uns vorgearbeitet und durch diese Vorarbeit das Verständnis und das Wohlwollen des Schweizervolkes für die neuen Einrichtungen gesichert hat.

II. Unfallversicherung.

A. Die Versicherungsanstalt.

(Art. 1—6.)

Zu **Art. 3.** Die eidgenössische Unfallversicherungsanstalt wird nach und nach eine Anzahl von besonderen Spitälern betreiben, sowie im ganzen Land herum eigene Depots von Heilapparaten, Verbandstoff u. s. w. errichten. Sie wird auf diese Weise gewissermaßen eine Anzahl von Filialen besitzen, mit denen die Lieferanten, und das Publikum überhaupt, in mannigfachen Geschäftsverkehr treten. Wir würden es nun nicht für gerechtfertigt halten, wenn die Anstalt im Fall von Streitigkeiten über Rechtsverhältnisse, welche aus diesem Geschäftsverkehr entstehen, stets am Hauptsitz gesucht werden müßte. Es sind verschiedene Wege gedenkbar, wie ein solcher Übelstand vermieden werden kann. Das Richtigste scheint uns zu sein, wenn wir davon ausgehen, daß die Anstalt überall, an jedem Orte in der Schweiz, bestehe und deshalb auch überall belangt werden könne. Es hätte jedoch keinen Sinn, diesen Grundsatz ohne Einschränkung durchzuführen und es beispielsweise dem Kaufmann in Zürich zu gestatten, gegen die Anstalt in Chiasso zu klagen. Vielmehr genügt es, wenn wir dem Kläger die Wahl

zwischen dem Gerichtsstand des Hauptsitzes der Anstalt und demjenigen seines, des Klägers, eigenen Wohnorts einräumen. Folgerichtig besitzt der außerhalb der Schweiz wohnhafte Kläger für seinen Anspruch nur den ersteren Gerichtsstand.

Da die Einrichtungs- und Verwaltungskosten vom Bunde zu tragen sind, so werden die benötigten Verwaltungsgebäulichkeiten Bundeseigentum sein. Mit Bezug auf die Spitäler, Sanatorien u. s. w. ist jedoch eine entgegengesetzte Ordnung der Eigentumsverhältnisse gedenkbar. Jedenfalls aber wird die Anstalt eine ganze Menge von beweglichen Sachen zu Eigentum besitzen. Aus diesen Gründen ist die ausdrückliche Feststellung des forum rei sitae erfolgt.

Zu **Art. 4.** Wir verweisen auf unsere Bemerkung zu Art. 18 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung.

B. Bundesleistungen.

(Art. 7—11.)

Zu **Art. 7.** Die Vorschrift, daß der Bund angemessene Beiträge an das Samariterwesen leiste, verdankt ihre Entstehung einem Gesuch des schweizerischen Samariterbundes und einer Anregung von Herrn Gewerbesekretär Krebs in der Expertenkommission. Siehe stenographisches Bulletin Seite 673 und 674.

Zu **Art. 9.** Von den freien Kassen kommen hier nur die eingeschriebenen in Frage. Mit den übrigen freien Kassen besitzt die Unfallversicherungsanstalt, welcher ja nur die versicherungspflichtigen Personen angehören, keinerlei Beziehungen.

C. Organe der Anstalt.

(Art. 12—17.)

Zu **Art. 12.** Von den Kreisbehörden ist nur die Kreisverwaltung, nicht auch der Kreisrat, ein Organ der Unfallversicherung. Hinsichtlich der Unfallversicherung ist die Kreisverwaltung die rechte Hand des dirigierenden Versicherungsamtes, im Kreise draußen. Sie besitzt keinerlei selbständige Kompetenzen; eine Ausnahme ist lediglich in Art. 59 vorgesehen, doch wird auch dort festgesetzt, daß das Versicherungsamt den Entscheid der Kreisverwaltung jederzeit von sich aus abzuändern befugt ist.

Zu **Art. 16.** Es braucht im Gesetze nicht besonders gesagt zu werden, daß die Kanzleibedürfnisse des Versicherungsrates auf Bundeskosten durch das eidgenössische Versicherungsamt bestritten werden.

D. Berufsverbände.

(Art. 18.)

Es ist wiederholt angeregt worden, daß Berufsverbände errichtet und mit dem Geschäfte der schweizerischen Unfallversicherung in eine organische Verbindung gebracht werden sollten. Wir sprechen nicht mehr davon, daß unser Land zu klein ist, als daß wir einzelnen Berufsarten die Einrichtung eigener Versicherungsverbände gestatten und damit die besten Alimente aus dem Bereich unserer Versicherungsanstalt entlassen könnten. Wir wiederholen im ferneren, daß wir uns nicht dazu verstehen können, anläßlich der Einrichtung des eidgenössischen Versicherungsamts die Frage der obligatorischen Berufsgenossenschaften zu lösen. Diesen wird zwar von vielen Kreisen gerufen; doch denkt sich darunter jeder wieder etwas anderes. Vorderhand überlassen wir also die Bildung von Berufsverbänden vollständig dem freien Willen der Beteiligten. Wenn sich aber ein solcher Berufsverband bildet und zur Mitwirkung beim Geschäft der Unfallversicherung anmeldet, so heißen wir ihn willkommen und räumen ihm eine mitwirkende Stellung ein, überall da, wo sie einen guten Sinn hat.

In erster Linie bei der Feststellung des Unfallereignisses und seiner Verumständungen. Geben wir ein Beispiel. Es besteht ein Verband der Eisenbahnangestellten. Wir würden es nun für zweckmäßig halten, wenn eine Vorschrift bestünde, daß nach jedem Eisenbahnunfall sofort neben dem Vertreter der Bahngesellschaft einer der gegenwärtigen oder in der Nähe befindlichen Angehörigen jenes Verbandes zur Feststellung des Unfallereignisses zugezogen werden müßte.

In zweiter Linie rechtfertigt sich die Mitwirkung der Berufsverbände überall da, wo es sich um die Unfallverhütung, im allgemeinen und im einzelnen, handelt. Denn das beste Verständnis für Fragen der Unfallverhütung in einer bestimmten Betriebsart findet sich natürlich bei den Berufsgenossen selbst. Diese besitzen auch ein gemeinsames Interesse. Denn wenn sich auf dem Boden einer bestimmten Berufsart viele Unfälle ereignen, so wird die Prämie mit Bezug auf alle dieser Berufsart angehörenden Betriebe erhöht werden; und umgekehrt.

Drittens erscheint es als zweckmäßig, die Berufsverbände mit Bezug auf die Feststellung und Änderung des Gefahrentarifs, sowie mit Bezug auf die Einschätzung, zu begrüßen.

So sind wir zu denjenigen Bestimmungen gelangt, welche in Art. 18 formuliert sind. Wir halten dieselben absichtlich möglichst allgemein. Wir legen ins Gesetz einen Keim und gewärtigen, ob und wie sich derselbe entwickeln werde.

E. Umfang der Versicherung.

(Art. 19—21.)

Zu **Art. 19.** Die sechs Wochen der Karenzzeit fangen am Tage der Erkrankung und nicht erst mit dem Beginn der Berechtigung zum Krankengeldbezug zu laufen an.

Zu **Art. 20.** 1. Im zweiten Absatz findet sich, worauf wir aufmerksam machen, die wichtige Vorschrift, daß auch die Nichtbetriebsunfälle durch die Versicherung gedeckt werden.

2. Der dritte Absatz entspricht der Bestimmung von Art. 29 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung.

Zu **Art. 21.** 1. Die Bestimmung von litt. *a* bezweckt die Eröffnung der Möglichkeit, die freiwillige Versicherung nach allen möglichen Nuancen einzuführen, so die Plusversicherung der Versicherungspflichtigen über die $^2/_3$ hinaus und die Versicherung nichterwerbender Personen auf fixe Entschädigungen, z. B. Fr. 4000 bei Ganzinvalidität, Fr. 3000 im Todesfall.

2. Die Anstalt eignet sich nicht dazu, sich, durch Mit- oder Rückversicherung, am fremden Geschäfte zu beteiligen; deshalb sehen wir lediglich vor, daß die Anstalt, mit Genehmigung des Bundesrates, befugt sein solle, vom eigenen Geschäft an private Rückversicherer abzugeben, wie es die staatlichen Gebäudeassekuranzen in mehreren Kantonen ebenfalls thun.

F. Feststellung der Unfälle; Anzeigepflicht.

(Art. 22—26.)

Zum ganzen Abschnitt. 1. Die sofortige Anzeige des Unfalls und die beförderliche Feststellung der Verumständungen sind zwar nicht mehr von der gleich hohen Bedeutung wie im Haftpflichtsystem, wo es sich darum handelt zu ermitteln, ob ein Betriebs-

unfall vorliege, und wo die Haftpflicht bei jedem Selbstverschulden hinfällig oder reduziert wird. Sie sind aber immer noch von großer Wichtigkeit. Die Unfallversicherungsanstalt und die Krankenkasse besitzen immer noch ein Interesse daran, daß die Frage des Selbstverschuldens und des Verschuldens Dritter genau untersucht werde, und haben darauf Bedacht zu nehmen, daß so schnell als möglich eine zweckmäßige ärztliche Behandlung eintrete.

2. Wir sprechen von Schadenersatz. Ist da denn die Verursachung eines Schadens gedenkbar? Gewiß. Ein Beispiel: Der vom Unfall Betroffene zeigt denselben absichtlich nicht rechtzeitig an und läßt sich von einem Quacksalber behandeln. Dieser wendet ganz falsche Heilmittel und Heilversuche an. Es tritt gänzliche Invalidität ein; bei zweckmäßiger erster Behandlung wäre der Verletzte mit einem unbedeutenden bleibenden Schaden davon gekommen.

Es wird allerdings in der Regel schwer zu beweisen sein, daß der Schaden bei sofortiger Anzeige nicht eingetreten wäre.

3. Wer als der „Stellvertreter im Betriebe“ (Art. 23) zu betrachten sei, das festzustellen ist Sache des einzelnen Falles. Es wäre viel zu weit gegangen, wenn jeder Betriebsunternehmer verpflichtet würde, von vorneherein und für alle Fälle einen Stellvertreter zu bezeichnen und dessen Namen der Behörde zur Kenntnis zu bringen.

4. Die Bestimmung, daß das Verschulden des Stellvertreters im Betriebe dem Arbeitgeber als eigenes angerechnet werde, kehrt in Art. 84 wieder. In Art. 84 handelt es sich nur um die versicherungspolizeiliche Ahndung und die Haftbarkeit für Strafgelder, in Art. 24 auch um den Schadenersatz. Umgekehrt hat Art. 84 auch auf andere Fälle als den des Art. 24 Bezug.

5. Wir sagen in Art. 24, litt. *a*, und in Art. 26, Absatz 1: „Der Vorstand der öffentlichen, beziehungsweise die eingeschriebene Krankenkasse“. Die innere Organisation der eingeschriebenen Krankenkassen berührt uns nicht; vielleicht ist dort für die betreffenden Funktionen ein anderes Organ als der Vorstand zuständig, z. B. im Falle des Art. 24, litt. *a*, die Generalversammlung, im Falle des Art. 26, Absatz 1, der Kassier. Darum sprechen wir nicht vom „Vorstand“ der eingeschriebenen Krankenkasse, sondern nennen stets nur diese selbst.

6. Im zweiten Absatz von Art. 26 fügen wir hinzu „und gelten als Verwaltungskosten dieser Anstalt“, um festzustellen, daß die betreffenden Kosten dem Bund zur Last fallen.

G. Leistungen der Anstalt.

(Art. 27.)

Keine Bemerkung.

a. Krankenpflege und Krankengeld.

(Art. 28—32.)

Zu **Art. 28.** Wir bedienen uns des allgemeinen Ausdrucks „unentgeltliche Krankenpflege", umschreiben aber denselben näher durch die Verweisung auf die einzelnen Bestimmungen des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung. Es hat also nicht etwa die Meinung, daß die Unfallversicherung Mehreres und Anderes zu leisten habe als die Krankenversicherung; insbesondere ist erstere so wenig als letztere zur Beschaffung der Nahrung an den nicht im Spital befindlichen Kranken verpflichtet.

Zu **Art. 29.** Hier führen wir in erster Linie den Grundsatz aus, daß der Unfallkranke regelmäßig auch nach Ablauf der Karenzzeit durch die Krankenkasse, welcher er angehört, besorgt werde. Die Ausnahme von der Regel wird in Art. 31 festgestellt.

Die Ausführung jenes einfachen Grundsatzes verursacht uns aber die allergrößten Schwierigkeiten mit Bezug auf die Frage, wem nunmehr, nach Ablauf der Karenzzeit, der Entscheid über das Maß, den Entzug und die Reduktion der Leistungen zustehen solle, ob der Krankenkasse, beziehungsweise dem Vorstand derselben, und dem Kreisschieds-, beziehungsweise dem für Streitigkeiten der eingeschriebenen Kasse zuständigen Gerichte, oder der Unfallversicherungsanstalt und dem Bundesgericht. Wir haben gefunden, daß es nicht angehe, die Frage im ersteren Sinn zu beantworten, weil alsdann die Unfallversicherungsanstalt lediglich die Rolle des stummen Zahlers spielen müßte, ohne daß sie weiter etwas zur Sache zu sagen hätte. Deshalb haben wir die Frage im entgegengesetzten Sinne entschieden, verhehlen uns aber nicht, daß auch so die Schwierigkeiten keineswegs gehoben sind, indem nun die Unfallversicherungsanstalt, welche den Fall nur von weitem kennt, befiehlt, und die Krankenkasse, welche alle Verumständungen aus nächster Nähe und eigener Anschauung kennt, lediglich die Befehle der Unfallversicherungsanstalt zu vollziehen hat.

Zu **Art. 30.** Es wäre viel zu hart, die unbeschränkte Anwendung der Grundsätze von Art. 47, Art. 52 und Art. 53, Absatz 4, des Gesetzesentwurfes betreffend die Kranken- auf die Unfallversicherung zuzulassen. Wir beschränken deshalb das Höchstmaß des Entzuges der Rente auf die Hälfte ihres Betrages.

Zu **Art. 31.** 1. Es kann der Unfallversicherungsanstalt nicht zugemutet werden, daß sie die Behandlung des Unfallkranken ohne weiteres der Krankenkasse überlasse, auch wenn sie sich davon überzeugt, daß jene Behandlung keine zweckmäßige ist, und auch wenn sie Gefahr läuft, daß infolge solcher unzweckmäßiger, nachlässiger oder nachgiebiger Behandlung eine noch so bedeutende Mehrbelastung der Anstalt, welche ja für die Folgen aufzukommen hat, eintreten werde. Es ist auch gedenkbar, daß die Anstalt, ohne daß ein Vorwurf gegen die Krankenkasse gerechtfertigt wäre, findet, daß die Unfallkrankheit eine ganz specielle Behandlung erfordere, für welche der Kassenarzt und die der Kasse zu Gebote stehenden Spitaleinrichtungen nicht ausreichen, daß sie also den Fall in eigene Behandlung, durch die eigenen Ärzte oder in einem der specifischen Unfallsspitäler, nehmen sollte.

Aus diesen Gründen erteilen wir der Unfallversicherungsanstalt das Recht, den Fall jederzeit zu übernehmen, und zwar schon vor Ablauf der Karenzzeit.

2. Wir unterlassen es absichtlich, die Ärztefrage mit Bezug auf die Unfallversicherung gesetzlich eingehend zu formulieren. Wir sind der Meinung, daß die Unfallversicherungsanstalt, insofern sie den Krankheitsfall wegen der Wichtigkeit und Gefährlichkeit desselben an sich zieht, vollständig freie Hand haben solle. Fast in allen Fällen wird die Spitalbehandlung angeordnet werden; innert des Spitals kann von freier Ärztewahl nicht mehr die Rede sein. Niemand zwingt den Patienten, der Anordnung der Übersiedlung in den Spital Folge zu leisten. Allein, wenn er sich der Anordnung nicht unterzieht, so setzt er sich und seine Hinterlassenen den Rechtsnachteilen aus, welche in den Art. 52 und 53 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung, modifiziert durch Art. 30 des Gesetzesentwurfes betreffend die Unfallversicherung, angedroht sind.

3. Wenn die Anstalt den Kranken vor Ablauf der Karenzzeit übernimmt, so tritt sie, mit Bezug auf den Rest der Karenzzeit, gänzlich in die Rechte und Pflichten der Krankenkasse, und im Streitfalle hinsichtlich der auf die Folgezeit entfallenden Leistungen entscheidet das Bundes- an Stelle des Kreisschiedsgerichts. Die Sache läßt sich nicht anders ordnen.

4. Wir sagen „insbesondere gegenüber dem Kranken". Hinsichtlich der Rechte und Pflichten mit Bezug auf Dritte verweisen wir auf Art. 55, 2 und 3, und Art. 66 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung.

Zu **Art. 32.** Die Bestimmung von Art. 51, litt. *b*, des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung ist im Sinne der Vorschrift des ersten Satzes des zweiten Absatzes von Art. 32, zusammengehalten mit Art. 28 und 29, des Gesetzesentwurfes betreffend die Unfallversicherung, zu verstehen.

b. Invalidenrente.

(Art. 33.)

1. Wir sprechen hier und in dem Gesetzesentwurf betreffend die Krankenversicherung von „Arbeitsverdienst“ und „Jahresverdienst“, weil diese Ausdrücke landläufig sind und dasjenige, was wir sagen wollen, viel besser bezeichnen, als wenn wir uns der Ausdrücke „Arbeitseinkommen“ und „Jahreseinkommen“ bedienen würden.

2. Zum Absatz 3. Eine solche Revision darf nicht nur einmal, sondern kann mehrmals stattfinden.

3. Im Streitfall hat der Richter darüber zu entscheiden, ob der Nachteil erheblich größer oder geringer sei. Ein Beispiel: A. verlangt eine Erhöhung der Rente um Fr. 100, weil nicht nur, wie ursprünglich angenommen, der kleine, sondern auch der sog. Ringfinger der linken Hand an Steifigkeit leide. Das Versicherungsamt anerkennt die Thatsache, lehnt jedoch, weil die Differenz keine erhebliche sei, das Begehren um Erhöhung der Rente ab und hält eventuell dafür, daß eine Erhöhung um Fr. 50 genüge. A. beschreitet den Rechtsweg. Das Bundesgericht lehnt die Erhöhung ab, weil die Differenz zwar konstatiert, aber keine erhebliche sei; oder es heißt die Klage grundsätzlich gut, weil A. ein „Linkser“ und deshalb die Differenz eine erhebliche sei, und stellt das jährliche Plus auf Fr. 100 oder Fr. 80 oder Fr. 50 fest.

4. „Für die Folgezeit“. Wenn der Nachteil erst im Verlaufe ein größerer oder geringerer wird, so würde es sich nicht rechtfertigen, auf bereits bezahlte Renten zurückzukommen. Wie aber, wenn es sich ergiebt, daß man sich bei der erstmaligen Rentenfestsetzung geirrt hatte und der Nachteil schon damals erheblich größer oder geringer war, als man angenommen hatte? Da könnte jedenfalls von einer Rückerstattung seitens des Prämienbezügers nicht die Rede sein. Da es aber ein Unrecht wäre, wenn sich die Versicherungsanstalt nur die reformatio in pejus gefallen lassen müßte, es aber umgekehrt keine reformatio in melius für sie gäbe, so muß auch die Anstalt nicht nachzahlen und erhält der Prämienbezüger nur für die Folgezeit mehr. Von wann an läuft die Folgezeit, von der Reklamation oder der Klage oder dem Urteil

an? Richtigerweise von der ersten Reklamation an, insofern der Nachteil damals schon ein erheblich größerer oder geringerer war und nicht erst seither erheblich größer oder geringer geworden ist.

5. Zum Absatz 4. Das Verhältnis der sogenannten Anfangslöhne spielt natürlich in der Unfallversicherung eine bedeutendere Rolle als in der Krankenversicherung (Art. 78, Absatz 5, des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung).

Es wäre nicht recht, wenn der Arbeiter, welcher in jungen Jahren, da er erst einen Anfangslohn bezog, invalid geworden ist, sein ganzes Leben lang eine Pension beziehen würde, welche lediglich einer Quote jenes Anfangslohns entspräche. Die Hand, welche er verloren hat, repräsentiert einen erheblich größeren Wert; denn mit dieser Hand hätte er in reiferen Jahren einen bedeutend größeren Lohn verdienen können. Diesem Übelstand soll die Bestimmung des Absatz 4 abhelfen.

Wir nehmen an, daß der Arbeiter, nachdem er ein gewisses Alter erreicht, den normalen Lohn bezogen hätte, und haben nun, um der Willkür nicht allzugroßen Spielraum zu belassen, dieses Alter gesetzlich zu bestimmen. Wir dürfen nicht sehr hoch gehen. Je höher wir gehen, desto größer ist die Anzahl derjenigen, bei denen die Prämie nicht mehr im richtigen Verhältnis zu der Bezugsberechtigung steht. So sind wir dazu gekommen, als Grenze das zurückgelegte 22. Altersjahr festzusetzen. Selbstverständlich wird die Rente erst von demjenigen Zeitpunkte an nach Maßgabe des höheren Lohnes berechnet, in welchem der Rentenbezüger jenes Alter erreicht hat.

Die Berechnung des „mutmaßlichen" höheren Lohnes (Art. 33, Absatz 4) wird gewöhnlich ziemlich schwierig sein.

Dieselbe ist schon bei der erstmaligen Rentenfestsetzung vorzunehmen. Schon dannzumal soll bestimmt werden, ob und wieviel mehr der Rentenberechtigte für die Folgezeit zu beziehen habe, wann er 22 Jahre alt geworden sein werde.

6. Zum letzten Absatz. A. verunglückt im Alter von 20 Jahren. Sein Jahresverdienst beträgt Fr. 1080 und wird später mutmaßlich Fr. 1350 betragen. Er wird als halbinvalid erklärt und erhält eine Pension von Fr. 360 jährlich. Gleichzeitig wird bestimmt, daß diese Pension vom zurückgelegten 22. Altersjahr an Fr. 450 betragen solle. Es ergiebt sich nach einem Jahre, daß er nicht nur halb-, sondern ganz invalid ist und er verlangt Erhöhung der Rente. Wie groß ist nun der Höchstbetrag im Sinne des Absatz 3? Bis zum zurückgelegten 22. Altersjahr $^2/_3$ von Fr. 1080 = Fr. 720, von da an $^2/_3$ von Fr. 1350 = Fr. 900. Dies ist der Sinn der Bestimmung des letzten Absatzes.

c. Verhältnis der Invalidenrente zu andern Ansprüchen des Versicherten.

(Art. 34.)

1. Zu Absatz 1 und 2. Solange der Unfallskranke unentgeltlich ärztlich behandelt wird und Krankengeld bezieht, hat er keinen Anspruch auf eine Rente für den Unfall, wegen dessen er krank ist. Von dem Zeitpunkt an, in welchem die Rente zu laufen beginnt, hat er keinen Anspruch mehr auf unentgeltliche ärztliche Behandlung, Arznei und Krankengeld. In dem bekannten Zwischenstadium, zwischen Krankheit und Invalidität ohne Krankheit, besitzt der Verletzte Anspruch auf die erstere Art der Leistungen, weil sie ihm mehr bietet als die zweite Art. Wie, wenn er wieder erkrankt, nachdem er bereits ein Jahr lang die Rente bezogen? Ist diese Wiedererkrankung eine Folge des Unfalls, so cessiert die Rente für die Zeit der Krankheit und besitzt der Kranke für diese Zeit wieder, und zwar gegenüber der Unfallversicherungsanstalt, Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Behandlung, Arznei und Krankengeld. Ist die Wiedererkrankung nicht eine Folge des Unfalls, so hat, insofern der Rentenbezüger Mitglied einer Krankenkasse ist, diese für die Krankheit aufzukommen.

2. Zu Absatz 3. Beispiele: Beim Transport des Kranken nach dem Spital scheut das Pferd, der Kranke wird aus dem Wagen geworfen und bricht ein Bein. Der Unfallkranke wird während der Pockenepidemie von den Pocken befallen. Eine Frauensperson wird während der Unfallskrankheit Kindbetterin.

3. Zu Absatz 4. Es ist sehr schwierig alle möglichen Fälle, z. B. den eines dritten, vierten Unfalls, im Gesetze vorzusehen. Es bleibt da, wieder einmal, nichts anderes übrig, als auf den gesunden Menschenverstand abzustellen.

4. „Ein wegen eines eigenen Unfalls Rentenberechtigter“ im Gegensatz zu dem Fall, da jemand eine Hinterlassenenrente bezieht.

5. Zu Absatz 5. Beispiel: A. bezieht eine Unfallsrente von Fr. 300, arbeitet jedoch wieder und verdient täglich Fr. 3. Er erkrankt. Das Krankengeld beträgt Fr. 2. Die Krankenkasse will dieses Krankengeld um jener Rente willen kürzen. Das geht so wenig an als wenn die Unfallversicherungsanstalt den Rentenanspruch während der Krankheit als suspendiert erklären wollte.

6. „Unfallsrente“, gleichviel, ob eine Invaliden- oder eine Hinterlassenenrente.

d. Bestattungsgeld und Hinterlassenenrente.

(Art. 35—38.)

Zu **Art. 35.** 1. Es hätte keinen Sinn, sich über die Größe der einzelnen Quoten zu verbreiten. Wir haben dieselben nach bestem Ermessen bestimmt. Um der Willkür vorzubeugen und der Behörde eine zuverlässige Handhabe zu bieten, haben wir es vorgezogen, überall fixe Sätze aufzustellen.

2. Es wird manchen stoßen, daß wir auch eine Witwerrente festgesetzt haben. Dieselbe ist jedoch mit solchen Klauseln umgeben, daß die Bestimmung nur selten zur Anwendung kommen wird. Nur der Witwer gebliebene und ganz invalide Mann erhält die Rente.

3. Wir erklären die Witwe und den Witwer nur dann als rentenberechtigt, wenn die Verehelichung vor dem Unfall stattgefunden hatte. Von dem gleichen Gedankengang geleitet, welcher zu dieser Bestimmung geführt hat, könnte man auch nur diejenigen Kinder als rentenberechtigt anerkennen, welche vor dem Unfall erzeugt worden sind. Wir haben jedoch von einer solchen Bestimmung Umgang genommen. Einmal werden die Fälle, in denen sie im Sinne der Ablehnung des Rentenanspruchs zur Anwendung gelangen würde, sehr selten vorkommen. Lehrt doch die Statistik, daß die Zeit zwischen dem Unfall und dem durch denselben verursachten Tod durchschnittlich nur acht Tage beträgt. Sodann würde sich im Streitfalle die Beweiserhebung zu einer höchst peinlichen gestalten. Endlich muß berücksichtigt werden, daß eine solche Rente in der Regel nicht eine Mehrbelastung der Unfallversicherungsanstalt, sondern eine Kürzung der den übrigen Bezugsberechtigten zukommenden Quoten bedeuten wird.

4. Es versteht sich von selbst, daß die Hinterlassenenrente nicht hinfällig und auch nicht verkürzt wird, wenn der Berechtigte noch eine andere, sei es Invaliden-, sei es Hinterlassenenrente bezieht. Welche dieser verschiedenen Renten müßte hinfällig erklärt oder gekürzt werden?

Zu **Art. 36.** Die Absätze 4 und 5 ordnen das jus accrescendi.

Drei Beispiele.

1. Der Getötete hinterläßt eine Witwe, zwei Kinder und den Vater. Die Witwe erhielte 30, beide Kinder zusammen erhielten ebenfalls 30 %. Da zusammen nur 50 % gegeben werden dürfen, so erhält die Witwe nur 25 % und jedes Kind nur 12,5 %. Der Vater geht leer aus. Nun stirbt eines der Kinder. Seine 12,5 % kommen

der Mutter und dem andern Kind zu gut. Die Mutter erhält jetzt 30 %, das einzige Kind 15 %, der Vater 5 %. Sodann stirbt die Mutter. Das Kind erhält seine 25 % und von nun an auch der Vater seine 20 %.

2. Der Verstorbene hinterläßt eine Witwe und 3 kleine Geschwister. Jene erhält 30 %, jedes der Geschwister $6^2/_3$ %. Eines der Geschwister überschreitet das sechszehnte Altersjahr und ist nicht mehr rentenberechtigt. Seine $6^2/_3$ % kommen den beiden andern Geschwistern zu gut; jedes der Geschwister erhält nun 10 %.

3. Die Hinterlassenen bestehen in einem kleinen Kind und einer kleinen Schwester. Von der Frau war der Verstorbene längst gerichtlich geschieden. Das Kind erhält 15 %, die Schwester erhielte 20 %. Weil ihr jedoch nach dem Gesetze nicht mehr ausgerichtet werden darf als dem Kind, so erhält auch sie nur 15 %.

Zu **Art. 37.** Daß der definitiv geschiedenen Frau nichts zukommen soll, bedarf keiner Begründung. Wie aber im Fall bloß temporärer Scheidung? Auch in diesem Fall halten wir es nicht für gerechtfertigt, eine Rente zu sprechen, besonders dann nicht, wenn es sich um Ausländer handelt und der betreffende Heimatstaat die definitive Scheidung gar nicht, sondern nur die temporäre Scheidung kennt. Wie endlich, wenn die Eheleute eben im Scheidungsprozeß begriffen waren, als der versicherte Eheteil an den Folgen eines Unfalls starb? Solange nicht ein rechtskräftiges Urteil vorliegt, kann kein Mensch wissen, ob das Scheidungsbegehren aufrecht erhalten worden oder ob die Scheidung zu stande gekommen wäre. Darum soll der Rentenanspruch, trotz des Scheidungsprozesses, aufrecht bestehen, so gut wie das Erbrecht.

Zu **Art. 38.** 1. Um zu verhindern, daß die Adoption oder Legitimation noch schnell zu dem Zwecke der Schaffung einer Rentenbezugsberechtigung erfolgreich stattfinden könne, wird verlangt, daß die Adoption oder Legitimation zur Zeit des Unfalls bereits gültig gewesen sei.

2. Es wäre sehr hart, wenn wir dem außerehelichen Kinde in keinem Falle einen Rentenanspruch verleihen würden.

Bei der Mannigfaltigkeit der Behandlung der außerehelichen Vaterschaft in den einzelnen Gesetzgebungen werden wir jedoch gut daran thun, die Rentenbezugsberechtigung davon abhängig zu machen, ob die Vaterschaft in rechtskräftiger Weise gerichtlich festgestellt oder wenigstens eine glaubwürdige schriftliche Anerkennung vorliege. Dabei kommt es nicht darauf an, ob jene Feststellung vor oder nach dem Unfalle oder dem Tode des außerehelichen

Vaters, und, an und für sich, ebensowenig, ob die schriftliche Anerkennung vor oder nach dem Unfall erfolgt sei. Die Vaterschaft entsteht ja nicht erst infolge des gerichtlichen Entscheides oder der Anerkennung.

Allerdings dürfte es nun oft vorkommen, daß die dem außerehelichen Kinde beziehungsweise seiner Mutter zukommende Rente höher ist als der bisherige Alimentationsbeitrag des außerehelichen Vaters. Geschehe nichts Schlimmeres!

e. Rentenauskauf.

(Art. 39 und 40.)

Zu **Art. 39.** Die Wiederverehelichung der Witwe ist für die Anstalt erwünscht, weil alsdann die Rentenberechtigung aufhört. Die Bestimmung des ersten Satzes von Art. 39 bedeutet eine Begünstigung des Vorkommnisses. Die Anstalt würde jedoch durch dasselbe benachteiligt, wenn der Wegfall der Witwenrente gemäß den Bestimmungen der Art. 35 und 36 den andern Rentenberechtigten zu gute käme. Einer solchen Gefahr beugt die im zweiten Satz von Art. 39 enthaltene Bestimmung vor.

Ein Beispiel zu Art. 39: A. hinterläßt eine Witwe und vier Kinder unter 16 Jahren. Erstere erhält $16^2/_3$ %, jedes Kind $8^1/_3$ %. Die Mutter wird, nachdem sie bereits eine Jahresrente bezogen hat, ausgekauft mit $3 \times 16^2/_3$ % = 50 %. Ein Jahr später sterben von den vier Kindern zwei. Bis zum Ablauf des dritten Jahres seit dem Auskauf kommen die auf die zwei verstorbenen Kinder entfallenen $16^2/_3$ % zur Hälfte der Anstalt zu gute und erhält jedes überlebende Kind jährlich $8^1/_3 + 4^1/_6$ % = $12^1/_2$ %. Vom 4. Jahre seit dem Auskauf aber steigt die auf jedes überlebende Kind entfallende Quote auf das Maximum von 15 %.

Zu **Art. 40.** 1. Wenn wir auch, durch die trüben Erfahrungen unter der Herrschaft des Haftpflichtsystems belehrt, an dem Grundsatze festhalten müssen, daß die Art der Entschädigung in einer Rente bestehen soll, so empfiehlt es sich doch, in einigen Richtungen Ausnahmen zuzulassen. Der Verkehr der Anstalt mit im Ausland befindlichen Rentenbezügern bereitet große Schwierigkeiten; darum empfiehlt sich hier die Kapitalabfindung oder wenigstens die Möglichkeit einer solchen. Ebenso mit Bezug auf kleinere Rentenbeträge auch dann, wenn der Berechtigte im Inland wohnt. Endlich kann es, ausnahmsweise, vorkommen, daß der Berechtigte aus guten und dringenden Gründen den Auskauf wünscht, ohne daß man darüber beunruhigt zu sein braucht, ob er auch die Auskaufsumme vernünftig verwende oder placiere.

Wir formulieren die verschiedenen Auskaufsmöglichkeiten in den zwei ersten Absätzen von Art. 40.

2. Im vierten Absatz ordnen wir das Verhältnis des Rentenauskaufs zu der Bestimmung von Art. 33, Absatz 3.

Mit Bezug auf dieses Verhältnis müssen wir zwischen zwei Fällen unterscheiden. Ist der Auskauf unter beidseitiger Zustimmung erledigt, so soll nicht mehr darauf zurückgekommen werden dürfen. Dabei kommt es nicht darauf an, ob jene Einigung ohne weiteres oder erst nach vorausgegangenem Plänkeln oder Prozessieren zu stande gekommen sei. Anders beim zwangsweisen Auskauf, wo der Ausgekaufte bis zum Schlusse auf seiner Opposition, gegen den Auskauf an sich oder nur gegen den Betrag der angebotenen Auskaufssumme, beharrt hat. Da soll allerdings die Anstalt, auch wenn eine erhebliche Besserung des Invaliditätszustandes eintritt, nicht mehr auf die Sache zurückkommen dürfen. Wohl aber muß die Befugnis, Revision zu verlangen, dem Ausgekauften eingeräumt werden.

So gewiß ihm jene Befugnis zustehen soll, so gewiß erscheint es aber als unzulässig, daß im Fall des zwangsweisen Auskaufs, bei der Festsetzung des Auskaufskapitals, die Möglichkeit der Verschlimmerung des Zustandes einen Faktor bilde. Sonst würde ja der die Revision verlangende Ausgekaufte zweimal von der gleichen Thatsache profitieren.

3. In allen streitigen Auskaufsfällen entscheidet das Bundesgericht (Art. 80, litt. *c*), handle es sich nun lediglich um den Betrag oder in erster Linie um die Frage, ob der Auskauf stattfinden solle. Gemäß der Bestimmung des letzten Absatzes von Art. 80 wird sogar dann, wenn die Anstalt in Anwendung von Absatz 1 von Art. 40 den Auskauf erklärt und der Rentenberechtigte dagegen protestiert, das Bundesgericht festzusetzen haben, ob der Auskauf überhaupt stattfinde oder nicht.

f. Festsetzung und rechtliche Eigenschaften der Rente.

(Art. 41—45.)

Zum ganzen Abschnitt. Wir haben uns die Frage vorgelegt, ob nicht mit Bezug auf die Rente und das Auskaufskapital ähnliche Bestimmungen aufzunehmen seien, wie sie sich in Art. 55, Absatz 1—3, des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung vorfinden. Allein wir sind, nach einigem Schwanken hinsichtlich der Invalidenrente, zur gänzlichen Verneinung der Frage gelangt.

Wir halten erstens dafür, daß eine Vorschrift, durch welche die Rente als unabtretbar erklärt würde, zu großen Inkonvenienzen führen und daß es insbesondere die Stellung der Postverwaltung sehr erschweren müßte, wenn die Auszahlung an niemand anderes als den Bezugsberechtigten selbst erfolgen dürfte. Gegen die Pfändung und die Aufnahme in die Konkursmasse bieten innerhalb der Schweiz die Bestimmungen der Art. 92 und 224 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs genügenden Schutz.

Wir halten, zweitens, dafür, daß eine Fürsorge für die Familie und für die Armenbehörden, im Sinn des Absatzes 2 und 3 von Art. 55 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung, der Unfallversicherungsanstalt und der Postverwaltung eine geradezu ungeheure Mehrarbeit verursachen würde.

Zu **Art. 41,** Absatz 2. Wir sagen „von einer Bundesbehörde ausgestellte", um die Rentenscheine unter den Schutz des Bundesstrafrechtes (Art. 61 des Bundesgesetzes über das Bundesstrafrecht, vom 4. Hornung 1853) zu stellen.

Zu **Art. 44,** Absatz 3. 1. Hier ist von der „Rentenschuld nach Maßgabe eines Rentenscheins" die Rede, im Gegensatz zur bloßen Monatsrate und im Gegensatz zu der gesamten Rentenschuld, welche aus einem Unfall entsteht und sich, wenn mehrere Personen bezugsberechtigt sind, aus den verschiedenen Rentenschulden der Anstalt gegenüber diesen einzelnen Personen zusammensetzt.

2. Wir bestimmen hier, daß die Abschreibung erfolgen müsse, machen dieselbe also der Anstaltsleitung zur Pflicht und stellen die Geltendmachung der Verjährung nicht in ihr und, im Streitfall, des Bundesgerichtes freies Ermessen. Wir verleihen der Bestimmung diese zwingende Natur im Interesse der Buchführung der Anstalt, im Interesse der guten Ordnung im Kapitaldeckungswesen, und im Interesse der aus dem gleichen Unfall Mitberechtigten.

Zu **Art. 45.** Hier wird die Frage beantwortet, ob die Mitbeteiligten, welche ein Interesse daran besitzen, daß ein Rentenanspruch hinfällig werde, befugt seien, von der Anstalt die Ablehnung des Anspruchs, beziehungsweise die Abschreibung einer Rentenschuld, zu verlangen. Wir verneinen die Frage. Die Bejahung müßte zu den eigentümlichsten Konsequenzen führen; insbesondere würde die Bejahung der Frage damit in Widerspruch stehen, daß wir die Ablehnung eines Anspruchs, gemäß Art. 42, 43 und 44, Absatz 2, in das Ermessen der Behörde stellen.

Im Gegensatz zu der Bestimmung von Art. 45 wird den Mitbeteiligten gestattet und Gelegenheit gegeben werden müssen, sich

an der Diskussion der Frage, ob nicht ein Anspruch aus anderen Gründen hinfällig sei, im Schoße des Versicherungsamtes und vor Bundesgericht zu beteiligen. Es wäre unseres Erachtens nicht recht, wenn, beispielsweise, die Witwe nichts dazu zu sagen hätte, ob der von einem angeblich außerehelichen Kind des Verstorbenen geltend gemachte Anspruch auf eine Kinderrente genügend fundiert sei.

g. Fälligkeit und Zahlung der Rente.

(Art. 46 und 47.)

Zu **Art. 47.** Die Bestimmung von Absatz 1 bedeutet eine große Erleichterung des Rentenbezugs.

Es hat natürlich nicht die Meinung, daß der im Auslande befindliche Bezugsberechtigte oder sein Inkassobeauftragter persönlich am Schalter eines schweizerischen Postbureaus erscheinen müsse. Vielmehr wird die Auszahlung mittelst einer an die auswärtige Postverwaltung auszustellenden Geldanweisung erfolgen.

h. Gemeinsame Bestimmungen betreffend die Leistungen.

(Art. 48—55.)

Zum ganzen Abschnitt. Die Bestimmungen der Art. 48—53 und 55 entsprechen den Bestimmungen der Art. 58—62 und 66 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung. Die Bestimmungen der Art. 52 und 53 des Gesetzesentwurfes betreffend die Unfallversicherung müssen aus dem Grund verhältnismäßig scharf gefaßt werden, weil es sich um Übervorteilungen handelt, welche regelmäßig ins schwere Geld gehen.

Zu **Art. 52,** Absatz 2. Die „Erben" und die „Hinterlassenen" sind keine synonymen Begriffe. Die Erben sind stets Hinterlassene, die Hinterlassenen sind aber nicht immer Erben.

Absatz 3. Besitzen die Hinterlassenen noch anderweitige Ansprüche, auf Invaliden- oder Hinterlassenenrenten, so findet natürlich eine Kompensation mit solchen anderweitigen Ansprüchen nicht statt.

Zu **Art. 53,** Absatz 1, letzter Satz, und Absatz 2. Es könnte sich fragen, ob es nicht gerechtfertigt wäre, mit Bezug auf bereits bezahlte Hinterlassenenrenten eine Unterscheidung vorzunehmen, in der Weise, daß die Hinterlassenen nur die in gutem Glauben empfangenen Beträge behalten dürfen, dagegen diejenigen Beträge zurückerstatten müssen, welche auf die Zeit entfallen, zu welcher sie von dem

verübten Betrug Kenntnis hatten. Allein diejenigen Betrugsfälle, von denen die Hinterlassenen Kenntnis hatten, werden sehr selten sein, und der Nachweis des Mitwissens wird, wo kein Geständnis vorliegt, stets äußerst schwierig sein. Darum unterlassen wir jene Unterscheidung.

Zu **Art. 54.** Wir haben hier den einzigen Fall des Ausschlusses eines Versicherungspflichtigen. Er hat die Bedeutung einer infamierenden Strafe und soll zur Abschreckung dienen.

Es handelt sich in den Fällen der Art. 50, 52 und 53 um schmählichen Betrug gegen die Unfallversicherungsanstalt, und es wäre eine starke Zumutung an die Versicherungsgemeinschaft, wenn von ihr verlangt würde, daß sie dem Betrüger ununterbrochen weiter Schutz und Schirm angedeihen lasse.

H. Die Prämie.

(Art. 56—70.)

Zu **Art. 68.** Diese Bestimmungen entsprechen denjenigen von Art. 84 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung. Von der Vorschrift, daß im Fall der Simulation einer Krankheit nach erfolgter Entdeckung die Prämie nachzuerheben sei, haben wir hier, wo die Prämie durchschnittlich kleiner ist als die Auflage in der Krankenversicherung und wo, mit Bezug auf die nach Art. 1 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung Versicherten, der Arbeitgeber allein darunter zu leiden hätte, Umgang genommen.

Zu **Art. 70.** Diese Bestimmungen werden am Schlusse der Gesetzesberatung in die Schluß- und Übergangsbestimmungen verlegt werden, weil sie die Abänderung eines bestehenden Bundesgesetzes vorschreiben.

J. Deckungsverfahren, Reserven, Jahresbericht und Jahresrechnung.

(Art. 71—74.)

Zu **Art. 71.** Absatz 1. Hier wird das Verfahren der Kapitaldeckung gesetzlich vorgeschrieben, und zwar sowohl mit Bezug auf die Renten, als auch mit Bezug auf die anderweitigen Leistungen (ärztliche Pflege, Arznei, Krankengeld, Bestattungsgeld). Mit Bezug

auf die Verwaltungskosten ist das Verfahren der Kapitaldeckung nicht angezeigt. Da dieselben jedoch vom Bund zu tragen sind, so lassen wir sie in Art. 71 überhaupt aus dem Spiel.

Zu **Art. 72.** 1. Hinsichtlich der Reserven stellen wir nur eine möglichst allgemeine Bestimmung auf.

Der Begriff der allgemeinen Reserve kann verschieden aufgefaßt werden. Da die Anstalt keinen Gewinn machen will, also der Jahresüberschuß wiederum gänzlich für die Anstalt verwendet wird, so kann man einfach diesen Jahresüberschuß als allgemeine Reserve bezeichnen. Dann bleibt sie bei dem andern Geld, welches im neuen Jahre in die Kasse fließt, und wird nicht besonders angelegt. Oder man scheidet aus dem Jahresüberschuß eine allgemeine Reserve aus und legt sie bei Seite, während nur der Rest des Jahresüberschusses in der Kasse bleibt und auf das neue Betriebsjahr übergetragen wird. Wir lassen die Wahl zwischen den beiden Systemen offen und sagen deshalb nicht „aus einem Teil der Jahresüberschüsse", sondern „aus den Jahresüberschüssen oder einem Teil derselben".

Kann der Begriff der allgemeinen Reserve verschieden aufgefaßt werden, so ist es dagegen klar, daß die Reserve für Massenunfälle ausgeschieden, auf die Seite gelegt und besonders verwaltet werden muß.

2. Wir schulden eine Auskunft darüber, wie wir dazu gelangt sind, eine besondere Reserve für Massenunfälle vorzusehen.

Die Wahrscheinlichkeit der Verunglückung einer größern Anzahl von Menschen wächst mit der Entwicklung des Massentransportes und mit der zunehmenden Reiselust des Publikums. Eine private Versicherungsanstalt darf sich ausbedingen, bei einem Massenunfall nur bis zu einem gewissen Höchstbetrag aufkommen zu müssen; unsere Anstalt kann sich nicht in solcher Weise schützen, und wird deshalb gut daran thun, allzugroßen Schwankungen in den Jahresergebnissen und in der Prämienhöhe infolge von Massenunfällen durch Bildung einer Specialreserve vorzubeugen.

Zu **Art. 73.** Die Frage, ob die Anstalt eine eigene Kapitalverwaltung einrichten oder ob die Bundesbank in Anspruch genommen werden soll, haben wir in ersterem Sinn entschieden.

K. Unfallverhütung.

(Art. 75—79.)

Zu **Art. 75.** Wir stellen hier eine gesetzliche Pflicht auf, deren Nichterfüllung, auch wenn sie nicht einen Unfall verursacht, eine Gesetzesverletzung bedeutet und in Art. 78 unter Strafe gestellt ist, sowie mit anderen Rechtsnachteilen bedroht wird. Wir unterstellen der versicherungsgesetzlichen Pflicht jedoch nur die Inhaber solcher wirtschaftlicher Betriebe, in welchen eine oder mehrere versicherungspflichtige Personen arbeiten. Sie erstreckt sich nicht auf die Arbeiter selbst, noch auf die Dienstherrschaften und Dienstboten, noch auf die gemäß Art. 6 und 7 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung obligatorisch versicherten Personen. Wir müssen mit Bezug auf diese Klassen der Versicherten die Ahndung der staatlichen Sicherheitspolizei überlassen. Vorbehalten bleiben immerhin auch diesen Klassen gegenüber die Bestimmungen der Art. 76 und 77, sowie die Versetzung in eine höhere Gefahrenklasse und endlich die Anwendung von Art. 51.

Zu **Art. 77,** letzter Absatz. Wenn das eidgenössische Versicherungsamt einem Betriebsunternehmer befiehlt, eine Sicherheitsvorrichtung anzubringen, welche einige hundert Franken kostet, der Bundesrat aber, gestützt auf eingeholte Expertengutachten, diesen Befehl aufhebt, so ist es nichts als recht und billig, wenn der Betriebsunternehmer, welcher ja die Vorrichtung trotz erhobenen Rekurses hat anschaffen müssen, angemessen entschädigt oder ihm die Vorrichtung gegen Entschädigung abgenommen wird. Wir sprechen von einer Entschädigung „nach Billigkeit", weil es unter Umständen sehr überflüssig wäre, den vollen, direkten und indirekten, Schaden zu ersetzen.

Zu **Art. 79.** Die ultima ratio ist die Einstellung des Betriebes auf dem Exekutionswege. Selbstverständlich soll diese nur im äußersten Notfalle erfolgen und nur durch die oberste Vollziehungsbehörde des Landes, den Bundesrat, angeordnet werden dürfen.

Wir beschränken die Zulässigkeit der Maßregel, gerade wie die Bestimmung von Art. 75, auf diejenigen wirtschaftlichen Betriebe, in denen ein oder mehrere Versicherte arbeiten.

Die Bestimmung von Art. 79 besitzt Ähnlichkeit mit der in manchen Strafgesetzen vorgesehenen Strafart des Verbotes, einen bestimmten Beruf weiter zu betreiben.

L. Rechtspflege.

(Art. 80 und 81.)

Keine Bemerkung.

M. Strafbestimmungen.

(Art. 82—93.)

Zu **Art. 83.** Die drei Kategorien unterscheiden sich dadurch von einander, daß in jeder folgenden ein höherer Mindest- und ein höherer Höchstbetrag festgesetzt wird. Wir setzen, auch in der dritten Kategorie, den Mindestbetrag ziemlich tief.

Zu **Art. 84.** Die Folge dieser Bestimmung besteht darin, daß sich die versicherungspolizeiliche Ahndung stets gegen den Betriebsunternehmer richtet. Dies ist im Polizeistrafrecht, im Gegensatz zum Kriminalrecht, zulässig.

Zu **Art. 89.** Es kann Fälle geben, in denen sich erst nach kürzerer oder auch erst nach längerer Zeit herausstellt, daß der Gebüßte unschuldig war oder viel zu hart gebüßt worden ist. Statt ein förmliches Restitutionsverfahren im Gesetze zu organisieren, setzen wir in Art. 89 ein einfaches Korrekturverfahren fest. Die Korrektur ist auch im Fall der bereits erfolgten Zahlung der Buße noch zulässig.

Die Aufnahme einer ähnlichen Bestimmung in den Gesetzesentwurf betreffend die Krankenversicherung hielten wir nicht für nötig, indem dort die Bußen bedeutend geringer sind und es dort schwierig wäre, festzusetzen, wem die Befugnis der Korrektur zustehen solle.

Zu **Art. 90.** Da der Gebüßte das Recht hat, mit Bezug auf eine erfolgende Zahlung zu bestimmen, daß sie als an die Buße geleistet betrachtet werde, so kann es leicht vorkommen, daß die Buße zwar bezahlt ist, die Kosten jedoch unerhältlich sind. Daher der Vorbehalt „nach Abzug der nicht erhältlichen Kosten".

Zu **Art. 91.** Es ist nicht nötig, die Eventualität im Gesetze vorzusehen, daß die über eine eingeschriebene Kasse oder eine juristische Person (z. B. die eine Fabrik betreibende Aktiengesellschaft) verhängte Buße unerhältlich sei, und diejenigen Personen zu bezeichnen, welche alsdann Bußenverhaft zu erstehen haben; denn die Bußen werden da immer erhältlich sein.

N. Schluss- und Übergangsbestimmungen.

(Art. 94—101.)

Zu **Art. 94.** Siehe Art. 196 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung und unsere Bemerkung zu der dortigen Bestimmung.

Zu **Art. 95.** Die Police „kann" übernommen werden. Wir verleihen damit der eidgenössischen Unfallversicherungsanstalt nicht etwa ein Recht gegenüber dem Policeninhaber und der privaten Versicherungsgesellschaft, sondern erteilen jener lediglich die Befugnis, auf dem Vertragswege solche Policen zu übernehmen; ohne diese gesetzliche Bestimmung wäre die eidgenössische Unfallversicherungsanstalt gar nicht berechtigt, derartige Vereinbarungen zu treffen.

Zu **Art. 96—98.** 1. Die bisherige Haftpflichtgesetzgebung kann natürlich nicht im vollen Umfang fortbestehen; vielmehr muß sie nunmehr in der Hauptsache dahinfallen.

Da laut Art. 2 und 3 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung die Direktoren und höheren Angestellten, insofern der Jahresgehalt den Betrag von fünftausend Franken übersteigt, nicht versicherungspflichtig und deshalb bei der eidgenössischen Unfallversicherungsanstalt nicht versichert sind, so fragt es sich, ob die Fabrikhaftpflicht nicht zu ihren Gunsten fortbestehen solle. Wir verneinen diese Frage. Ein derartiges Nebeneinanderbestehen von Versicherungspflicht für die einen und von Haftpflicht für die andern Angestellten im gleichen Etablissement geht nicht wohl an und müßte Unzufriedenheit erzeugen; bald käme, wenn ein Unfall passiert, der Versicherungspflichtige zu kurz im Vergleich zu dem Nichtpflichtigen, bald dieser im Vergleich zu jenem. Wir heben also die sogenannte Fabrikhaftpflicht überhaupt auf und überlassen es dem höheren Angestellten, freiwilliges Mitglied einer öffentlichen oder freien Krankenkasse zu werden und bei einer privaten Unfallversicherungsgesellschaft Versicherung zu nehmen, dort und hier mit oder ohne Beihülfe des Fabrikanten.

2. Wir machen zweitens darauf aufmerksam, daß der Zwangsversicherte nur $^2/_3$ des Schadens ersetzt erhält und sein Taglohn nur bis auf den Betrag von Fr. 7. 50 in Betracht kommt. Soll die Haftpflicht, nach dem Eisenbahn- und dem Fabrikhaftpflichtgesetz, für das Plus fortdauern? Nein. Denn das würde, wegen der Befreiungsgründe des Eisenbahn- und des Fabrikhaftpflichtgesetzes, sowie wegen der Reduktionsgründe und der Maximalklausel des Fabrikhaftpflichtgesetzes und der Novelle, einen unendlichen Wirrwarr verursachen.

3. Im entgegengesetzten Sinne beantworten wir, im Art. 98, die dritte Frage: soll nicht die durch das Eisenbahnhaftpflichtgesetz festgestellte Haftpflicht fortbestehen zu gunsten derjenigen Personen, welche nicht bei der Transportunternehmung angestellt sind? Wir bejahen diese Frage. Sonst müßte der Passagier, welcher beim Betrieb einer Eisenbahn- oder Dampfschiffahrtsunternehmung einen Unfall erleidet, stets ein Verschulden der Transportunternehmung oder eines Mandatars derselben nachweisen. Und doch hat man seiner Zeit, bei Erlaß des Eisenbahnhaftpflichtgesetzes, in erster Linie gerade die Passagiere schützen wollen.

Die Bestimmungen der Art. 8 und 9 des Eisenbahnhaftpflichtgesetzes (Haftung für beim Unfall beschädigte oder abhanden gekommene Sachen) kommen in Zukunft nur den Nichtangestellten zu gute.

Aus diesem Grunde, sowie mit Rücksicht darauf, daß die Eisenbahnhaftpflicht auch in anderen Richtungen mehr gewährt als die öffentliche Versicherung, stellt sich der nichtangestellte Passagier besser als der Angestellte, wenn ein Unfall passiert. Wir können das nicht ändern.

Wie nun aber, wenn der vom Unfall betroffene Passagier gleichzeitig Angestellter der Bahn- oder Dampfschiffahrtsunternehmung ist? Da wird es darauf ankommen, ob er dienstlich mitfuhr. Wenn ja, so ist die Unternehmung nicht haftpflichtig. Wenn nein, so muß sie den Unfall selbst aushalten; dann stehen ihr aber auch die Befreiungseinreden des Eisenbahnhaftpflichtgesetzes zu Gebote. War der verunglückte Angestellte, welcher nichtdienstlich mitreiste, versicherungspflichtig, so kommt die Bestimmung von Art. 55, Absatz 1, des Gesetzesentwurfes betreffend die Unfallversicherung zur Anwendung.

Wie man sieht, steht der nichtversicherungspflichtige höhere Angestellte, welcher dienstlich mitfährt und dabei von einem Unfall betroffen wird, am schlimmsten da. Er hat nur dann auf Entschädigung Anspruch, wenn er ein Verschulden der Unternehmung nachweisen kann. Wir machen hierauf aufmerksam. Die Gesellschaften werden keinen Anstand nehmen, diese Lücke dadurch auszufüllen, daß sie für die höheren Angestellten mit Bezug auf deren weder durch die öffentliche Versicherung noch durch die Haftpflicht gedeckten Risiko bei einer privaten Gesellschaft Versicherung nehmen; die Prämie dürfte minim sein.

4. Besondere Schwierigkeiten bereitet das Verhältnis der sogenannten Berufskrankheiten, Art. 3 des Fabrikhaftpflichtgesetzes. Die Forrersche Denkschrift von 1889, § 47, hatte vor-

geschlagen, die als krankheitsgefährlich erklärten Betriebe zu einer erhöhten Prämie zu verpflichten und die Dauer der Unterstützung an die Berufskranken zu verlängern.

Wir gehen mit diesen Vorschlägen einig. Dem ersteren ist bereits Genüge geschehen: Art. 76 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung. Dem zweiten geben wir durch die Bestimmungen von Art. 97 des Gesetzesentwurfes betreffend die Unfallversicherung Folge.

Streitigkeiten, welche sich aus den Vorschriften dieses Art. 97 ergeben, befinden sich außerhalb des Bereiches der Kranken- und Unfallversicherung und gehören vor den gewöhnlichen Richter. Die Schuld des Arbeitgebers ist eine sogenannte Quasideliktsobligation und wird daher mit Bezug auf die Verjährung der Bestimmung von Art. 69, erster Absatz, des schweizerischen Obligationenrechts unterstellt.

Die Frage, ob eine Neuerkrankung von der Krankenkasse auszuhalten sei, insofern dannzumal der Kranke, noch oder neuerdings, Mitglied einer solchen ist, lassen wir hier unerörtert. Es handelt sich hier in der Regel um die Ärmsten der Armen, um die an Phosphornekrose leidenden Zündhölchenarbeiter, und da werden es die Krankenkassen hoffentlich nicht so genau nehmen.

Schon bisher hat die Schwierigkeit bei der Entscheidung der Prozesse betreffend die Haftpflicht für Berufskrankheiten darin bestanden, daß der klagende Arbeiter gewöhnlich schon früher in einem gleichartigen Fabrikbetrieb beschäftigt war und der Beklagte die Schutzbehauptung aufstellte, die Berufskrankheit habe schon damals ihren Anfang genommen. Diese Schwierigkeit wird fortbestehen.

5. Die letzte Frage, welche uns hier beschäftigt, ist von uns entgegen dem Vorschlage der vorhin erwähnten Denkschrift entschieden worden.

Soll der Arbeitgeber durch die Bezahlung der Prämie der Unfallversicherung von der Verantwortlichkeit für sein und seiner Mandatare Verschulden befreit sein? Die Denkschrift gelangt, in § 67, zu dem Resultat, daß das Obligationenrecht dann nicht mehr zur Anwendung kommen solle, wenn ein Betriebsunfall des Arbeiters durch die nicht strafbare Fahrlässigkeit des Arbeitgebers oder seines Stellvertreters oder eines Mitarbeiters verursacht worden ist.

Theoretisch mag, aus den in jenem § 67 angeführten Gründen, diese Lösung richtig sein; praktisch würde sie aber auf fast unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen und dem Richter eine äußerst

schwierige Aufgabe überbinden. Wir ziehen es, nach reiflicher Prüfung, vor, zu bestimmen, daß die Frage, ob ein Dritter, sei er der Arbeitgeber oder jemand anders, wegen Verschuldens für den Unfallschaden hafte, dem allgemeinen Rechte, also, wenn der Beklagte in der Schweiz belangbar ist, dem schweizerischen Obligationenrecht unterstellt werde.

Wir sind davon überzeugt, daß solche Streitigkeiten nicht häufig sein werden, und treten der Befürchtung entgegen, als ob durch obige Lösung eine erhebliche Mehrbelastung des Unternehmergewinns, über die Prämienlast hinaus, eintreten werde. Jedenfalls aber heben wir die Haftpflichtgesetzgebung, welche den Unternehmer sogar für den Zufall haftbar macht, nicht auf, damit er in Zukunft nicht einmal mehr für das Verschulden hafte. Die Prämienquittung soll kein Freibrief für die Nachlässigkeit und Sorglosigkeit sein, und Leben und Gesundheit des Arbeiters sollen, auch unter der Herrschaft des Versicherungssystems, denjenigen Schutz genießen, welcher darin besteht, daß der Arbeitgeber, vermöge seiner Verantwortlichkeit für das Verschulden, ein eigenes Interesse an sorgfältiger Auswahl der Mandatare und an sorgfältigem Geschäftsbetriebe besitzt.

C. Finanzielle Tragweite der Gesetzesentwürfe.

Die Ausführung der beiden Versicherungsgesetze wird von Jahr zu Jahr bedeutende finanzielle Mittel erfordern, und es bleibt uns noch die Lösung der Aufgabe übrig, die Entwürfe nach der Höhe der voraussichtlichen finanziellen Belastung im Zusammenhange zu prüfen. Dabei können wir uns allerdings um so kürzer fassen, als dieser Gegenstand in zwei besondern, Ihnen zugestellten Schriften, welche die technische Seite der Versicherung erörtern, eine eingehende Behandlung erfahren hat. Wir meinen damit die unter den Ziffern 7 und 8 der amtlichen Drucksachen (Seite 204 dieser Botschaft) genannten und von unserem Departemente der Industrie veröffentlichten Denkschriften.

Wir unterscheiden zwischen der Belastung, welche aus der Krankenversicherung erwächst, und derjenigen, welche durch die Unfallversicherung hervorgerufen wird. Dort haben wir eine Menge von Versicherungsanstalten, auf welche sich die Belastung verteilt, hier dagegen nur eine einzige, die eidgenössische Unfallversicherungsanstalt.

Bei der Ermittlung des erforderlichen finanziellen Aufwandes geht es nicht an, jene Anstalten, die Krankenkassen, ohne weiteres alle in ein Band zu nehmen, weil die Betriebskrankenkassen und die freiwilligen Hülfskassen die Leistungen an ihre Mitglieder erst in den Statuten festzusetzen haben. Wir normieren nur die Leistungen der Gemeindekrankenkassen an die bei ihnen Versicherten und schreiben für die übrigen Kassen lediglich vor, daß im Minimum jene Normen innezuhalten seien. Wir bestimmen auch kein Maximum für die Kassenleistungen. Um einen finanziellen Überschlag dennoch zu ermöglichen, soll überall von den in den Gesetzesentwürfen festgestellten Normen ausgegangen werden.

Wir machen ferner darauf aufmerksam, daß auch innerhalb der Schranken, welche durch die gesetzliche Normierung der Kassenleistungen aufgestellt wurden, eine gewisse Latitüde möglich ist und an mehreren Orten absichtlich gelassen wurde. Die Verantwortung, welche hierdurch den ausführenden Organen zufällt, ist daher keine geringe. Aber in vielen Fällen, welche die Mannigfaltigkeit des Lebens bringt, ist man gezwungen, vernünftigerweise jenen Organen, namentlich den Kassenvorständen, ein richtiges Ermessen anheimzustellen. Je nachdem dieses sich gestaltet, ändert sich auch die finanzielle Bedeutung, wird sie größer oder geringer.

Als angezeigt darf übrigens auch erscheinen, eine mögliche Änderung in der Frequenz der Krankheiten und Unfälle nicht zu ignorieren. Die Verhütung dieser und damit auch die Herabsetzung der finanziellen Belastung auf ein Minimum wäre ja, wenn erreichbar, das vornehmste Ziel der einzurichtenden Institutionen.

Daß wir mit diesen Darlegungen in erster Linie auf die Kassenleistungen und auf mögliche Schwankungen in der Höhe derselben hinweisen, hat seine guten Gründe. Begreiflicherweise sind die Leistungen, die im Falle der Krankheit oder nach eingetretenen Unfällen zu machen sind, maßgebend für die Höhe der finanziellen Belastung. Zwischen der Gesamtheit der Kassenleistungen einerseits und zwischen den Versicherungsbeiträgen andererseits, kommen diese von welcher Seite sie wollen, muß das Gleichgewicht bestehen.

Zum voraus wollen wir auch betonen, daß das finanzielle Resultat von einer großen Menge von verschiedenen Einflüssen abhängt, die mit größerer oder geringerer Sicherheit aus der statistischen Beobachtung ermittelt werden können, die aber weit davon entfernt sind, das gesamte finanzielle Resultat von Jahr zu Jahr auf eine Konstante zu reduzieren. Gerade die Änderung jener Einzeleinflüsse wird für die Praxis der Gesetzesausführung vorzügliche Anhaltspunkte geben.

Die nachstehenden Erörterungen tragen die Überschriften: *a.* Erforderliche Lohnprozente, *b.* Zahl der obligatorisch Versicherten, *c.* Totalbelastung für die obligatorisch Versicherten. Diese drei Abschnitte beziehen sich also auf die Vollversicherten, und zwar auf die nach den Gesetzesentwürfen Versicherungspflichtigen. Dann haben wir uns noch auszusprechen über folgende Punkte: *d.* Erhöhung der finanziellen Bedeutung durch die freiwillige Versicherung, *e.* Bundesleistungen und *f.* Verteilung der Belastung nach Abzug der Bundesleistungen. In diesem letzten Abschnitte sind die Beträge, welche Arbeitgeber und Arbeiter zu entrichten haben, auseinandergehalten.

a. Erforderliche Lohnprozente.

Das Krankengeld bildet einen Teil des bei der Versicherung anrechenbaren Lohnes, ebenso die Unfallrente. Beide sind demnach von der Lohnhöhe direkt abhängig, und da sie finanziell stark ins Gewicht fallende Leistungen der Versicherungsanstalten repräsentieren, so ist es angezeigt, sämtliche Kassenleistungen in Teilen des bei der Versicherung anrechenbaren Lohnes auszusprechen. Wir sind um so mehr hierzu gezwungen, als auch die Prämien nach der Lohnhöhe abzustufen sind.

Nach der unter Ziffer 7 der amtlichen Drucksachen erwähnten Denkschrift ergeben sich als Äquivalent der Krankenkassenleistungen, die Verwaltungskosten der Kassen inbegriffen, durchschnittlich etwa 3 1/2 Lohnprozente.

In der Unfallversicherung muß, nach den unter Ziffer 8 der amtlichen Drucksachen erwähnten versicherungstechnischen Untersuchungen, eine durchschnittliche Nettoprämie von rund 2 Lohnprozenten angesetzt werden. Hierbei ist zu bemerken, daß die finanziellen Verpflichtungen der Unfallversicherungsanstalt im Jahre des Unfalls zu decken sind, die Aufbringung der Mittel also nicht auf spätere Jahre hinausgeschoben werden darf. Bei der Krankenversicherung dagegen war ein solches Vorgehen um so weniger notwendig, als die Leistungen in jedem eintretenden Krankheitsfalle innerhalb der Zeit eines Jahres, vom Datum der Erkrankung an, ihre Erledigung finden. Die für die Krankenversicherung berechnete allgemeine Durchschnittsprämie wird also im ersten Jahre der Wirksamkeit des Gesetzes, aus dem angegebenen Umstande zu schließen, mehr als genügen. Aber nur dieses erste Jahr allein übernimmt keine Erkrankten und nach dem Gesetze Vollversicherten aus einer früheren Periode und bildet damit eine gewisse Übergangszeit (Abschnitt VI des zweiten Teiles der unter Ziffer 7 der amtlichen Drucksachen genannten Denkschrift). Beifügen wollen wir ferner, daß in der Krankenversicherungsprämie, entsprechend der gesetzlichen Normierung der Kassenleistungen, die ersten sechs Wochen der Kurzeit bei Unfällen berücksichtigt sind. Alle Unfälle, welche eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von weniger als sechs Wochen zur Folge haben, fallen also lediglich der Krankenversicherung zu.

Der angeführte Satz von 3 1/2 Lohnprozenten für die Krankenversicherung ergiebt sich bei Zugrundelegung einer gewöhnlichen Krankheitsgefahr. Bei sehr günstigen Kassenverhältnissen (günstigem Gesundheitszustand der Mitglieder, günstigen lokalen Verhältnissen, vorzüglicher Verwaltung etc.) sind 3 1/2 % mehr als genügend, dagegen für solche Kassen, bei welchen sich die ungünstigen Verhältnisse häufen, zu wenig. Dies dürfte um so mehr der Fall sein, als die von uns vorgenommene Elimination der besondern Kassenärzte und die Statuierung der freien Arztwahl eine größere Möglichkeit zur Herbeiführung von Kassendeficiten nahe legt. Sofern ein Betrieb nicht als mit besonderer Krankheits- und Unfallgefahr behaftet erklärt wird, dürfen jedoch in keiner Kasse mehr als 4 Lohnprozente erhoben werden. Ein Ausfall in der Jahresrechnung ist jeweilen nach Maßgabe von Art. 87 des Gesetzentwurfes betreffend die Krankenversicherung zu decken.

Der Satz von 2 Lohnprozenten für die Unfallversicherung stellt die Nettoprämie dar, mit andern Worten, den materiellen Aufwand, welcher direkt, ohne Einrechnung von Verwaltungskosten, für die Verunglückten und ihre Angehörigen bestimmt ist. Jener Satz ergiebt sich bei Zugrundelegung einer mittlern Unfallgefahr.

Aus der in Lohnprozenten ausgesprochenen Belastung lassen sich die absoluten Beträge der Belastung finden, wenn die anrechenbaren Lohnsummen bekannt sind. Wir suchen daher nachstehend zuerst einen Schluß auf die Zahl der obligatorisch Versicherten zu ermöglichen, um dann unter Zugrundelegung eines durchschnittlichen Taglohnes von Fr. 2. 50 eine specielle Aufstellung zu geben.

b. Zahl der obligatorisch Versicherten.

Die voraussichtliche Zahl der obligatorisch Versicherten läßt sich auf Grund der in den Gesetzesentwürfen enthaltenen Bestimmungen, sowie nach den Ergebnissen der letzten Volkszählung schätzungsweise ermitteln (vergl. für die folgende Darstellung Seite 207 u. f. der unter Ziffer 8 der amtlichen Drucksachen erwähnten versicherungstechnischen Untersuchungen, sowie Band III der Volkszählung vom 1. Dezember 1888).

Die Volkszählung vom 1. Dezember 1888 erzeigt für die ganze Schweiz 2,917,754 Einwohner, welche sich gruppieren, wie folgende Übersicht darlegt.

Wohnbevölkerung der Schweiz am 1. Dezember 1888.

1. Im Lohn und Dienst anderer Arbeitende (unselbständig Erwerbende)	739,056
2. In eigenen Betrieben thätige unmittelbare Berufsangehörige (selbständig Erwerbende)	566,594
3. Übrige Einwohner (Unerwachsene, erwerbslose Erwachsene, einschließlich derjenigen, die nur im Haushalte der eigenen Familie thätig sind) . .	1,612,104
Zusammen	2,917,754

Die in der ersten Kategorie aufgeführten 739,056 unselbständig Erwerbenden umfassen die in fremden Geschäften thätigen unmittelbaren Berufsangehörigen, die den Haushalt besorgenden Dienstboten, sowie diejenigen Personen, welche bei der Aufarbeitung der Zählungsergebnisse als in „unbestimmbarem Verhältnisse“ Thätige (Hausindustrielle, Taglöhner für alles etc.) bezeichnet werden mußten.

In Kategorie 2 sind diejenigen aufgeführt, welche in eigenen Betrieben oder im Betriebe des Vaters oder anderer Familienangehöriger thätig sind.

Sowohl die in Kategorie 2 als in 3 aufgeführten Einwohner fallen nach dem Wortlaut der Gesetzesentwürfe für das Obligatorium der Versicherung außer Betracht.

Wir beschäftigen uns deshalb speciell mit den in Kategorie 1 gezählten Erwerbenden, von denen jedoch nur ein Teil dem Versicherungszwange unterliegt. Zunächst mag folgende Orientierung Platz finden, wobei zugleich nach dem Geschlechte unterschieden wird.

Unselbständig Erwerbende.	**Männer.**	**Frauen.**	**Zusammen.**
a. In fremdem Geschäfte thätige unmittelbare Berufsangehörige . .	392,812	170,095	562,907
b. Häusliche Dienstboten	1,527	78,777	80,304
c. In unbestimmbarem Verhältnisse Thätige (hauptsächlich der Hausindustrie angehörend)	41,511	54,334	95,845
Zusammen	435,850	303,206	739,056

Diese Zusammenstellung bringt, in Übereinstimmung mit der Volkszählung, die 80,304 lediglich in der Haushaltung thätigen Dienstboten getrennt von den unmittelbaren Berufsangehörigen; 78,777, also 98 % der Dienstboten, sind weiblichen Geschlechts. Das weibliche Geschlecht (57 %) überwiegt auch bei den 95,845 Personen der letzten Gruppe, während von den 562,907 Personen der ersten Gruppe 392,812, also 70 % Männer sind. Im ganzen gehören 59 % oder nahe drei Fünftel der Gesamtzahl dem männlichen Geschlechte an.

Für die in der Gruppe *c* aufgeführten, wesentlich der Hausindustrie und der Taglöhnerei angehörenden Personen, deren Berufsstellung in den Volkszählungsergebnissen unter der Bezeichnung „unbestimmbares Verhältnis“ angegeben wurde, können die Gemeinden und Kantone den Versicherungszwang aussprechen. (Siehe Art. 6 und 7 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung.) Dagegen werden durch die Gesetzesentwürfe sämtliche häusliche Dienstboten dem Obligatorium der Versicherung unterstellt. — Bemerkt mag werden, daß die Taglöhner in der Gruppe *c* „Taglöhner für alles“ sind.

Unser statistisches Bureau unterschied nämlich zwischen Taglöhnern für alles und zwischen Taglöhnern bestimmten Berufes und zählte diese letztern den in fremdem Geschäfte erwerbenden unmittelbaren Berufsangehörigen zu.

Die Taglöhner, die der Hauptsache nach in einem bestimmten Berufe thätig waren, so z. B. die 44,179 landwirtschaftlichen Taglöhner, sind daher nicht in Gruppe *c*, sondern in Gruppe *a* zu suchen, und es muß der Praxis der Gesetzesausführung überlassen bleiben, zu bestimmen, inwieweit und während eines wie großen Teils des Jahres die genannten Personen versicherungspflichtig oder nicht versicherungspflichtig sind. Weil sie ohne Zweifel, besonders während der großen Werkzeiten, länger als eine Woche im Lohndienste stehen, dürfen wir sie hier wohl nicht als von der Versicherungspflicht ausgeschlossen betrachten.

Die Gruppe *a* der in fremdem Geschäfte erwerbenden unmittelbaren Berufsangehörigen bietet, wenn nach Berufsklassen unterschieden wird, das folgende Bild:

In fremdem Geschäfte erwerbende unmittelbare Berufsangehörige.

A. Gewinnung der Naturerzeugnisse	126,139
B. Veredlung der Natur- und Arbeitserzeugnisse . .	321,714
C. Handel	33,217
D. Herstellung von Verkehrswegen, Verkehr . . .	41,810
E. Allgemeine öffentliche Verwaltung, Rechtspflege, Wissenschaft und Kunst	39,208
F. Nicht genau bestimmbare Berufsthätigkeit . . .	819
Zusammen	562,907

Nach den Gesetzesentwürfen unterliegen die Personen, deren Anstellung einen vorwiegend öffentlichrechtlichen Charakter besitzt, der Versicherungspflicht nicht.

Diese Ausnahme von der Versicherungspflicht trifft vorweg viele der unter Klasse E gezählten Personen (Verwaltungs- und richterliche Beamte des Bundes und der Kantone, Professoren, Lehrer, Geistliche etc.). Unser statistisches Bureau hat die Volkszählungsergebnisse von 1888 durchgangen und gefunden, daß die fragliche Bestimmung des Gesetzes sich auf etwa 37,000 Personen, welche sich auf die verschiedenen Klassen verteilen, beziehen möchte.

Daher:

In fremdem Geschäfte erwerbende unmittelbare Berufsangehörige, soweit deren Anstellung keinen öffentlichrechtlichen Charakter besitzt (562,907 — 37,000)	525,907
dazu die häuslichen Dienstboten	80,304
Zusammen	606,211

Endlich fällt noch ins Gewicht, daß alle Personen, welche einen Jahresgehalt von mehr als Fr. 5000 beziehen, der Versicherungspflicht nicht unterliegen. Um die auch nur angenäherte Zahl solcher Personen zu bestimmen, besitzen wir für die ganze Schweiz gar keine irgendwie zuverlässigen Angaben. Immerhin kann so viel gesagt werden, daß unter den oben aufgeführten 606,211 Personen kein großer Prozentsatz getroffen wird, welcher jährlich über Fr. 3000, geschweige denn über Fr. 5000 als Jahresgehalt bezieht. Wir schließen dies schon aus einzelnen, von den Kantonen angelegten, das Einkommen aus Arbeit betreffenden Steuerregistern. Man ist hiernach berechtigt, die stattliche Zahl von etwa **600,000** Mitgliedern in Aussicht zu nehmen. Diese stellen nahezu die Hälfte der vorstehend (Seite 443) als erwerbend aufgeführten Bevölkerung dar.

Um immerhin vor Täuschungen bewahrt zu werden, mag es nicht unnötig sein, zu erwähnen, daß — analog den Erfahrungen in unseren Nachbarstaaten — wohl im Anfange auch bei uns viele Versicherungspflichtige, sei es aus Unkenntnis, sei es aus anderen Gründen, nicht angemeldet werden. Vielfach wird die Versicherungspflicht erst nach eingetretenen Krankheiten und Unfällen zur Feststellung gelangen.

Ferner ist auf die großen Unterschiede aufmerksam zu machen, welche sich nach den Beobachtungen in Deutschland und Österreich in der Mitgliederzahl für die verschiedenen Jahreszeiten geltend machen. Die durchschnittliche Mitgliederzahl steht nach den genannten Wahrnehmungen stets bedeutend unter der höchsten Mitgliederzahl. Diese ergiebt sich nach den österreichischen Beobachtungen für die Monate Juli und August.

Wir sind nach dem Gesagten und mit Rücksicht auf die Bemerkung betreffend die Taglöhner geneigt, anzunehmen, daß die Zahl von 600,000 als durchschnittliche Mitgliederzahl, soweit diese die durch die Gesetzesentwürfe direkt dem Obligatorium unterstellten Versicherten betrifft, eher zu hoch als zu niedrig ist — selbst in Erwägung des Umstandes, daß wir uns auf eine Volkszählung berufen mußten, die schon eine geraume Zeit zurückliegt und die im Winter stattgefunden hat.

c. Totalbelastung für die obligatorisch Versicherten.

Wie schon angeführt wurde, schwankt die Totalbelastung je nach der Lohnhöhe. Diese ist jedoch für die Schweiz vorläufig noch eine Unbekannte, wie auf Seite 201 dieser Botschaft dargestellt ist. Dagegen läßt sie sich mit einiger Annäherung schätzen. Je nach dem Resultate seiner Schätzung kann sich jeder unter Benutzung der vorn angegebenen Daten die Höhe der finanziellen Belastung selbst konstruieren. Man darf bei der Lohnschätzung jedoch nicht vergessen, daß männliche und weibliche, alte und junge, gelernte und ungelernte Arbeiter obligatorisch in die Versicherung einbezogen werden. Die Taglöhne, soweit sie im Tage über Fr. 7. 50 hinausgehen, werden nicht berücksichtigt. Die Einschätzung der Naturalleistungen kann überdies jede Aufstellung, welche sich nur auf die bar bezahlten Löhne bezieht, ziemlich stark abändern. Endlich ist zu bedenken, daß die Abrundungen nach oben, welchen die Lohnklassifikation ruft, ebenfalls von einigem Einflusse sind. Wenn wir für den Durchschnittslohn von täglich Fr. **2. 50** eine specielle Aufstellung geben, so wollen wir damit dem Urteile des einzelnen nicht vorgreifen, der den Durchschnittslohn als höher oder als niedriger hält. Die Aufstellung der Herren Schuler und Wegmann hat Fr. 2. 77 ergeben, doch ist zu berücksichtigen, daß dabei in erster Linie die industriereichen Orte zur Geltung gelangten und daß die Beträge der Taglöhne über Fr. 7. 50 hinaus ebenfalls in Rechnung gezogen wurden. (Vgl. ferner Seite 69 der unter Ziffer 7 der amtlichen Drucksachen genannten Denkschrift, sowie Seite 213 der unter Ziffer 8 der amtlichen Drucksachen erwähnten versicherungstechnischen Untersuchungen.)

Rechnen wir im Jahre 300 Arbeitstage, so beträgt der Jahreslohn, nach obiger Annahme, Fr. 750. Für 600,000 Versicherte steigt die gesamte Lohnsumme auf 450 Millionen Franken. Die oben genannten Prämiensätze für die Kranken- und Unfallversicherung sind so bestimmt, daß für die Zeit der Krankheit keine Prämien zu erheben sind. Beträgt demnach der Jahreslohn für einen Gesunden durchschnittlich Fr. 750, so sind, um die für die Prämienzahlung anrechenbare Gesamtlohnsumme zu erhalten, noch etwa 3 %, als auf die Zeit mit ruhender Prämienpflicht fallend, zu subtrahieren (Seite 39 der unter Ziffer 7 der amtlichen Drucksachen genannten Denkschrift). Es ist also nur auf eine Gesamtlohnsumme von 436½ Millionen Franken abzustellen. Hiervon machen die 3½ % als Prämie für die Krankenversicherung die Summe von rund Fr. 15,280,000 und die 2 % als Nettoprämie für die Unfallversicherung den Betrag von Fr. 8,730,000 aus.

Dazu kommen noch die vom Bunde zu tragenden Verwaltungskosten. Dabei fallen in Betracht:

a. Unfallerhebungskosten (Kosten der Unfalluntersuchungen und der Feststellung der Entschädigungen).

b. Kosten der Rechtsprechung.

c. Kosten für die Erhebung der Unfallversicherungsbeiträge.

d. Übrige Kosten, welche der Kreisverwaltung in Unfallsachen erwachsen, sowie übrige Kosten der Kreisbehörden bezüglich ihrer Obliegenheiten in Sachen der Krankenversicherung.

e. Übrige Kosten, welche den Centralbehörden in Angelegenheiten der Unfall- und der Krankenversicherung erwachsen.

Die Kosten unter *a* bis *e* setzen sich zusammen aus:

I. Kosten für die lokale Verwaltung.

II. Kosten für die centrale Verwaltung.

Wir wollen hier ferner noch einbeziehen:

III. Angemessene Beiträge des Bundes zur Förderung des Samariterwesens, sowie für Sammlungen und Untersuchungen auf dem Gebiete des Unfallverhütungswesens.

Für die unter I, II und III genannten Kosten gelangt ein Überschlag (Seiten 215 bis 221 der unter Ziffer 8 der amtlichen Drucksachen genannten versicherungstechnischen Untersuchungen) zu einer Ausgabe, welche für die Kranken- und Unfallversicherung zusammen rund 1¼ Millionen Franken ausmacht, wovon 1 Million Franken auf die Unfallversicherung und rund Fr. 250,000 auf die Krankenversicherung gerechnet werden. Wir schließen uns diesem Überschlage an, haben also in der Krankenversicherung zusammen Fr. (15,280,000 + 250,000) = Fr. 15,530,000 und in der Unfallversicherung Fr. (8,730,000 + 1,000,000) = Fr. 9,730,000 in Rechnung zu stellen. Man erhält somit folgende Übersicht:

Totalbelastung

für 600,000 Versicherte mit einer anrechenbaren Lohnsumme von 436½ Millionen Franken:

Krankenversicherung	Fr.	**15,530,000**
Unfallversicherung	„	**9,730,000**
Total	Fr.	**25,260,000**

d. Erhöhung der finanziellen Bedeutung durch die freiwillige Versicherung.

Mit Bezug auf die Krankenversicherung kommt eine doppelte Erhöhung der finanziellen Bedeutung durch die freiwillige Versicherung in Betracht:

Erstens kann die obligatorisch versicherte Person, sei es bei einer freiwilligen Hülfskasse oder einer Betriebskrankenkasse, sich für Kassenleistungen versichern, welche die im Gesetzesentwurfe angegebenen Normen überschreiten. Statt nur $^2/_3$ des Taglohnes als Krankengeld zu beziehen, kann sie beispielsweise eine Versicherung für den fehlenden Drittel oder für einen beliebigen andern Betrag abschließen. Wir haben es hier mit einer freiwilligen Zuschußversicherung zu thun.

Zweitens ist die freiwillige Versicherung für Personen, welche nicht dem Versicherungszwange unterliegen, vorgesehen. Die Gemeindekrankenkassen sind gehalten, Personen aufzunehmen, welche sich für Krankenpflege und Krankengeld oder nur für Krankenpflege versichern wollen. Jene, die Vollversicherten, sind mit Bezug auf die Kassenleistungen und Prämien gleich zu halten, wie die obligatorisch Versicherten. Diese, die Halbversicherten, haben Anspruch auf die ärztliche Behandlung und die Pflege. Ebenso wird den Wöchnerinnen ein mäßiger Ersatz der Kosten des geburtshülflichen Beistands zugesichert. Die ortsüblichen Bestattungskosten, im Betrage von höchstens Fr. 60, haben die Kassen ebenfalls für die halbversicherten Mitglieder zu bestreiten. In die Halbversicherung können auch Kinder aufgenommen werden.

Die Halbversicherung läßt sich, weil bezüglich der Kassenleistungen in engern Rahmen, als die Vollversicherung gehalten, auch durch die Organe der letztern durchführen. Aber selbst wenn wir keine Verwaltungsausgaben einrechnen und keine Reserve für starke Krankheitsfrequenz und überhaupt ungünstige Zeiten extra einstellen, so betragen doch die mutmaßlichen Kosten der Krankenpflegeversicherung jährlich noch ungefähr Fr. 10 für die versicherte Person. Dabei haben wir die Kosten der Krankenpflegeversicherung für die obligatorisch Versicherten als maßgebend betrachtet (vgl. Seite 63 der unter Ziffer 7 der amtlichen Drucksachen genannten Denkschrift). Danach würden je 100,000 Halbversicherte eine Mehrbelastung von cirka einer Million Franken bringen — immer ohne specielle Einrechnung der Verwaltungskosten und der Anlage eines Reservefonds. Vom Betrage der Fr. 10 macht der Bundeszuschuß mit Fr. 3. 65 etwas über ein Drittel aus.

Wie weit es angeht, die Krankheitsfrequenz der obligatorisch Versicherten und die Ausgaben für diese als maßgebend anzunehmen, kann nicht zum vorneherein beurteilt werden. Namentlich besitzt man kein genügendes Erfahrungsmaterial zur Beurteilung der Krankheitsfrequenz bei Kindern. In der frühesten Jugend, besonders im ersten Lebensjahre, ist sie wohl eine bedeutende, dagegen im schulpflichtigen Alter verhältnismäßig gering. Nach einer von unserem Gesundheitsamte besorgten Zusammenstellung, welche sich auf das Kinderspital und die Poliklinik in Basel, das Hospice des enfants malades in Genf und das Jenner-Spital in Bern bezieht, waren unter 19,665 überhaupt behandelten kranken Kindern 3438 oder 17 % im ersten Lebensjahre. Speciell die genannte Poliklinik weist 20 % auf. — Bezüglich der Ausgaben für die Krankenpflegeversicherung sei hier auch noch das Rechnungsergebnis der allgemeinen „Krankenpflege“ in Basel erwähnt, weil diese größte Krankenversicherungsgesellschaft der Schweiz gegen regelmäßige Entrichtung von Prämien für die Krankenpflege ihrer Mitglieder ungefähr in dem Umfange wie die projektierte Halbversicherung aufkommt. Die Mitgliedschaft besteht aus Männern und Frauen, Kindern und Erwachsenen. Die Ausgaben für das Mitglied belaufen sich jährlich auf etwas über Fr. 10. — Es darf hier ferner betont werden, daß die Kosten der Krankenpflege in sehr hohem Maße von lokalen Umständen abhängen, und es ist ebenfalls nicht gleichgültig, welche Ausdehnung die Halbversicherung erlangt. Um das Krankheitsrisiko krankheitsgefährlicher oder -ungefährlicher Gruppen in der einzelnen Kasse berücksichtigen zu können, was unter Umständen als gerecht und der Entwicklung unserer Versicherungsinstitutionen förderlich erscheinen muß, lassen wir die Möglichkeit offen, mit Genehmigung des Versicherungsamts eine Abstufung der Prämien nach sachlichen Gesichtspunkten einzuführen. Über den Höchstbeitrag, welchen die Halbversicherten zu entrichten haben, vergleiche Art. 71 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung und Seite 64 der unter Ziffer 7 der amtlichen Drucksachen genannten Denkschrift. So viel mit Bezug auf die freiwillige Krankenversicherung.

Die Unfallversicherung der eidgenössischen Anstalt beschränkt sich vorläufig auf die obligatorisch Versicherten. Von einer Erhöhung der finanziellen Bedeutung durch die freiwillige Versicherungsnahme kann in der Unfallversicherung daher vorderhand nur insofern gesprochen werden, als durch Einführung einer obligatorischen Arbeiterversicherung der Gedanke für Versicherung überhaupt in weite Bevölkerungskreise getragen wird und dadurch möglicherweise einer vermehrten Versicherungsnahme bei Privatinstituten ruft. Wir sehen übrigens voraus, daß die Betriebsunternehmer, namentlich die Kleinmeister und überhaupt alle diejenigen,

welche demselben Unfallrisiko wie ihre Arbeiter ausgesetzt sind nach baldiger Einführung der freiwilligen Versicherung bei der eidgenössischen Anstalt verlangen werden.

Schließlich müssen wir hier noch speciell der Kategorie von Versicherungsnehmern gedenken, welche entsprechend dem freien Ermessen der Versicherungsgemeinde oder des Kantons dem Obligatorium der Versicherung unterstellt werden können (Art. 6 und Art. 7 des Gesetzesentwurfes betreffend die Krankenversicherung). Wir wollen gewärtigen, wie sich die Versicherungsgemeinden und die Kantone beeilen werden, das Obligatorium auszusprechen. Es handelt sich dabei im ganzen um etwa 100,000 Personen. Wahrscheinlich wird mit Beginn der Gesetzeswirksamkeit von dem den Gemeinden und Kantonen eingeräumten Rechte kaum schon ein ergiebiger Gebrauch gemacht werden. Unter jenen Personen werden sich überdies viele finden, welche für einen Teil des Jahres schon zu den nach den Gesetzesentwürfen obligatorisch Versicherten zählen, so daß der bezügliche Gemeinde- oder Kantonsbeschluß mehr die Wirkung hätte, in der Versicherung der fraglichen Leute im Laufe des Jahres nicht mehr die vielen Lücken eintreten zu lassen und daher die Versicherung zu einer ständigen zu gestalten.

e. Bundesleistungen.

Direkte Bundesbeiträge sind sowohl für die Kranken- als die Unfallversicherung vorgesehen.

Der Bund bezahlt für jedes obligatorisch versicherte Mitglied auf jeden Versicherungstag einen Rappen an die Krankenkasse. Derselbe Zuschuß wird auch für jede andere, bei einer Krankenkasse versicherte Person bezahlt, insofern diese schweizerischer Nationalität ist und insofern jene Kasse auf mindestens die nämliche Dauer mindestens ebensoviel leistet als eine Gemeindekrankenkasse nach Maßgabe des Gesetzes an ein halbversichertes freiwilliges Mitglied zu leisten hat, und insofern endlich die Kasse sich um die Bundesleistung bewirbt.

Unter Voraussetzung von 600,000 obligatorisch Versicherten hat der Bund für diese jährlich Fr. 2,190,000 bereit zu halten. Die Zahl der freiwillig Versicherten, für welche der Bundesrappen zu zahlen ist, dürfte sich von Jahr zu Jahr steigern. Nimmt die Zahl der Versicherten um 273,973 zu, so wächst die jährliche Subvention des Bundes um 1 Million Franken. Die Krankenversicherung muß immerhin schon bedeutenden Anklang gefunden haben, wenn die Zahl der obligatorisch und freiwillig Versicherten, für welche

die Bundesleistung zu entrichten ist, auf eine Million gestiegen ist. In diesem Falle hat der Bund in einem gewöhnlichen Jahre von 365 Tagen Fr. 3,650,000 bereit zu halten.

An die Unfallversicherung entrichtet der Bund jährlich einen Viertel der Nettoprämie. Für die oben für die obligatorisch Versicherten in Aussicht genommene mutmaßliche Lohnsumme beträgt die ganze Nettoprämie Fr. 8,730,000, also der vierte Teil rund Fr. 2,183,000.

Diese letztere Bundesleistung entspricht nahezu dem Betrage der Bundesrappen für die obligatorisch gegen Krankheit Versicherten.

Ferner hat der Bund die auf eine Million geschätzten Kosten für die Verwaltung der Unfallversicherung und für die Förderung des Samariterwesens, sowie für Sammlungen und Untersuchungen auf dem Gebiete des Unfallverhütungswesens zu tragen.

Die noch übrigen wiederkehrenden Bundesleistungen für die Kranken- und Unfallversicherung fassen wir zusammen unter der Rubrik „übrige Ausgaben". Dahin gehört die Kostenvermehrung, welche unserer Postverwaltung erwachsen wird, gehören die Kosten, welche durch die Aufsicht, Förderung und Beratung der Hülfskassen, durch die Judikatur in Sachen der öffentlichen Krankenkassen und durch die unentgeltliche Abgabe von Formularien, wie sie im Krankenversicherungsentwurfe vorgesehen ist, hervorgerufen werden. Wir haben hier demnach auch die auf Seite 448 dieser Botschaft für die Krankenversicherung genannten Fr. 250,000 einzubeziehen. Die nötigen Kredite werden Sie übrigens jeweilen festzusetzen haben. Wir stellen, ohne der Zukunft und Ihren Beschlüssen damit vorgreifen zu wollen, für die übrigen Ausgaben eine Summe von Fr. 500,000 jährlich in Rechnung.

Fassen wir zusammen, so kommen die mutmaßlichen Bundesleistungen auf folgende Höhe:

Betrag der Bundesrappen für 1 Million für Krankenpflege Versicherte	Fr.	3,650,000
Nettoprämie für die Unfallversicherung	„	2,183,000
Verwaltung der Unfallversicherung, Förderung des Samariterwesens, Sammlungen und Untersuchungen auf dem Gebiete des Unfallverhütungswesens	„	1,000,000
Übrige Ausgaben, wie oben angegeben	„	500,000
Zusammen	Fr.	7,333,000

Wir sind der Ansicht, daß diese Summe in den ersten Jahren des Bestehens der Kranken- und Unfallversicherung nicht erreicht, wohl aber in der Folge zur Durchführung des Werkes notwendig oder sogar, mit zunehmender Ausdehnung der einzurichtenden Versicherung, zu klein werden wird.

Was schließlich die Gründungskosten anbelangt, ist deren Betrag zu einem wesentlichen Teile von der Fassung abhängig, welche Sie dem Artikel über die Ablösung bestehender Unfallversicherungsverträge geben werden. Immerhin sind für die gesamten Gründungskosten, auch die Kosten der ersten Einrichtung inbegriffen, etwa Fr. 720,000 in Aussicht zu nehmen (vgl. Seiten 223 bis 227 der unter Ziffer 8 der amtlichen Drucksachen genannten versicherungstechnischen Untersuchungen). Wir legen Gewicht darauf, daß die „wohlerworbenen Rechte" der privaten Unfallversicherungsgesellschaften zwar gewahrt werden, daß jedoch dem Lande durch Ablösung der ältern Versicherungsverträge keine ungerechtfertigten Ausgaben erwachsen.

f. Verteilung der Belastung nach Abzug der Bundesleistungen.

Wir schreiben vor, daß die Prämien für die Vollversicherten nach der Höhe des nach Klassen festzusetzenden täglichen Verdienstes abzustufen seien. Es fragt sich, wie hoch die Beträge sich belaufen, welche Arbeitgeber und Arbeiter in den einzelnen Lohnklassen, nach Abzug der Bundesleistungen, noch zu entrichten haben. Diese Beträge lassen sich ohne weiteres angeben, sobald der Lohnprozentsatz, welcher im einzelnen Falle für die Prämie zur Anrechnung kommt, bekannt ist. Wir haben in der Krankenversicherung die Festsetzung dieses Prozentsatzes innerhalb gewisser Schranken dem Ermessen der einzelnen Kassen anheimgestellt und analog auch in der Unfallversicherung dem Urteil der Versicherungsanstalt überlassen. Wir sind deshalb gezwungen, irgend einen Prozentsatz zu wählen und unter Zugrundelegung desselben die Prämienbeträge anzugeben. Als solcher Prozentsatz soll in der Krankenversicherung der vorn genannte Durchschnittssatz von $3^1/_2$ Lohnprozenten und in der Unfallversicherung ebenfalls der vorn aufgeführte von 2 Lohnprozenten gelten. Die nachstehenden beiden Tafeln sind demnach für eine gewöhnliche Krankheitsgefahr und für eine mittlere Unfallgefahr berechnet. Sie sind eine Reproduktion von Tabelle VII *f*, Seite 189, der unter Ziffer 8 der amtlichen Drucksachen genannten versicherungstechnischen Untersuchungen und von Tafel 10, Seite 75, der unter Ziffer 7 der amtlichen Drucksachen genannten Denkschrift.

Vom

Arbeitgeber

zu tragende mittlere Monatsprämie für die Kranken- und Unfallversicherung.

Gewöhnliche Krankheitsgefahr. Mittlere Unfallgefahr.

Lohnklasse.	Anrechenbarer Taglohn.	Vom Arbeitgeber zu tragende mittlere Monatsprämie für die		Total.
		Krankenversicherung. (Nach Abzug des Bundesbeitrags und der vom Arbeiter zu übernehmenden Prämienhälfte.)	Unfallversicherung. (Nach Abzug des Bundesbeitrags an die Unfallversicherung.)	
1	2	3	4	5
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
1	1. 20	0. 38	0. 45	0. 83
2	1. 50	0. 51	0. 57	1. 08
3	1. 80	0. 64	0. 68	1. 32
4	2. 40	0. 90	0. 90	1. 80
5	3. —	1. 17	1. 13	2. 30
6	3. 60	1. 43	1. 35	2. 78
7	4. 50	1. 82	1. 69	3. 51
8	6. —	2. 48	2. 25	4. 73
9	7. 50	3. 13	2. 82	5. 95

Vom

Arbeiter

zu tragende mittlere Monatsprämie für die Kranken- und Unfallversicherung. Bei der Lohnzahlung abziehbarer Höchstbetrag.

Gewöhnliche Krankheitsgefahr.

Lohnklasse.	Anrechenbarer Taglohn.	Vom Arbeiter zu tragende mittlere Monatsprämie für die		Total.
		Krankenversicherung. (Nach Abzug des Bundesbeitrags und der vom Arbeitgeber zu übernehmenden Prämienhälfte.)	Unfallversicherung.	
1	2	3	4	5
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
1	1.20	0.38	—	0.38
2	1.50	0.51	—	0.51
3	1.80	0.64	—	0.64
4	2.40	0.90	—	0.90
5	3.—	1.17	—	1.17
6	3.60	1.43	—	1.43
7	4.50	1.82	—	1.82
8	6.—	2.48	—	2.48
9	7.50	3.13	—	3.13

In Spalte 3 der beiden Tabellen werden die Beträge angegeben, welche für die Krankenversicherung in den einzelnen Lohnklassen (Art. 79 des Krankenversicherungsentwurfs) zu entrichten sind. In Spalte 4 sind die entsprechenden Beträge für die Unfallversicherung aufgeführt.

Nach unseren Vorschlägen geht der Arbeiter bei den Unfallversicherungsprämien frei aus, hat sich also nichts vom Lohne abrechnen zu lassen. Dagegen ist am Platze, hier daran zu erinnern, daß der Arbeiter, indem er für einen Teil der Krankenversicherungsprämie aufkommt, damit auch für die Unfälle, soweit sie für die sechswöchentliche Karenzzeit der Krankenversicherung zufallen, beitragen muß. Dieser Beitrag ist nicht unbedeutend. Von der gesamten Unfallbelastung, welche sich nach Einbezug der ganzen Kurzeit in die Unfallversicherung ergiebt, macht die nach den Vorschriften des Unfallversicherungsentwurfs ermittelte Unfallbelastung, also ohne Anrechnung der Beträge für die sechswöchentliche Karenzzeit, begreiflicherweise nur eine Quote aus. Diese beläuft sich (vergl. Seite 279 dieser Botschaft) auf Grund der Ergebnisse der dreijährigen Unfallzählung, soweit letztere speciell die unselbständig Erwerbenden betrifft, auf 87 %. Für die verbleibenden 13 %, welche der Krankenversicherung zufallen, hat der Arbeiter nach Maßgabe seines Krankenversicherungsbeitrages aufzukommen, also im ganzen und ohne Berücksichtigung des Bundeszuschusses an die Krankenversicherung, bis zu einem die Hälfte, oder 6½ %, erreichenden Betrage.

Das Verhältnis zwischen den Beträgen, welche der Arbeitgeber und der Arbeiter aufzubringen haben, ändert sich, wie man aus der Vergleichung der beiden Tabellen (Spalte 5) bemerkt, von Klasse zu Klasse etwas, und zwar in einer für die Versicherten der untern Klassen günstigen Weise. In der untersten Klasse hat der Arbeiter mit Fr. —. 38 nicht ganz die Hälfte des dem Arbeitgeber zufallenden monatlichen Betrags von Fr. —. 83 zu übernehmen, während in der obersten Klasse der Arbeiter mit Fr. 3. 13 höher als auf die Hälfte der vom Arbeitgeber zu tragenden Fr. 5. 95 kommt. Das günstige Verhältnis für die untern Lohnklassen rührt daher, daß in der Krankenversicherung der Bundesbeitrag für alle Versicherten derselbe ist, nämlich Fr. 3. 65 für die Person und das gewöhnliche Jahr. Dieser Zuschuß macht aber für den Angehörigen einer untern Lohnklasse einen größern Prozentsatz seines Krankenversicherungsbeitrags aus, als für einen Versicherten der obern Lohnklassen. Im allgemeinen kann man sagen, daß nach Abzug der Bundesleistungen die Beträge, welche

1. der Arbeitgeber für die Krankenversicherung zu tragen hat,
2. der Arbeitgeber für die Unfallversicherung bezahlen muß, und
3. der Arbeiter für die Krankenversicherung leistet,

je nahezu gleich sind. Hieraus folgt, daß die Arbeiter noch etwa 50 % der Summen zu tragen haben, welche den Arbeitgebern zugemutet werden, daß also, nach Abzug der Bundesleistungen, jene für ungefähr einen Drittel, diese für etwa zwei Drittel aufzukommen haben. — In Lohnklasse 4 sehen wir z. B., daß die oben aufgeführten drei Beträge je 90 Rp. im Monate ausmachen. — Fügen wir noch, zur Benutzung der beiden Tabellen, ein weiteres Beispiel an. Ein Arbeiter gelange in der fünften Lohnklasse zur Versicherung. Sein Taglohn liegt also zwischen Fr. 2. 41 und Fr. 3. Der für die Prämienzahlung anrechenbare Taglohn (Spalte 2) ist Fr. 3. Im Krankheitsfalle hat der Versicherte für die nämliche Krankheit auf höchstens ein Jahr, neben der ärztlichen Behandlung, den Medikamenten etc., ein tägliches Krankengeld von zwei Franken zu gewärtigen. Bei einer durch Unfall herbeigeführten vollständigen Invalidität wird eine jährliche Rente von Fr. 600 ausgerichtet. Erfolgt innerhalb oder außerhalb der Berufsthätigkeit ein den Tod herbeiführender Unfall, so erhält die Witwe jährlich Franken 270, ebenso erhalten die minderjährigen Kinder und Geschwister, sowie die Eltern Renten bis zu einem Jahresbetrage, der mit der Witwenrente zusammen im Maximum Fr. 450 ausmacht (vergleiche Abschnitt G des Unfallversicherungsentwurfs). Der genannte Arbeiter hat sich für die Kranken- und Unfallversicherung, nach Spalte 5 der zweiten Tafel, eine Prämie von monatlich Fr. 1. 17, also von jährlich Fr. 14. 04 anrechnen zu lassen. Bei mittlerer Unfall- und nicht besonders erhöhter Krankheitsgefahr des Betriebs hat zudem der Arbeitgeber monatlich, nach Spalte 5 der ersten Tafel, für eine Prämie von Fr. 2. 30 aufzukommen, was jährlich Fr. 27. 60 ausmacht.

Hat man es nicht mehr, wie vorstehend, mit gewöhnlichen Krankheits- und mittlern Unfallgefahren zu thun, so ändern sich die Beträge. Davon wird jedoch der Arbeiter weniger stark als der Arbeitgeber betroffen. In der Krankenversicherung hat der Arbeitgeber für die Erhöhung, welche die besondere Krankheitsgefahr seines Betriebs bietet, ganz aufzukommen (Art. 76 des Krankenversicherungsentwurfs). Diese Bestimmung bedeutet nicht nur in erster Linie eine Entlastung der Arbeiter, sondern bewirkt auch, daß die Versicherungsgemeinde seltener in die Lage versetzt wird, die für den Notfall vorgesehenen eventuellen Zuschüsse an die Krankenkasse leisten zu müssen. Ebenso trifft, in der Unfallversicherung, die Einschätzung nach der Unfallgefahr den Arbeiter nicht, weil der Arbeitgeber nach Abzug der Bundesleistungen die ganze Restprämie zu entrichten hat. Die Abstufung der Prämiensätze nach der Unfallgefahr hat zur Folge, daß dieselben sehr verschieden ausfallen werden und von dem mittlern Satze von 1,5 Lohnprozenten, welchen die Gesamtheit der Arbeitgeber nach Abzug der Bundesleistungen noch zu entrichten hat, stark abweichen. Auf die verschieden hohen Prämiensätze, welche

durch die von Betriebsart zu Betriebsart, ja von Betrieb zu Betrieb wechselnde Unfallgefahr bedingt sind, treten wir hier im einzelnen nicht ein. Dagegen wird interessieren, welches Resultat in dieser Hinsicht sich für die verschiedenen in unserem Lande vertretenen Erwerbsgruppen durch die von Ihnen durch Bundesbeschluß vom 23. Dezember 1887 angeordnete allgemeine Unfallstatistik ergeben hat.

In der Verordnung über die Unfallstatistik (vom 17. Jänner 1888) bestimmten wir, gemäß Ihrem Beschlusse, daß sich die Aufnahme auf alle Unfälle beziehen solle, welche Personen im Alter von über 14 Jahren betreffen und den Tod derselben oder eine Erwerbsunfähigkeit von mehr als 6 Tagen herbeiführen. Die Erhebung erstreckte sich vom 1. April 1888 bis zum 31. März 1891.

Im ganzen wurden in den drei Jahren 81,572 Unfälle gezählt. Davon waren 3572 Todesfälle. Unter den Hinterlassenen der Getöteten wurden 1582 Ehegatten, 2366 Kinder unter 16 Jahren und 260 bedürftige Eltern und andere nahe, oben nicht gezählte Verwandte gemeldet. Jeder Unfall wurde nach Maßgabe der Leistungen, welche in unsern Gesetzesvorschlägen vorgesehen sind, von unsern Versicherungstechnikern gewertet. Dabei wurde also in den Fällen, welche zur Invalidität führten, sowohl der Grad der Invalidität als auch das Alter des Betroffenen berücksichtigt. Ebenso mußte zur Ermittlung der Rentenbarwerte, welche für die Hinterlassenen Getöteter einzustellen waren, die Zahl und das Alter der Hinterlassenen jeweilen besonders angesetzt werden. Auf Grund dieser Wertung der einzelnen Unfälle hat sich die Reihenfolge der Erwerbsgruppen bezüglich der Unfallgefahr ergeben. Selbstverständlich war zur Aufstellung der Reihenfolge die Zahl der in den Erwerbsgruppen Beschäftigten notwendig. Für diese Zahl hatte man sich lediglich an die im Laufe der Unfallzählung vorgenommene Volkszählung vom Jahre 1888 halten können.

Weitaus die meisten der gemeldeten Unfälle, nämlich 57,203, also 70 % der Gesamtzahl, fallen auf die im Lohn und Dienst anderer Arbeitenden, die sogenannten unselbständig Erwerbenden. Die Zahl dieser betrug (vgl. Seite 444 dieser Botschaft) nach der letzten Volkszählung 739,056 oder nicht viel über ein Drittel der Zahl aller Erwachsenen, welche sich auf 2,036,394 beziffert.

Auf die neben den Lohnarbeitern verbleibenden 1,297,338 Erwachsenen, die also nahezu zwei Drittel der Gesamtzahl ausmachen, fallen nur 30 % aller angemeldeten Unfälle, nämlich 24,369. Von diesen sind 9706 oder nahezu 40 % Nichtberufsunfälle. Im allgemeinen wurden von den 81,572 gemeldeten Unfällen 64,361, oder 79 %, als Berufsunfälle und 17,211, oder 21 %, als Nichtberufsunfälle verzeichnet.

Rangordnung.	Erwerbsgruppe. *Art der Beschäftigung.*	Die grundlegenden Beobachtungen nach deren Umfange. Zahl der unselbständig Erwerbenden.	Zahl der während drei Jahren gemeldeten Unfälle unselbständig Erwerbender.	Verhältniszahlen für die nach Zahl und Schwere der Unfälle unselbständig Erwerbender sich ergebende Belastung pro unselbständig erwerbende Person. (Wöchentlich [s. S. 461] *auf Rechnung des* Arbeitgebers *fallende* Prämie, *in* Rp.) Überhaupt.	Davon fallen auf Nichtbetriebsunfälle
1	2	3	4	5	6
1	Arbeiten mit Sprengstoffen, Tunnel-, Wasser-, Brückenbauten, sonstige Erstellung von Verkehrswegen	11,917	5,023	99	9
2	Sägerei und Zimmerei	12,918	3,571	99	11
3	Hammerwerke, Gießereien, Großmechanik	13,588	6,520	92	6
4	Papier- und Holzstofffabrikation, nicht speciell angeführte chemische Gewerbe	4,026	1,104	89	10
5	Müllerei	2,945	548	86	10
6	Bierbrauerei, Branntweinbrennerei	2,478	788	76	6
7	Kalk- und Ziegelbrennerei, Asphalt- und Cementbearbeitung	4,397	1,221	76	9
8	Betrieb und Unterhalt von Eisenbahnen	18,243	4,705	68	5
9	Maurerei, Gipserei, Bauhandlangerei	22,041	7,504	65	7
10	Bauschlosserei, nicht speciell angeführte Metallverarbeitung .	5,407	1,148	60	10
11	Herstellung von Leuchtgas, Farb- und Glanzmitteln	3,823	727	58	8
12	Bewirtschaftung und Ausbeutung des Waldes	6,096	711	57	9
13	Verschiedene Spedition, Packträgerei, Fremdenführung .	5,818	990	55	7
14	Schreinerei, Drechslerei, Glaserei	10,199	1,233	47	5
15	Metzgerei und Wursterei . . .	3,611	462	37	10
16	Spenglerei, Schmiederei und Wagnerei	7,866	835	37	10

Rangordnung.	Erwerbsgruppe. *Art der Beschäftigung.*	Die grundlegenden Beobachtungen nach deren Umfange. Zahl der unselbständig Erwerbenden.	Zahl der während drei Jahren gemeldeten Unfälle unselbständig Erwerbender.	Verhältniszahlen für die nach Zahl und Schwere der Unfälle unselbständig Erwerbender sich ergebende Belastung pro unselbständig erwerbende Person. (Wöchentlich [s. S. 461] *auf Rechnung des* Arbeitgebers *fallende* Prämie, *in* Rp.) Überhaupt.	Davon fallen auf Nichtbetriebsunfälle
1	2	3	4	5	6
17	Verarbeitung von Wolle . . .	3,333	359	36	2
18	Landwirtschaft, Ausbeutung der toten Erdrinde	136,429	8,032	28	6
19	Färberei, Druckerei, Bleicherei, Appretur	10,531	974	27	4
20	Hafnerei und Töpferei . . .	1,759	182	25	2
—	**Alle Erwerbsgruppen** (Nr. 1 bis Nr. 37)	739,056	57,203	24,0	4,4
21	Bäckerei, Chokolade- und Teigwarenfabrikation	6,734	405	24	7
22	Herstellung hölzerner Gefäße und Flechtwaren	2,614	189	24	7
23	Verarbeitung von Baumwolle .	35,248	1,731	23	3
24	Baukunst, Flach- und Dekorationsmalerei	3,315	162	21	7
25	Post- und Telegraphenbetrieb .	7,691	500	21	7
26	Kleinmechanik	2,873	383	21	3
27	Gastwirtschaft	12,256	479	19	5
28	Polygraphische Gewerbe . . .	9,286	520	19	7
29	Handel, Bank-, Vermittlungs- und Versicherungswesen . .	22.520	933	12	4
30	Verarbeitung von Leinen . .	3.911	95	11	3
31	Bearbeitung des Tabaks . . .	5,997	171	8	3
32	Uhrmacherei, Bijouterie . . .	41,161	1,168	7	5
33	Verarbeitung von Seide . . .	57,721	929	6	2
34	Persönliche Dienstleistungen, Dienstarbeit im Haushalte .	95,173	1,272	6	2
35	Öffentliche Verwaltung, Gesundheits-, Kirchen- und Unterrichtswesen u. s. w.	40,519	555	5	2
36	Herstellung von Kleidung und Putz	61,180	800	4	2
37	Stickerei	43,432	274	2	1

Die vorstehenden 37 Erwerbsgruppen repräsentieren sämtliche Beschäftigungsarten, in welchen Lohnarbeiter thätig sind. Wir hielten darauf, die Resultate betreffend die Unfallgefahr mit Bezug auf die unselbständig Erwerbenden zur Darstellung zu bringen, weil wir nur dieselben obligatorisch in die Versicherung einbeziehen und weil dieselben, wenn man alle Erwerbsgruppen zusammennimmt, wie oben ersichtlich, auch eine etwa viermal größere Unfallfrequenz aufweisen, als die übrigen Erwachsenen.

In Spalte 2 sind jeweilen die hervorragendsten Beschäftigungsarten genannt. Bei keiner Erwerbsgruppe sind weniger als 5000 beobachtete Lebensjahre vertreten. Diese große Zahl war schon nötig, um nicht lediglich durch die Methode der Darstellung jeden Schluß mehr oder weniger illusorisch zu machen. Wir betonen ferner, daß gleichwohl noch manche Fehlerquellen bestehen, die sich auch durch Zusammenfassung vieler Beobachtungen nicht eliminieren lassen, und die daher bei einer Gefahrenklasseneinteilung ganz besonders zu berücksichtigen sind. In den einzelnen Erwerbsgruppen trifft man zudem auch weniggefährliche Beschäftigungsarten vertreten, welche von den gefährlichen derselben Erwerbsgruppe sehr weit abstehen. Alles das hindert jedoch nicht, durch die Tabelle ein Bild des Bedürfnisses für die Unfallversicherung zu bieten und zu zeigen, wie dieses Bedürfnis nach der Erwerbsgruppe sich auf Grund der Unfallzählung abstuft.

Die in Spalten 5 und 6 gegebenen Belastungsziffern sind Verhältniszahlen. Der Durchschnitt der Belastung, welche in den zehn gefährlichsten Erwerbsgruppen auf eine beobachtete Person fällt, wurde mit 80 bezeichnet. Dies hatte zur Folge, daß alle vorkommenden Verhältniszahlen der Gruppen unter 100 liegen. Bei Anrechnung eines mittleren Taglohnes von Fr. 2. 50 geben die Verhältniszahlen der Spalten 5 und 6 ungefähr die Zahl der Rappen an, welche vom Arbeitgeber einer in Spalte 2 genannten Erwerbsgruppe für den Arbeiter und für die Woche als Unfallversicherungsprämie zu entrichten sind.

Wie verschieden die Erwerbsgruppen dastehen, ersieht man daraus, daß die Belastungsziffern der Spalte 5 bis auf 2 herabgehen. In den gefährlichen Gruppen sind hauptsächlich Männer beschäftigt, während die Großzahl der Frauen in den ungefährlichen Gruppen vertreten ist.

Spalte 6 enthält speciell die Belastungsziffern, welche sich bei der Wertung der Nichtbetriebsunfälle ergeben haben. Der Unterschied der Zahlen in den Spalten 5 und 6 kommt also für jede Erwerbsgruppe lediglich auf Rechnung der Betriebsunfälle zu stehen. Wie man sieht, erhöht sich die Unfallbelastung durch Einbeziehung

der Nichtbetriebsunfälle bedeutend. Die Erhöhung beträgt insgesamt, für die unselbständig Erwerbenden aller Erwerbsgruppen, zweiundzwanzig Prozente der aus den Betriebsunfällen resultierenden Belastung. Zu bemerken ist, daß viele Nichtbetriebsunfälle an der Grenze zwischen Betriebs- und Nichtbetriebsunfällen liegen.

Fassen wir schließlich wieder beide Versicherungsarten, die Kranken- und die Unfallversicherung, ins Auge und notieren resümierend die Lastenverteilung im allgemeinen, soweit die obligatorische Versicherung in Betracht fällt, so ergiebt sich bei dem für diese zu Grunde gelegten anrechenbaren Jahreslohne von 436½ Millionen Franken die folgende Aufstellung:

Die Arbeitgeber haben für die Krankenversicherung Fr. 6,545,000 und für die Unfallversicherung Fr. 6,547,000, zusammen Fr. 13,092,000 zu tragen.

Die Arbeiter ihrerseits haben für Fr. 6,545,000 aufzukommen. Der Arbeitgeber kann zwar den Abzug der Prämie am Lohne des Arbeiters auch unterlassen und darf in keinem Falle mehr als die Hälfte der Krankenversicherungsprämie abziehen. Der angeführte Betrag von Fr. 6,545,000 ist also ein Höchstbetrag.

Von den Bundesleistungen, welche Seite 452 dieser Botschaft auf Fr. 7,333,000 per Jahr beziffert sind, fällt auf die obligatorische Versicherung nur ein Teil, allerdings der Hauptteil. Wir rechnen dazu die Bundesrappen für 600,000 Versicherte im Betrage von Fr. 2,190,000 in einem gewöhnlichen Jahre von 365 Tagen, den Bundesbeitrag an die Nettoprämie für die Unfallversicherung, Fr. 2,183,000, und die auf Seite 448 dieser Botschaft genannten, hauptsächlich ins Gebiet der Verwaltung fallenden Kosten von 1¼ Millionen Franken, zusammen Fr. 5,623,000.

Die Verteilung der Mittel, welche für die obligatorisch Versicherten aufzubringen sind, ist also folgende:

Arbeitgeber . . .	Fr. 13,092,000	52 %
Arbeiter	„ 6,545,000	26 „
Bund	„ 5,623,000	22 „
Zusammen	Fr. 25,260,000	100 %.

Die Summe macht Fr. 25,260,000 aus, wie auf Seite 448 dieser Botschaft.

Aus der Aufstellung über die Ausgaben für die obligatorisch Versicherten (Seite 448) geht hervor, daß Fr. 15,530,000 (61 %) auf die Krankenversicherung und Fr. 9,730,000 (39 %) auf die Unfallversicherung fallen.

Auf Fr. 100 der Ausgaben trifft es daher im allgemeinen Fr. 61 für die Krankenversicherung und Fr. 39 für die Unfallversicherung.

Von Fr. 100 der Einnahmen dagegen rühren, wie oben ersichtlich, durchschnittlich Fr. 52 vom Arbeitgeber, Fr. 26 vom Arbeiter und Fr. 22 vom Bunde her.

Da für einen Versicherungspflichtigen durchschnittlich im Monat rund Fr. 3½ zu leisten sind, so participiert also an der Aufbringung derselben der Arbeitgeber im allgemeinen mit Fr. 1. 82 (52 %), der Arbeiter mit Fr. —. 91 (26 %) und der Bund mit Fr. —. 77 (22 %). Die Monatssumme von Fr. 3½ macht, da der zu Grunde gelegte anrechenbare Taglohn Fr. 2½ beträgt, nahezu anderthalb Taglöhne aus. Man kann allgemein sagen, daß im Durchschnitt Arbeitgeber, Arbeiter und Bund im Monat für die obligatorische Versicherung des Arbeiters gemeinsam einen Betrag zusammenzulegen haben, der nahezu anderthalb Taglöhnen des Versicherten gleichkommt.

Des weitern verweisen wir auf die unter den Ziffern 7, 8, 9, 13, 18 und 19 der amtlichen Drucksachen (Seiten 204 und 205 dieser Botschaft) genannten Publikationen.

Wir sind am Ende unseres erläuternden Berichtes angelangt. Ob der Gesamtgegenstand in zwei Gesetze geteilt bleiben oder aber alles, vielleicht noch unter Beifügung eines dritten Teils betreffend die Militärversicherung, in Ein Gesetz vereinigt werden soll, hängt vom Gang und Verlauf der Beratung unserer heutigen zwei Vorlagen im Schoße der eidgenössischen Räte ab, und wir behalten uns hierüber weiteren Bericht und weitere Anträge vor.

Die Frage der Beschaffung neuer Geldmittel zur Bestreitung der vorgesehenen neuen Bundesleistungen wird, wie wir auf Seite 213 dieser Botschaft erwähnt haben, den Gegenstand einer besonderen Vorlage bilden.

Mit diesen Schlußbemerkungen legen wir die beiden Gesetzesentwürfe betreffend die Kranken- und die Unfallversicherung in die Hand der eidgenössischen Räte.

Wir sprechen den Wunsch aus, daß das geplante Werk zu stande kommen möge. Wir besitzen die Überzeugung, daß dasselbe dem Schweizervolke auf alle Zeiten zum Segen und der gegenwärtigen Periode des neuen Bundes zur Ehre gereichen wird.

Genehmigen Sie, Herren National- und Ständeräte, die Versicherung ausgezeichneter Hochachtung.

Bern, den 21. Januar 1896.

Im Namen des schweiz. Bundesrates,
Der Bundespräsident:
A. Lachenal.
Der Kanzler der Eidgenossenschaft:
Ringier.

(Entwurf.)

Bundesgesetz

betreffend

die Krankenversicherung.

Die Bundesversammlung
der schweizerischen Eidgenossenschaft,
in Ausführung des Artikels 34bis der Bundesverfassung,
beschließt:

A. Umfang der Versicherung.

Art. 1.

Alle unselbständig erwerbenden Personen männlichen oder weiblichen Geschlechts, welche auf schweizerischem Gebiet in inländischen (Transport-, industriellen, gewerblichen, kaufmännischen, land- und forstwirtschaftlichen) Betrieben arbeiten, sowie alle Dienstboten inländischer Dienstherrschaften sind vom zurückgelegten vierzehnten Altersjahr an nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheiten zwangsweise versichert, sofern nicht die Beschäftigung durch die Natur ihres Gegenstandes oder im voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist.

Ein ausländischer Betrieb, welcher in der Schweiz eine Zweigniederlassung besitzt oder größere Unternehmungen ausführt, wird mit Bezug auf die in einer solchen Filiale oder bei solchen Unternehmungen beschäftigten Arbeiter den inländischen Betrieben gleichgehalten.

Die gemäß Absatz 1 und 2 versicherten Personen verbleiben, wenn sie im Auftrag des inländischen Arbeitgebers vorübergehend im Ausland arbeiten, im Versicherungsverband.

Art. 2.

In den vorstehend bezeichneten Betrieben sind diejenigen, welche der Eidgenossenschaft, Kantonen, Gemeinden und andern öffentlichen Verbänden angehören, mitinbegriffen. Die Beamten und ebenso diejenigen in solchen Betrieben angestellten Personen, welche einen Jahresgehalt von mehr als fünftausend Franken beziehen oder deren Anstellung einen vorwiegend öffentlichrechtlichen Charakter besitzt, unterliegen jedoch der Versicherungspflicht nicht.

Art. 3.

Die Direktoren und die höheren Angestellten von Privatbetrieben sind vom Versicherungszwang ausgenommen, insofern der Jahresgehalt den Betrag von fünftausend Franken übersteigt.

Art. 4.

Dagegen gehören diejenigen Lehrlinge, Volontärs und Praktikanten, welche das vierzehnte Altersjahr zurückgelegt haben, zu den versicherungspflichtigen Personen, auch wenn sie keinen Gehalt oder Lohn beziehen.

Art. 5.

Jeder Arbeitgeber, welcher durchschnittlich im ganzen mehr als fünf Personen beschäftigt, ist, auch wenn er nicht unter dem Bundesgesetz betreffend die Arbeit in den Fabriken, vom 23. März 1877, steht, verpflichtet, ein geordnetes Arbeiterverzeichnis zu führen.

Der Bundesrat wird auf dem Verordnungswege über die Form dieser Verzeichnisse das Nähere festsetzen, sowie diejenigen Kategorien von Personen bezeichnen, welche berechtigt sind, von denselben Einsicht zu nehmen.

Art. 6.

Jede Versicherungsgemeinde (Art. 12) kann jederzeit durch Mehrheitsbeschluß den Versicherungszwang ausdehnen auf

a. diejenigen in der Gemeinde wohnhaften Tagelöhner und Tagelöhnerinnen und andern abwechselnd im Lohne Dritter arbeitenden Personen, sowie auf

b. diejenigen selbständig erwerbenden Angehörigen der in der Gemeinde befindlichen Hausindustriebetriebe,

welche das vierzehnte Altersjahr zurückgelegt haben.

Sie kann auch nur eine dieser zwei Klassen und nur einzelne Unterabteilungen dieser Klassen als versicherungspflichtig erklären und das Anfangsalter für diese Klassen oder diese Unterabteilungen, oder eine einzelne der beiden Klassen oder der Unterabteilungen höher als auf das zurückgelegte vierzehnte Altersjahr ansetzen.

Ein solcher Gemeindebeschluß (Absatz 1 und 2 oben) kann erst nach Ablauf von drei Jahren seit dem Geltungsbeginn und nur auf Jahresanfang wieder aufgehoben oder in einschränkendem Sinne abgeändert werden, und es bleiben in einem solchen Fall die Ansprüche von Personen, welche bereits erkrankt waren, als der neue Beschluß in Kraft trat, oder innert der ersten vier Wochen des neuen Jahres erkranken (Art. 29), mit Bezug auf diese Krankheit fortbestehen.

Umgekehrt ist jede Versicherungsgemeinde, welche die Zwangsversicherung nur für einen Teil der in diesem Artikel bezeichneten Personen eingeführt hatte, jederzeit befugt, durch Mehrheitsbeschluß den Versicherungszwang auf weitere in diesem Artikel bezeichnete Klassen auszudehnen.

Art. 7.

Das nämliche Recht, welches Art. 6 den Versicherungsgemeinden einräumt, steht im nämlichen Umfang auch jedem Kanton mit Bezug auf die zu ihm gehörenden Versicherungsgemeinden zu.

Umgekehrt darf jedoch ein Kanton, welcher von diesem Rechte nicht selbst Gebrauch macht, den Versicherungsgemeinden nicht verbieten, die diesen in Art. 6, Absatz 1, 2 und 4, gewährten Befugnisse auszuüben. Ebensowenig darf ein Kanton, welcher von seinem Rechte nur im Sinne des zweiten Absatzes von Art. 6 Gebrauch macht, den Versicherungsgemeinden verbieten, die Versicherungspflicht innert der Schranken des ersten Absatzes von Art. 6 auszudehnen.

Art. 8.

Streitigkeiten über die Versicherungspflicht bestimmter Klassen von Personen oder bestimmter Personen werden erstinstanzlich durch das eidgenössische Versicherungsamt, zweitinstanzlich durch den Bundesrat entschieden. (Art. 175, Absatz 3.)

Ein solcher rechtskräftiger Entscheid ist auch für den Richter maßgebend, so oft sein Urteil von der Frage der Versicherungspflicht abhängt.

Art. 9.

Die freiwillige Krankenversicherung wird durch dieses Gesetz insofern berührt, als dasselbe

a. die freiwillige Mitgliedschaft bei den öffentlichen Krankenkassen einführt (Art. 31 und 136) und

b. Bestimmungen über die freiwilligen Hülfskassen aufstellt (Art. 176 bis 184).

Sie unterliegt keinen andern als den in diesem Gesetze aufgestellten Beschränkungen.

B. Einteilung des Gebietes in Ansehung dieses Gesetzes.

Art. 10.

Das Gebiet der schweizerischen Eidgenossenschaft wird in Versicherungskreise eingeteilt. Die Versicherungskreise zerfallen in die Versicherungsgemeinden.

Art. 11.

Die Einteilung in Versicherungskreise und die hauptörtliche Benennung derselben wird auf Antrag des eidgenössischen Versicherungsamtes nach Anhörung der Kantonsregierungen durch den Bundesrat festgesetzt. Dabei ist auf die bestehende politische Einteilung Rücksicht zu nehmen.

Eine Änderung ist auf den Anfang jedes Jahres zulässig und steht dem Bundesrat auf den Bericht des eidgenössischen Versicherungsamtes zu, nachdem den beteiligten Kantonsregierungen wiederum Gelegenheit zur Vernehmlassung geboten worden sein wird.

Der Kreishauptort ist Sitz der Kreisbehörden.

Art. 12.

Jede politische Gemeinde mit mindestens zweitausend Einwohnern bildet eine Versicherungsgemeinde. Politische Gemeinden mit weniger Einwohnern werden in Ansehung dieses Gesetzes entweder einer solchen des nämlichen Versicherungskreises und des nämlichen Kantons mit ausreichender Einwohnerzahl zugeteilt oder mit einer oder mehrern anstoßenden kleinern politischen Gemeinden des nämlichen Versicherungskreises und des nämlichen Kantons zu Einer Gemeinde vereinigt, welche aus mindestens zweitausend Einwohnern bestehen und nach der, gemäß der je letzten Volkszählung, größten Ortschaft benannt werden soll.

Entlegene Gebietsteile mit weniger als zweitausend Einwohnern können ausnahmsweise eigene Versicherungsgemeinden bilden.

Ebenfalls können Nachbargemeinden des nämlichen Versicherungskreises und des nämlichen Kantons in eine Versicherungsgemeinde verschmolzen werden, auch wenn jede derselben zweitausend oder mehr Einwohner hält.

Eine Änderung der Einteilung ist auf den Anfang jedes Jahres zulässig.

Die erstmalige Einteilung und nachherige Änderungen, sowie die hauptörtliche Benennung werden durch den Bundesrat auf den Bericht des eidgenössischen Versicherungsamts vorgenommen.

Bei der erstmaligen Einteilung ist den beteiligten politischen Gemeinden und Kantonsregierungen, mit Bezug auf eine beabsichtigte Änderung überdies den Gemeindekrankenkassen Gelegenheit zur Vernehmlassung zu geben.

Art. 13.

Es ist Sache der Kantone, zu bestimmen, durch welche Organe der politischen Gemeinden die für die Versicherungsgemeinde verbindlichen Handlungen vorgenommen und Beschlüsse gefaßt werden und welche Formen und Fristen dabei zu beobachten sind, unter welchen Voraussetzungen und vor welchen kantonalen Oberbehörden solche Handlungen und Beschlüsse angefochten werden können, sowie auf welche Weise Gemeindeausgaben, die nach Maßgabe dieses Gesetzes entstehen, aufzubringen sind.

Die Bestimmungen des Art. 6 und des ersten Absatzes von Art. 7 werden vorbehalten.

Der Kanton haftet für die nach Maßgabe der Bestimmung dieses Gesetzes entstehenden Verbindlichkeiten der Versicherungsgemeinde.

Art. 14.

Mit Bezug auf sog. Enclaven ist die Zuteilung zu anderen Versicherungsgemeinden und -kreisen als denjenigen, zu welchen sie nach Maßgabe der politischen Einteilung des Landes gehören, zulässig. Der Bundesrat trifft auf den Bericht des eidgenössischen Versicherungsamts, nach Anhörung der beteiligten Gemeinden und Kantonsregierungen, die nötigen Anordnungen.

C. Organe der Zwangsversicherung und Einrichtung der öffentlichen Versicherungsanstalten.

Art. 15.

Das öffentliche Versicherungsgeschäft wird durch folgende besonderen Organe ausgeübt:

die öffentlichen Krankenkassen;
die Kreisbehörden;
das eidgenössische Versicherungsamt.

I. Die öffentlichen Krankenkassen.

Art. 16.

Die öffentlichen Krankenkassen zerfallen in:
Gemeindekrankenkassen (G.-K.-K.) und
Betriebskrankenkassen (B.-K.-K.).

1. Gemeinsame allgemeine Bestimmungen.

Art. 17.

Die öffentlichen Krankenkassen, sowie die Reservenverbände (Art. 150) besitzen Persönlichkeit, bedürfen jedoch der Eintragung in das Handelsregister nicht.

Das Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs, vom 11. April 1889, findet gegenüber den öffentlichen Krankenkassen und den Reservenverbänden (Art. 150) keine Anwendung.

Sind solche säumig in der Erfüllung von Schuldverpflichtungen, so trifft die Kreisverwaltung nach erhaltener Kenntnis unverzüglich die erforderlichen Anordnungen und wird nötigenfalls nach Maßgabe der Vorschriften von Art. 127 vorgegangen.

Art. 18.

Die öffentlichen Krankenkassen, sowie die Reservenverbände (Art. 150) sind steuerfrei, mit Ausnahme ihres

nicht unmittelbar dem Kassenbetrieb dienlichen Grundeigentums, auf welches die kantonalen Bestimmungen über die Versteuerung von Grundeigentum angewendet werden dürfen.

Die Urkunden, welche im unmittelbaren Kassenbetrieb von den öffentlichen Krankenkassen oder für dieselben ausgestellt werden, sind von Stempel- und andern öffentlichen Gebühren befreit.

Streitigkeiten über die Anwendung der Bestimmungen dieses Artikels werden durch das eidgenössische Versicherungsamt entschieden. Der Rekurs an den Bundesrat ist statthaft.

Art. 19.

Die Organe der öffentlichen Krankenkassen werden mit Bezug auf die Portofreiheit den Gemeindebehörden gleichgestellt (Art. 34—36 des Bundesgesetzes betreffend die Posttaxen, vom 26. Juni 1884).

Art. 20.

Das Betriebsjahr der öffentlichen Krankenkassen fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

Art. 21.

Jede öffentliche Krankenkasse führt ein geordnetes Verzeichnis über ihre Mitglieder, sowie über sämtliche Arbeitgeber ihrer Mitglieder.

Das eidgenössische Versicherungsamt wird über die Form dieser Verzeichnisse das Nähere festsetzen.

Dieselben stehen jedem Beteiligten, soweit er ein unmittelbares Interesse besitzt, zur Einsichtnahme offen.

Der Bundesrat wird auf dem Wege der Verordnung oder des Einzelbeschlusses diejenigen Beamten, sowie diejenigen Organe von Berufsverbänden (Art. 18, U.-V.) bezeichnen, welche ebenfalls zur Einsichtnahme befugt sind.

Mißbräuchliche Verwertung des Inhalts der Verzeichnisse begründet die Schadenersatzpflicht der fehlbaren Per-

sonen und zieht die versicherungspolizeiliche Ahndung gemäß Art. 186 und 187 gegenüber den diesen Strafbestimmungen unterstellten Personen nach sich. Fehlbare Beamte oder öffentliche Angestellte sind ihren Oberbehörden zu verzeigen.

Art. 22.

Die durch die Organe der öffentlichen Krankenkassen gefaßten Beschlüsse von allgemeiner Tragweite und die getroffenen Wahlen müssen rechtzeitig veröffentlicht werden. Ausgenommen sind Beschlüsse und Wahlen von bloß vorübergehender Bedeutung und die Wahlen von Krankenbesuchern.

Das eidgenössische Versicherungsamt erläßt hierüber allgemeine Vorschriften.

Innert der Grenzen dieser Vorschriften setzt jede Kasse für sich die Art und Weise der Veröffentlichung fest.

Die öffentlichen Krankenkassen sind verpflichtet, der Kreisverwaltung die von ihr einverlangten Nachweise und statistischen Angaben unentgeltlich und rechtzeitig einzureichen. Die nötigen Formularien werden von der Kreisverwaltung unentgeltlich abgegeben.

Art. 23.

Niemand kann gleichzeitig Mitglied von zwei oder mehr öffentlichen Krankenkassen sein.

2. Die Gemeindekrankenkassen.

a. Umfang des Gebietes.

Art. 24.

In jeder Versicherungsgemeinde besteht eine Gemeindekrankenkasse.

In großen Gemeinden können für einzelne Gemeindeteile mit mindestens zweitausend Einwohnern besondere G.-K.-K. errichtet werden, und zwar sowohl von Anfang an, als je auf Jahresbeginn.

Ebenso je auf Jahresbeginn ist die Verschmelzung verschiedener G.-K.-K. der nämlichen Versicherungsgemeinde oder eine Neuverteilung des Gemeindegebietes unter die verschiedenen G.-K.-K. der nämlichen Versicherungsgemeinde zulässig.

Anordnungen im Sinne von Absatz 2 und 3 dieses Artikels werden durch den Bundesrat auf den Bericht des eidgenössischen Versicherungsamtes getroffen, nachdem er den beteiligten Gemeindekrankenkassen, Versicherungsgemeinden und Kantonsregierungen Gelegenheit zur Vernehmlassung gegeben haben wird.

Nimmt ein Kanton hinsichtlich der politischen Gebietseinteilung eine Änderung vor, so entscheidet der Bundesrat über eine allfällig nötig werdende Änderung in der Umschreibung des Gebiets der beteiligten G.-K.-Kassen.

Art. 25.

Werden mehrere G.-K.-K. in eine vereinigt, so gehen die Rechte und Verpflichtungen, sowie das Vermögen derselben an die neue G.-K.-K. über und treten die bisherigen Statuten und Reglemente, sowie die bisherigen Organe außer Wirksamkeit.

Wird eine G.-K.-K. in mehrere geteilt, oder ein Teil des Gebietes einer G.-K.-K. einer anderen zugeschieden, so setzt die Kreisbehörde nach Anhörung der beteiligten bisherigen G.-K.-Kassen die Zugehörigkeit der einzelnen Betriebe und der Mitglieder fest und entscheidet über die Verteilung der Reserven und des übrigen Vermögens der bisherigen Kassen an die neuen Kassen. Die bisherigen Statuten und Reglemente, sowie die bisherigen Organe treten ebenfalls außer Wirksamkeit. Eine Ausnahme findet dann statt, wenn der Abgang oder der Zuwachs ein verhältnismäßig geringer ist. Die Kreisbehörde entscheidet darüber, ob diese Ausnahmsbestimmung zur Anwendung gelange.

b. Mitgliedschaft.

aa. Obligatorische Mitglieder.

Art. 26.

Wer versicherungspflichtig ist, wird mit der Erwerbung der die Versicherungspflicht begründenden Eigenschaft obligatorisches Mitglied der zuständigen Gemeindekrankenkasse.

Tagelöhner, Tagelöhnerinnen und andere abwechselnd im Lohn Dritter arbeitende Personen, sowie selbständig erwerbende Angehörige von Hausindustriebetrieben, erwerben die Mitgliedschaft, wo der Versicherungszwang auf solche Personen ausgedehnt ist (Art. 6 und 7), durch Anmeldung bei der zuständigen G.-K.-K. Die Anmeldung kann durch den Pflichtigen selbst oder durch die Gemeindebehörde erfolgen.

Diese Bestimmungen finden nicht Anwendung auf Versicherungspflichtige, welche einer B.-K.-K. oder einer eingeschriebenen Krankenkasse angehören.

Art. 27.

Zuständig ist die G.-K.-K. des Orts, an welchem der obligatorisch Versicherte seine regelmäßige Beschäftigung hat. Für Tagelöhner, Tagelöhnerinnen und andere abwechselnd im Lohne Dritter arbeitende Personen (Art. 6, litt. *a*) ist die G.-K.-K. ihres Wohnortes zuständig.

Ein Streit über die Frage, welche G.-K.-K. zuständig sei, wird durch die Kreisbehörden und, wenn G.-K.-Kassen verschiedener Versicherungskreise in Frage stehen, durch das eidgenössische Versicherungsamt entschieden.

Art. 28.

Verliert ein obligatorisches Mitglied diejenige Eigenschaft, welche die Voraussetzung der Versicherungspflicht bildet, überhaupt oder im Bereich der betreffenden G.-K.-K.,

so hört die Mitgliedschaft durch die Thatsache dieses Verlustes auf.

Ebenso hört diejenige Person, welche nach Maßgabe von Art. 6 oder 7 versicherungspflichtig war, auf, obligatorisches Mitglied zu sein, sobald der betreffende Beschluß außer Kraft tritt (Art. 6, Absatz 3, und Art. 7, Absatz 1).

Als ausgetreten wird endlich betrachtet, wer Mitglied einer B.-K.-K. wird oder in eine eingeschriebene Krankenkasse eintritt.

Art. 29.

Wenn innert vier Wochen, vom Tage des Aufhörens der Mitgliedschaft an gerechnet, ein gewesenes obligatorisches Mitglied im Inland erkrankt oder stirbt oder eine Frauensperson, welche obligatorisches Mitglied war, im Inland niederkommt, so finden mit Bezug hierauf die nämlichen Kassenleistungen statt, wie wenn eine solche Thatsache während der Dauer der Mitgliedschaft eingetreten wäre, insofern nicht

a. das gewesene obligatorische Mitglied der G.-K.-K. inzwischen wieder Mitglied einer öffentlichen Krankenkasse geworden oder in eine freiwillige Hülfskasse eingetreten ist und

b. diese öffentliche Krankenkasse oder freiwillige Hülfskasse gesetzlich oder statutengemäß für jene Leistungen aufzukommen hat.

bb. Freiwillige Mitglieder.

Art. 30.

Die freiwilligen Mitglieder zerfallen in Voll- und Halbversicherte.

Die Vollversicherten besitzen, gleich den obligatorischen Mitgliedern, Anspruch auf Krankenpflege und Krankengeld, die Halbversicherten lediglich auf Krankenpflege (Art. 49 ff.).

Mit Bezug auf Wöchnerinnen besteht der in Art. 63 festgesetzte Unterschied.

Die Bestimmungen von Art. 64 gelten gleichmäßig auch für die voll- und die halbversicherten freiwilligen Mitglieder.

Art. 31.

Jede Person männlichen oder weiblichen Geschlechts, welche nicht versicherungspflichtig ist, kann der G.-K.-K. des Wohngebiets als freiwilliges Mitglied beitreten und muß als solches aufgenommen werden, insofern der Ausweis dafür erbracht wird, daß sie im Zeitpunkt der Anmeldung gesund ist und das Alter von fünfundvierzig Jahren noch nicht erreicht hat.

Für Vollversicherte ist überdies ein Mindestalter von vierzehn Jahren erforderlich.

Art. 32.

Die Statuten können ein Eintrittsgeld vorschreiben, welches nach dem Eintrittsalter, und für Vollversicherte überdies nach der Verdiensthöhe, abgestuft werden, jedoch für Halbversicherte den Betrag von fünfundzwanzig Franken und für Vollversicherte den Betrag von fünfzig Franken nicht übersteigen darf. Das Eintrittsgeld soll für den Halbversicherten außerdem nie mehr betragen als das niederste Eintrittsgeld für den Vollversicherten vom gleichen Eintrittsalter. Ist ein Eintrittsgeld vorgeschrieben, so wird der Eintritt erst mit dem Tag der Zahlung als erfolgt betrachtet.

Derjenigen Person, welche schon einmal an eine öffentliche Krankenkasse Eintrittsgeld entrichtet hat, wird der Betrag desselben an dem neuen Eintrittsgeld angerechnet.

Art. 33.

Die als halbversichertes freiwilliges Mitglied angemeldete Person ist von dem Nachweis, daß sie gesund sei und das Alter von fünfundvierzig Jahren noch nicht erreicht habe (Art. 31, Absatz 1), sowie von der Bezahlung eines Eintrittsgeldes befreit, wenn

a. sie bisher freiwilliges Mitglied einer andern öffentlichen Krankenkasse war, der Austritt infolge Wegzugs stattgefunden hat und die Anmeldung in die G.-K.-K. des neuen Wohnorts nicht später als vier Wochen seit jenem Austritt erfolgt, oder

b. die frühere freiwillige Mitgliedschaft in irgend einer öffentlichen Krankenkasse lediglich durch die obligatorische Mitgliedschaft in dieser oder einer andern öffentlichen Krankenkasse unterbrochen worden ist und die Anmeldung für die freiwillige Mitgliedschaft nicht später als vier Wochen nach dem Aufhören der obligatorischen Mitgliedschaft erfolgt, oder

c. die angemeldete Person, vom Anmeldungstag zurückgerechnet, im Verlauf der letzten fünf Jahre zusammen mindestens zwei Jahre lang und im Verlauf des letzten Jahres zusammen mindestens 6 Monate lang Mitglied einer öffentlichen Krankenkasse oder von öffentlichen Krankenkassen gewesen ist.

Art. 34.

Die sich als vollversichertes freiwilliges Mitglied anmeldende Person ist von dem Nachweis, daß sie gesund sei und das Alter von fünfundvierzig Jahren noch nicht erreicht habe (Art. 31, Absatz 1), sowie von der Bezahlung eines Eintrittsgeldes befreit, wenn

a. sie bisher vollversichertes freiwilliges Mitglied einer andern öffentlichen Krankenkasse war, der Austritt infolge Wegszugs stattgefunden hat und die Anmeldung in die G.-K.-K. des neuen Wohnorts nicht später als vier Wochen seit jenem Austritt erfolgt, oder

b. die frühere freiwillige Mitgliedschaft in der Klasse der Vollversicherten irgend einer öffentlichen Krankenkasse lediglich durch die obligatorische Mitgliedschaft in dieser oder einer andern öffentlichen Krankenkasse unterbrochen worden ist und die Anmeldung für die freiwillige Mitgliedschaft nicht später als vier Wochen

nach dem Aufhören der obligatorischen Mitgliedschaft erfolgt, oder

c. die angemeldete Person, vom Anmeldungstag zurückgerechnet, im Verlauf der letzten fünf Jahre zusammen mindestens zwei Jahre lang und im Verlauf des letzten Jahres zusammen mindestens 6 Monate lang Mitglied einer öffentlichen Krankenkasse oder von öffentlichen Krankenkassen gewesen ist.

Art. 35.

Durch die Statuten können die in litt. *a* und *b* von Art. 33 und 34 festgesetzten Höchstzeiten gleichmäßig bis auf das Doppelte verlängert, die in litt. *c* festgesetzten Mindestzeiten gleichmäßig bis auf die Hälfte verkürzt werden.

Art. 36.

Für solche Personen, welche aus einer öffentlichen Krankenkasse ausgeschlossen worden sind, beginnen die in litt. *c* von Art. 33 und 34 oder durch die Statuten, gemäß Art. 35, festgesetzten Mindestzeiten erst wieder mit dem Ablauf der Ausschlußdauer (Art. 39, Absatz 3) und zwar von vorn zu laufen.

Art. 37.

Jederzeit auf Monatsbeginn ist innerhalb der nämlichen G.-K.-K. der unmittelbare Übertritt aus der Klasse der Voll- in die Klasse der Halbversicherten ohne weiteres, aus der Klasse der Halb- in die Klasse der Vollversicherten dagegen unter der Bedingung statthaft, daß die hinübertretende Person

a. das 14. Altersjahr zurückgelegt hat,

b. noch nicht 45 Jahre alt ist,

c. den Gesundheitsausweis erbringt,

d. den allfälligen Mehrbetrag des Eintrittsgeldes, welches im Zeitpunkt des Übertrittes von einem neueintretenden Vollversicherten im Alter des Hinübertretenden bezahlt werden müßte, erlegt hat.

Von der Erfüllung der unter litt. *b*, *c* und *d* aufgestellten Bedingungen ist befreit, wer im Verlauf der letzten fünf Jahre, vom Anmeldungstag zurückgerechnet, zusammen mindestens zwei Jahre lang und im Verlauf des letzten Jahres, vom Anmeldungstag zurückgerechnet, zusammen mindestens sechs Monate lang Mitglied einer öffentlichen Krankenkasse oder von öffentlichen Krankenkassen gewesen ist (Art. 34, litt. *c*).

Art. 38.

Die freiwillige Mitgliedschaft hört auf infolge

a. des Erwerbes derjenigen Eigenschaften, welche die Versicherungspflicht bedingen,

b. des Wegzugs aus dem Gebiet der G.-K.-K.,

c. der Austrittserklärung,

d. des Ausschlusses.

Die Austrittserklärung (litt. *c*) wirkt erst auf den Beginn des nächsten Monats.

Art. 39.

Der Ausschluß ist statthaft,

a. ohne vorgängige Mahnung, im Falle vorsätzlicher schwerer Verletzung der Mitgliedspflichten,

b. nach fruchtloser vorausgegangener schriftlicher Mahnung, im Falle beharrlicher Verletzung oder Vernachlässigung der Mitgliedspflichten,

c. wenn wenigstens zwei monatliche, gleichviel ob Voll- oder Halbauflagen, ganz oder teilweise im Rückstande sind, nach Ablauf von mindestens vierzehn Tagen sowohl seit der Fälligkeit der zweiten Monatsauflage als auch seit der schriftlichen Mahnung.

Der Ausschluß befreit nicht von der Pflicht zur Zahlung aufgelaufener Beiträge, verhängter Bußen und auferlegten Schadenersatzes.

Gleichzeitig mit dem Ausschluß ist der Zeitraum festzusetzen, während dessen der Ausgeschlossene unfähig ist,

freiwilliges Mitglied einer öffentlichen Krankenkasse zu werden. Dieser Zeitraum muß mindestens sechs Monate und darf höchstens fünf Jahre betragen.

Der Ausschluß mit Angabe des Grundes und der Ausschlußdauer ist dem Ausgeschlossenen schriftlich mitzuteilen und außerdem nach erlangter Rechtskraft zu veröffentlichen.

Art. 40.

Die Bestimmung betreffend den Nachgenuß während vier Wochen (Art. 29) findet auch auf eine solche Person Anwendung, welche infolge Wegzugs aufhört, freiwilliges Mitglied der G.-K.-K. zu sein.

cc. Die Vertreter von freiwilligen Mitgliedern.

Art. 41.

Für jede als freiwilliges Mitglied angemeldete Person, welche nicht eigenen Rechtes ist, bezeichnet die am Wohnort dieser Person zuständige Vormundschaftsbehörde einen im Gebiet der G.-K.-K. wohnhaften handlungsfähigen Mann als Vertreter gegenüber der G.-K.-K.

Die Kantone werden über die Art und Weise der Bestellung solcher Vertreter, sowie über deren Rechte und Pflichten gegenüber der vertretenen Person das Nähere festsetzen. Die bezüglichen kantonalen Bestimmungen unterliegen der Genehmigung durch den Bundesrat.

Art. 42.

Die Geldleistungen der G.-K.-K. erfolgen an den Vertreter.

Dieser haftet der G.-K.-K. persönlich und mit dem Vertretenen solidarisch für die Entrichtung der Auflagen.

Die versicherungspolizeiliche Ahndung, sowie die Schadenersatzpflicht trifft in den Fällen von Art. 44, letzter Absatz, 46, Absatz 1, 3 und 4, und 47, Absatz 2, 3 und 4, je nach

Umständen, das Mitglied oder den Vertreter oder beide, der Ausschluß dagegen nur das Mitglied selbst.

Ein Vertreter, welcher von einer der in Art. 60, 61 und 62 bezeichneten Thatsachen Kenntnis hat und nicht unverzüglich Anzeige an die Kasse erstattet, unterliegt der strafrechtlichen oder versicherungspolizeilichen Ahndung und kann zur Erlegung von Schadenersatz und (Art. 61) Strafgeld an die Kasse verhalten werden.

Art. 43.

Für die Ein- und die Austrittserklärung ist die Zustimmung des Vertreters erforderlich. Der Ein-, ebenso der Austritt wird erst als in dem Zeitpunkt erfolgt betrachtet, in welchem die Zustimmung eintrifft.

Die Mahnung (Art. 39, *litt. b und c*), ebenso die Mitteilung des Ausschlusses (Art. 39, letzter Absatz) muß, um gültig zu sein, dem Vertreter schriftlich zugestellt werden.

c. Das Meldewesen.

Art. 44.

Jeder Arbeitgeber und jede Dienstherrschaft ist verpflichtet, der G.-K.-K. von dem Ein- oder Austritt jeder versicherungspflichtigen Person, welche nicht einer Betriebskrankenkasse angehört, innert zwei Tagen Kenntnis zu geben.

Die gemäß Art. 6 und 7 Versicherungspflichtigen haben sich selbst abzumelden, sobald die Versicherungspflicht aufhört. Eine Pflicht zur Abmeldung besteht für dieselben jedoch nicht, wenn die obligatorische Mitgliedschaft infolge der Aufhebung des betreffenden Beschlusses der Versicherungsgemeinde oder des Kantons aufhört (Art. 28, Absatz 2).

Die Kantons- und die Ortspolizei werden der Kasse bei Handhabung des Meldewesens unentgeltlich hülfreiche Hand bieten.

Die Unterlassung der rechtzeitigen Anmeldung befreit nicht von der Pflicht zur Nachzahlung der Prämie und hat zur Folge, daß der Arbeitgeber, beziehungsweise die Dienstherrschaft dazu verhalten werden kann, die auf die Zwischenzeit entfallenden Kassenleistungen selbst zu übernehmen oder der Kasse zu ersetzen.

Das freiwillige Mitglied, welches aus dem Gebiet der G.-K.-K. wegzieht, beziehungsweise der Vertreter eines solchen Mitgliedes (Art. 41) ist verpflichtet, derselben hiervon Anzeige zu machen.

Art. 45.

Jede G.-K.-K. hat öffentlich ein geeignetes Lokal (Meldestelle) zu verzeigen, woselbst die Meldungen erstattet und Reklamationen angebracht werden können.

Die Statuten können bestimmen und die Kreisbehörde kann von sich aus anordnen, daß neben dem Hauptlokal eine oder mehrere andere Meldestellen errichtet werden. Diese sind ebenfalls öffentlich zu verzeigen.

d. Verfahren bei Erkrankungen; Leistungen der Kasse.

Art. 46.

Jedes obligatorische Mitglied ist im Erkrankungsfalle verpflichtet, von demselben seinen Arbeitgeber oder dessen Stellvertreter oder eine Meldestelle der Kasse innert zwei Tagen in Kenntnis zu setzen. Die nämliche Pflicht der Anzeige an eine Meldestelle innert der nämlichen Frist liegt auch dem freiwilligen Mitglied und dem Vertreter (Art. 41) eines solchen ob.

Ebenso ist jeder Arbeitgeber, sobald er, oder sein Stellvertreter im Betrieb, die Erkrankung eines bei ihm beschäftigten obligatorischen Mitgliedes erfährt, verpflichtet, innert zwei Tagen seit dieser Kenntnisnahme einer Meldestelle der Kasse Anzeige zu erstatten.

Die Unterlassung der Anzeige an den Arbeitgeber, beziehungsweise an eine Meldestelle, hat, wenn das Mitglied oder der Vertreter (Art. 41) die Unterlassung verschuldet hat, abgesehen von der versicherungspolizeilichen Ahndung, den gänzlichen oder teilweisen Entzug des auf die Zwischenzeit entfallenden Krankengeldes zur Folge.

Außerdem haften die fehlbaren Arbeitgeber und Mitglieder beziehungsweise Vertreter (Art. 41) solidarisch für den Schaden, welcher der Kasse aus der Unterlassung der rechtzeitigen Meldung entsteht. Die Verrechnung einer solchen Schadenersatzforderung mit den auf die Folgezeit entfallenden Kassenleistungen ist jedoch unstatthaft.

Art. 47.

Nach erhaltener Kenntnis von der Erkrankung eines Mitgliedes läßt der Vorstand der G.-K.-K. den Krankheitsfall feststellen und trifft fortwährend die nötigen Anordnungen zur Heilung, zur zweckmäßigen Behandlung, sowie zur Feststellung des Krankheitsverlaufs und der Krankheitsdauer.

Dem Kranken oder Genesenden kann, so oft es der Vorstand als angezeigt erachtet, aufgegeben werden, auf Kosten der Kasse ein ärztliches Zeugnis über sein Befinden beizubringen und sich bei einer zu bezeichnenden Person oder Anstalt zur Feststellung seines Zustandes einzufinden. Im Fall von Art. 41 erfolgt der Auftrag an den Vertreter zu Handen des Mitgliedes.

Der Kranke beziehungsweise der Vertreter (Art. 41) ist gegenüber dem Arzte und gegenüber Personen, welche seitens der Kasse zur Krankenkontrolle verordnet sind und sich darüber ausweisen, zum Einlaß in das Aufenthaltslokal und zu wahren Angaben verpflichtet.

Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht oder Nichtbefolgung jener Anordnungen können, abgesehen von der versicherungspolizeilichen Ahndung, die Kassenleistungen für die Folgezeit ganz oder teilweise entzogen werden.

Art. 48.

Befindet sich der Erkrankte außerhalb des Gebietes derjenigen G.-K.-K., welcher er angehört, so ist diese befugt, der G.-K.-K. desjenigen Gebietes, in welchem sich der Erkrankte befindet, die Besorgung des Krankheitsfalles und die Aufsicht über diesen gegen Ersatz der entstehenden Auslagen und angemessene Entschädigung für die verursachten Bemühungen zu übertragen.

Art. 49.

Die Kasse gewährt jedem erkrankten Mitglied während der Dauer der Krankheit, gleichviel ob inzwischen die Mitgliedschaft aufhöre, vom Beginn an, unentgeltlich, ärztliche Behandlung und Arznei, sowie andere Heilmittel und zur Heilung dienliche Gegenstände, wie Brillen, Bruchbänder, ebenso den Ersatz notwendiger Transport- und Reisekosten.

Art. 50.

Die Kasse gewährt außerdem jedem erkrankten obligatorischen oder vollversicherten freiwilligen Mitglied während der Dauer der Krankheit, gleichviel ob inzwischen die Mitgliedschaft aufhöre, im Fall der gänzlichen Erwerbsunfähigkeit, vom dritten Tag nach dem Tage der Erkrankung an für jeden Tag ein Krankengeld im Betrag von $^2/_3$ des nach Maßgabe von Art. 79 festgesetzten Tagesverdienstes, wobei jedoch ein Mehrbetrag desselben über sieben Franken fünfzig Rappen hinaus nicht in Betracht fällt. Bei nur teilweiser Erwerbsunfähigkeit wird das Krankengeld entsprechend verkürzt.

Art. 51.

Jede Leistung auf Rechnung der G.-K.-K., mit Ausnahme des Wöchnerinnengeldes (Art. 63, Absatz 1) und des Bestattungsgeldes (Art. 64), hört jedoch

a. mit dem Ablauf eines Jahres seit dem Beginn der Krankheit, hinsichtlich dieser Krankheit, und ebenso

b. mit dem Übergang des Krankheitsfalles an die Unfallversicherungsanstalt nach Maßgabe von Art. 28 des Bundesgesetzes betreffend die Unfallversicherung für die Folgezeit auf.

Die Bestimmungen der Art. 29, 31 und 32 des Bundesgesetzes betreffend die Unfallversicherung werden vorbehalten.

Art. 52.

Dem Kranken, welcher sich weigert, ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen, oder welcher sich den ärztlichen Anordnungen nicht fügt, können, nach fruchtloser Warnung, die Kassenleistungen für die Folgezeit ganz oder teilweise entzogen werden.

Das nämliche gilt, wenn die Weigerung vom Vertreter (Art. 41) ausgeht.

Art. 52bis.

Den Mitgliedern der G.-K.-Kassen oder ihren Vertretern (Art. 41) steht die Wahl des behandelnden Arztes unter den am Orte praktizierenden Ärzten frei. Der Kassenvorstand kann die Zuziehung eines zweiten Arztes auf Rechnung der Kasse auf Antrag des behandelnden Arztes oder des Kranken oder seiner Familie oder des Vertreters (Art. 41) gestatten oder von sich aus anordnen. Die Kasse ist jedoch nicht gehalten, mehr als die tarifmäßigen Gebühren zu bezahlen oder überflüssige und unnütze Kosten zu übernehmen. Nach dem Tarif sich ergebende Mehrkosten fallen zu Lasten des Versicherten.

Die Kreisbehörde stellt für die öffentlichen Krankenkassen ihres Kreises einen oder mehrere Tarife betreffend die Entschädigungen für ärztliche Leistungen auf. Diese Tarife unterliegen der Genehmigung des eidgenössischen Versicherungsamtes. Die im Gebiete der Versicherungsgemeinde praktizierenden Ärzte, welche den Tarif annehmen, sind den Kassenmitgliedern bekannt zu geben (eingeschriebene Ärzte).

Ärzten, welche sich Krankenkassen gegenüber Mißbräuche haben zu schulden kommen lassen, kann das eidgenössische Versicherungsamt, nach Feststellung der Thatsachen und nach Anhörung von Sachverständigen, das Recht, Versicherte auf Rechnung der öffentlichen Krankenkassen ärztlich zu behandeln, für eine bestimmte Zeit entziehen.

Der Rekurs gegen einen solchen Beschluß an den Bundesrat ist statthaft.

Der rechtskräftige Entziehungsbeschluß wird bekannt gemacht.

Als Ärzte im Sinne dieses Artikels gelten nur solche, welche den eidgenössischen Befähigungsausweis besitzen.

Art. 52ter.

An Orten, wo mehrere Apotheken bestehen, hat der Versicherte oder sein Vertreter (Art. 41) die freie Wahl unter denselben zum Bezug der ärztlich verordneten Medikamente. Die Fälle von Art. 104 dieses Gesetzes und von Art. 11 des Gesetzes betreffend die Unfallversicherung werden vorbehalten.

Für die Arzneilieferungen aus öffentlichen Apotheken stellt das eidgenössische Versicherungsamt eine einheitliche Krankenkassenarzneitaxe auf, welche, in ihren Grundsätzen, der Arzneitaxe für die Lieferungen an die eidgenössische Militärverwaltung entsprechen soll.

Als öffentliche Apotheke im Sinne dieses Artikels gilt nur eine solche, deren Inhaber oder Leiter das schweizerische Diplom besitzt.

Art. 53.

Gebricht es dem Kranken an der nötigen Wartung, so kann ihm die Kasse solche auf ihre Kosten verordnen.

Anstatt der ärztlichen Behandlung und Wartung zu Hause kann die Kasse die Verbringung in eine Heilanstalt und die Verpflegung in einer solchen auf Kosten der Kasse anordnen.

Wo es das Gesundheitsinteresse des Kranken oder Genesenden erheischt, kann der Aufenthalt in einer Kuranstalt oder an einem Kurort auf Kosten der Kasse angeordnet oder ein Beitrag an eine solche Kur gewährt werden.

Fügt sich der Kranke einer solchen Anordnung (erster, zweiter und dritter Absatz oben) nicht, so können ihm, nach erfolgloser Mahnung, für die Folgezeit die Kassenleistungen ganz oder teilweise entzogen werden.

Auf die in diesem Artikel vorgesehenen Fälle findet die Bestimmung von Art. 51 ebenfalls Anwendung.

Art. 54.

Das Krankengeld wird am Schluß jeder Krankenwoche bar ausbezahlt. Im Falle des Notbedarfs sollen schon im Laufe der Woche Anzahlungen gemacht werden.

Die G.-K.-K. sind berechtigt, sich für Zahlungen, welche im Inland auf erhebliche Entfernungen hin zu leisten sind, unentgeltlich der Vermittlung der eidgenössischen Postverwaltung zu bedienen. Der Bundesrat wird hierüber das Nähere auf dem Verordnungswege festsetzen.

Die Sendung von Zahlungen nach dem Ausland erfolgt auf Kosten des Empfängers.

Art. 55.

Das Krankengeld kann gültig weder gepfändet noch mit Beschlag belegt, noch in den Konkurs gezogen, noch vor der Zahlung abgetreten werden.

Die G.-K.-K. sind befugt, Maßnahmen zu treffen, damit das Krankengeld oder ein Teil desselben zum Unterhalt des Kranken und derjenigen Personen, welche er zu unterhalten hat, verwendet werde.

Die Armenbehörden, welche während der Krankheit für den Unterhalt des Kranken und derjenigen Personen, für welche zu sorgen er rechtlich verpflichtet war, Barbeträge

ausgelegt haben, sind befugt, bei rechtzeitiger Anmeldung, das auf die nämliche Zeit entfallende Krankengeld bis auf den Betrag der bereits erfolgten Leistung bei der Kasse zu erheben.

Abgesehen von diesem Falle und den Fällen von Art. 52bis, Art. 52ter und Art. 205, Ziffer 2, besteht, sofern nicht besondere Zusicherungen seitens der Kasse vorliegen, keine direkte Verpflichtung derselben gegenüber dritten Personen für deren Leistungen an die Mitglieder.

Art. 56.

Zur Deckung der auf der Kasse lastenden Kosten der besondern Wartung zu Hause oder der Unterbringung in einer Heil- oder Kuranstalt darf das Krankengeld ganz oder teilweise verwendet werden, jedoch dann, wenn der Kranke Angehörige zu unterhalten hat und dieser Unterhalt es erfordert, in keinem höhern Betrag als zur Hälfte.

Wird das Krankengeld strafweise gekürzt, so findet eine entsprechende Verminderung der den Angehörigen vorbehaltenen Hälfte statt.

Art. 57.

Wer krank in die Kasse eintritt, besitzt ihr gegenüber mit Bezug auf diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistungen.

Art. 58.

Erkrankt ein Mitglied im Militärdienst, so ist die Kasse nicht verpflichtet, für diese Krankheit aufzukommen.

Art. 59.

Wird ein Mitglied verhaftet, so hören die Kassenleistungen für die Zeit des Verhaftes auf.

Gerät ein Mitglied in den Strafverhaft, so ist die Kasse nicht verpflichtet, für eine Krankheit aufzukommen, welche während dieses Verhafts ausgebrochen ist und nach der Freilassung noch fortdauert.

Mit Bezug auf ein Mitglied, welches in eine Zwangsarbeitsanstalt verbracht wird, fällt ebenfalls während der Dauer der Unterbringung jede Kassenleistung dahin und kann für eine in der Zwangsarbeitsanstalt ausgebrochene und nach der Freilassung noch fortdauernde Krankheit jede Kassenleistung verweigert werden.

Art. 60.

Derjenige, welcher sich die Krankheit durch ein Verbrechen oder Vergehen oder auf arglistige Weise zugezogen hat, kann mit Bezug auf diese Krankheit des Anspruchs auf die Kassenleistungen ganz oder teilweise verlustig erklärt werden.

Demjenigen, welcher die Krankheit durch zwar nicht strafbare, jedoch immerhin grobe Fahrlässigkeit verschuldet hat, kann das Krankengeld bis auf die Hälfte gekürzt werden.

Art. 61.

Einem Mitglied, welches wider besseres Wissen eine gar nicht oder nicht mehr bestehende Krankheit vorschützt und dadurch Kassenleistungen erwirkt, kann außer der Verpflichtung zum Ersatz dieser Leistungen ein Strafgeld bis auf den gleichen Betrag auferlegt werden. Ein solches Mitglied verliert den Anspruch auf jede weitere Kassenleistung für die Zeit bis zur gänzlichen Zahlung von Schadenersatz und Strafgeld, ohne daß für diese Zwischenzeit die Beitragspflicht aufhört. Die strafrechtliche oder versicherungspolizeiliche Ahndung, sowie die Bestimmungen betreffend den Ausschluß (Art. 39) bleiben vorbehalten.

Art. 62.

Stellt sich nachträglich heraus, daß ein Mitglied bereits krank war, als es in die Kasse eintrat, so kann mit Bezug auf eine solche Krankheit jede weitere Leistung eingestellt werden. Im Fall arglistigen Verschweigens kann außerdem

bereits Geleistetes zurückgefordert und für die Zeit bis zu der gänzlichen Zahlung auch mit Bezug auf eine spätere Krankheit jede Leistung als verwirkt erklärt werden.

Die strafrechtliche oder versicherungspolizeiliche Ahndung, sowie die Bestimmungen betreffend den Ausschluß (Art. 39) werden vorbehalten.

Art. 63.

Eine Wöchnerin, welche am Tag der Niederkunft seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen Mitglied der Kasse war, hat, gleichviel ob sie obligatorisches oder voll- oder halbversichertes freiwilliges Mitglied ist, für die Kindbett Anspruch auf einen mäßigen Ersatz der Kosten des geburtshülflichen Beistandes, sowie, wenn sie obligatorisches oder vollversichertes freiwilliges Mitglied ist, auf das Krankengeld, von der Niederkunft an bis sie wieder erwerbsfähig ist und höchstens auf die Dauer von sechs Wochen seit der Niederkunft.

Erkrankt ein weibliches Mitglied vor oder im Verlauf der Kindbett, so besitzt es für diese Krankheit den Anspruch auf die gleichen Kassenleistungen wie in einem andern Krankheitsfall, wodurch alsdann der oben festgesetzte Anspruch des obligatorischen oder vollversicherten freiwilligen Mitgliedes hinfällig oder entsprechend verkürzt wird.

Wird die Verwirkung sämtlicher Kassenleistungen ausgesprochen, so sind die in diesem Artikel festgesetzten Ansprüche ebenfalls verwirkt.

Art. 64.

Stirbt ein, gleichviel ob obligatorisches oder voll- oder halbversichertes freiwilliges, Mitglied, so bezahlt die Kasse die ortsüblichen Bestattungskosten, soweit dieselben nicht unentgeltlich aus öffentlichen Mitteln bestritten werden, und höchstens im Betrage von sechzig Franken.

Diese nämliche Leistung findet auch dann statt, wenn der Verstorbene zwar im Zeitpunkt des Todes nicht mehr Mitglied war, jedoch für die Krankheit, an der er verstorben ist, bis zu seinem Tode Anspruch auf Kassenleistungen besaß.

Die in diesem Artikel vorgesehenen Kassenleistungen können weder verwirkt noch mit Gegenansprüchen verrechnet werden.

Art. 65.

Die Kasse ist berechtigt, Ansprüche auf Kassenleistungen zurückzuweisen, wenn die Thatsache, welche zu dem Anspruche berechtigt, schon seit mehr als einem Jahr vollendet ist, und wenn dieser innert der genannten Frist nicht schriftlich oder mündlich geltend gemacht worden ist.

Art. 66.

Gegenüber einem Dritten, welcher mit Bezug auf die Krankheit schadenersatzpflichtig ist, tritt die Kasse, bis auf die Höhe ihrer Leistungen, kraft dieses Gesetzes in den Ersatzanspruch des Mitgliedes ein.

e. Aufbringung der Mittel; Reserve.

Art. 67.

Die Betriebsausgaben der G.-K.-K. werden bestritten aus

a. dem Bundesrappen (Art. 68),

b. den Versicherungsbeiträgen (Auflagen) der Mitglieder und Arbeitgeber, sowie (Art. 75) der Gemeinden,

c. dem Eintrittsgeld (Art. 32),

d. den Vergütungen seitens der Unfallversicherungsanstalt (Art. 32 des Bundesgesetzes betreffend die Unfallversicherung) und, an die Verwaltungskosten, seitens des Bundes (Art. 9 daselbst),

e. Entnahmen aus der eigenen Reserve und den Leistungen seitens des allfälligen Reserveverbandes,

f. den Zuschüssen der Versicherungsgemeinde (Art. 87),

g. den übrigen Einnahmen in laufender Rechnung.

Bußen, welche nach Maßgabe der Art. 95, Absatz 3, Art. 99, 103, litt. *d,* 110 oder 185—188 verhängt werden, und Strafgelder fallen stets, freigebige Zuwendungen dann, wenn sie nicht ausdrücklich für die laufenden Ausgaben bestimmt werden, in die Reserve der Kasse.

Art. 68.

Der Bund bezahlt der G.-K.-K. für jedes obligatorische und für jedes schweizerische freiwillige Mitglied als Beitrag an die Auflagen solcher Mitglieder einen Rappen auf jeden Tag der Mitgliedschaft.

Zuvielbezahltes muß von der G.-K.-K. zurückerstattet werden.

Der Bundesrat erläßt auf dem Verordnungswege Bestimmungen über die Art und Weise der Ausrichtung des Bundesrappens.

Streitigkeiten über den Bundesrappen werden durch das eidgenössische Versicherungsamt entschieden. Der Rekurs an den Bundesrat ist statthaft.

Art. 69.

Auf jedes obligatorische oder vollversicherte freiwillige Mitglied entfällt für jeden Arbeitstag ein Versicherungsbeitrag (die Vollauflage), welcher, für alle solche Mitglieder der nämlichen G.-K.-K. gleichmäßig, nach der Höhe des nach Klassen festzusetzenden täglichen Verdienstes abgestuft wird und einen Prozentsatz des letztern beträgt.

Vom Eintritt in die Kasse an werden sämtliche Tage, inbegriffen der Anfangs-, sowie der Endtag der Mitgliedschaft, und ausgenommen die Sonntage, als Arbeitstage gerechnet. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen von Art. 84, Absatz 1 und 2.

Art. 70.

Auf jedes halbversicherte freiwillige Mitglied entfällt für jeden Monat ein Versicherungsbeitrag (die Halbauflage). Derselbe ist für sämtliche solche Mitglieder gleich hoch. Ausnahmsweise und mit Genehmigung des eidgenössischen Versicherungsamtes ist eine Abstufung nach Geschlecht, Alter und andern sachlichen Gesichtspunkten zulässig.

Art. 71.

Der Einheitssatz für die Vollauflage, sowie der Betrag oder die Beträge der Halbauflage werden durch die einzelne Krankenkasse festgestellt. Jedoch darf jener Einheitssatz höchstens vier Prozent des täglichen Verdienstes (Art. 69) und die höchste Halbauflage nicht mehr als die auf die unterste Klasse der Vollversicherten für die nämliche Zeit entfallende Auflage betragen.

Art. 72.

Die Auflage ist monatlich zum voraus an dem von der Kasse bezeichneten Ort an dieselbe abzuführen und der Bruchteil eines Rappens mit Bezug auf jede Monatsauflage jedes Mitgliedes auf den ganzen Rappen aufzurunden.

Beginnt die Beitragspflicht einer bestimmten Person im Laufe des Kalendermonats, so steht es der G.-K.-K. frei, die auf die Zeit bis zum Monatsende entfallende Auflage zum voraus oder erst auf Monatsende einzuverlangen.

Endigt die Beitragspflicht einer bestimmten Person im Laufe des Kalendermonats, so ist der auf den Monatsrest entfallende Teil einer bereits bezahlten Auflage zurückzuvergüten oder gutzuschreiben.

Art. 73.

Die Auflage wird, soweit nicht der Bund für sie aufkommt (Art. 68), der Kasse geschuldet

a. für den gemäß Art. 1 obligatorisch Versicherten von seinem Arbeitgeber, beziehungsweise Dienstherrn,

b. für das gemäß Art. 6 und 7 obligatorische Mitglied von diesem selbst,

c. für das freiwillige Mitglied, welches eigenen Rechtes ist, von dem Mitgliede selbst,

d. für das freiwillige Mitglied, welches nicht eigenen Rechtes ist, solidarisch von dem Mitglied selbst und dessen Vertreter (Art. 42, Absatz 2).

Im Falle gänzlicher Erwerbslosigkeit eines freiwilligen Mitgliedes kann vom Vorstand ein gänzlicher oder teilweiser Nachlaß für höchstens vier Wochen gewährt werden.

Zur Rückerstattung einer irrtümlich bezahlten Auflage oder zur Verrechnung einer solchen mit einer spätern Schuld des Rückfordernden ist die G.-K.-K. nur dann verpflichtet, wenn die Reklamation innert zwei Monaten seit der Zahlung erhoben wird.

Art. 74.

Der Arbeitgeber, beziehungsweise Dienstherr, ist berechtigt, die Hälfte der von ihm zu bezahlenden Monatsauflage an dem nach der Fälligkeit seiner eigenen Leistung fällig werdenden Lohn des Versicherten abzuziehen und ist, im Fall von Art. 72, Absatz 3, verpflichtet, den zu viel abgezogenen Betrag bar zu ersetzen, widrigenfalls, nach erfolgloser Mahnung durch den Kassenvorstand, versicherungspolizeiliche Ahndung eintritt.

Die Bestimmung von Art. 10, letzter Absatz, des Bundesgesetzes betreffend die Arbeit in den Fabriken, vom 23. März 1877, lautend:

„Ohne gegenseitiges Einverständnis dürfen keine Lohnbetreffnisse zu Specialzwecken zurückbehalten werden“,

wird, soweit sie mit obiger Bestimmung im Widerspruche steht, aufgehoben.

Art. 75.

Wenn der nach Art. 6 und 7 Versicherte die Auflage nicht rechtzeitig einbezahlt, so hat die Versicherungsgemeinde

dieselbe zu entrichten und erhält dafür ein Rückgriffsrecht auf den Schuldner.

Art. 76.

Befinden sich in einer G.-K.-K. Angehörige eines Betriebs oder Betriebsteils, welcher mit besonderer Erkrankungs- oder Unfallsgefahr verbunden ist, so kann die auf diesen Betrieb oder Betriebsteil entfallende Auflage bis auf das Dreifache erhöht werden. Der Unternehmer ist jedoch auch in diesem Falle nicht befugt, den Arbeitern mehr als die Hälfte der einfachen Auflage abzuziehen.

Es ist Sache des eidgenössischen Versicherungsamts, einen Betrieb als mit besonderer Erkrankungs- oder Unfallgefahr verbunden zu erklären und das Maß der Beitragserhöhung zu bestimmen.

Der Beschluß kann jederzeit aufgehoben oder abgeändert werden.

Gegen einen nach Maßgabe von Absatz 2 oder 3 oben gefaßten Beschluß des eidgenössischen Versicherungsamts ist die Beschwerde an den Bundesrat statthaft.

Art. 77.

Jeder Arbeitgeber ist verpflichtet, der Kasse den Lohn, welchen er dem obligatorisch Versicherten ausrichtet, anzugeben und sie von jeder erheblichen Veränderung in den Lohnverhältnissen in Kenntnis zu setzen.

Diese Pflicht der Auskunfterteilung über die Erwerbsverhältnisse liegt im Falle der Art. 6 und 7 und mit Bezug auf den freiwillig Vollversicherten dem Mitglied selbst ob.

Das eidgenössische Versicherungsamt wird für solche Meldungen Formularien aufstellen.

Die Bestimmungen von Art. 21, Absatz 3, 4 und 5, betreffend das Recht zur Einsichtnahme und den Mißbrauch dieses Rechtes, finden auch auf die Erwerbsangaben (Absatz 1 und 2 oben) Anwendung.

Art. 78.

Bei Jahresgehalt wird der dreihundertste, bei Monatsgehalt der fünfundzwanzigste Teil als täglicher Arbeitsverdienst angenommen.

Wo der Erwerb kein alltäglich gleichmäßiger ist, insbesondere bei Accordarbeit und Stundenlohn, ist der tägliche Arbeitsverdienst nach dem Durchschnitt zu berechnen.

Regelmäßige Geldzulagen und andere als Geldbezüge werden mitberechnet.

Besteht der Lohn ausschließlich oder in der Hauptsache in andern als Geldleistungen oder bezieht der Arbeiter überhaupt keine oder nur eine unverhältnismäßig geringe Gegenleistung, so ist derjenige Lohn maßgebend, welcher in der Gegend für gleiche oder ähnliche Arbeitsleistungen ausgerichtet wird.

Für solche Lehrlinge, Volontärs und jugendliche Arbeiter, welche keinen Lohn beziehen, ist der niederste Lohn eines erwachsenen Arbeiters in dem betreffenden Betrieb oder Betriebsteil, beziehungsweise in den nächstgelegenen gleichen oder gleichartigen Betrieben einzusetzen. Ebenso für Arbeiter mit einem Anfangslohn, sofern jener niederste Lohn höher ist. Wo besondere Gründe es rechtfertigen, kann für die in diesem Absatz bezeichneten Arten von Versicherten ein höherer als jener niederste Lohn angenommen werden.

Obige Bestimmungen finden auf die Festsetzung des Tagesverdienstes eines selbständig Erwerbenden analoge Anwendung.

Mit Bezug auf die Einschätzung nichterwerbender freiwilliger Mitglieder ist die Größe des Erwerbs von in ähnlichen Verhältnissen, wie sie, lebenden erwerbenden Personen maßgebend.

Der nach Vorschrift dieses Artikels ermittelte Taglohn beziehungsweise Tagesverdienst kommt nur in Betracht, soweit er den Betrag von 7 Franken 50 Rappen nicht übersteigt.

Art. 79.

Die obligatorischen und die vollversicherten freiwilligen Mitglieder werden nach Maßgabe ihres Tagesverdienstes (Art. 78) in folgender Weise in Lohnklassen eingeteilt:

1.	Klasse	Fr.	—. —	bis	und	mit	Fr.	1.	20
2.	„	„	1. 21	„	„	„	„	1.	50
3.	„	„	1. 51	„	„	„	„	1.	80
4.	„	„	1. 81	„	„	„	„	2.	40
5.	„	„	2. 41	„	„	„	„	3.	—
6.	„	„	3. 01	„	„	„	„	3.	60
7.	„	„	3. 61	„	„	„	„	4.	50
8.	„	„	4. 51	„	„	„	„	6.	—
9.	„	„	6. 01	„	„	„	„	7.	50

Die oberste Zahl jeder Klasse gilt, für die Berechnung sowohl der Auflagen als auch der Kassenleistungen, gleichmäßig als der Tagesverdienst sämtlicher zu dieser Klasse gehörenden Mitglieder.

Art. 80.

Gestützt auf die Angaben der Beteiligten und nach allfälligen weitern Erhebungen setzt der Vorstand der G.-K.-K. den Tagesverdienst und die Klassenzugehörigkeit fest und giebt davon den Beteiligten schriftlich Kenntnis.

Die Auflage wird im Falle des Rekurses vorläufig nach Maßgabe dieser Festsetzung erhoben. Erfolgt auf dem Rekursweg eine Abänderung, so wird zu viel Bezogenes vergütet, zu wenig Berechnetes nachbezogen.

Art. 81.

Der Arbeitgeber ist nicht berechtigt, den Auflagenanteil des Arbeiters anders als auf dem Wege des Lohnabzuges zu erheben. Hat er es unterlassen oder war er nicht in der Lage, den Prämienanteil bei der nächsten auf die Fälligkeit folgenden Lohnauszahlung abzuziehen, so darf er dies nur noch bei der nächstfolgenden nachholen. Spätere Abzüge sind sofort bar zurückzuerstatten.

Verabredungen zwischen Arbeitgeber und Arbeiter, durch welche eine größere als die gesetzliche Beitragsleistung des letztern festgesetzt wird, sind ungültig und der allfällig bereits erhobene Mehrbetrag ist sofort bar zu vergüten.

Der den Vorschriften dieses Artikels zuwiderhandelnde Arbeitgeber unterliegt versicherungspolizeilicher Ahndung.

Art. 82.

Dem Arbeitgeber, welcher trotz Mahnung die verfallene Auflage nicht einbezahlt, kann über diese hinaus ein Strafgeld bis auf den zehnfachen Betrag der Restanz zu Handen der G.-K.-K. auferlegt werden.

Bei offenbar böswilliger Säumnis kann außerdem, und zwar mit Bezug auf jede einzelne Auflage besonders, versicherungspolizeiliche Ahndung eintreten.

Art. 83.

Der G.-K.-K. und, im Fall des Art. 75, der Versicherungsgemeinde steht gegenüber jedem Schuldner für Auflage, Buße, Strafgeld und Schadenersatz das Recht der Anschlußpfändung ohne vorgängige Betreibung, nach Art. 111 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs, vom 11. April 1889, während einer Frist von 40 Tagen, und im Konkurs oder Pfändungsverfahren gegen den Schuldner das Privilegium in erster Klasse gemäß Art. 219 daselbst zu.

Art. 84.

Für die Zeit der Krankheit wird keine Auflage erhoben.

Ist das Mitglied nicht, infolge der Krankheit, gänzlich, sondern nur teilweise erwerbsunfähig, so findet ein entsprechender Teilnachlaß der Auflage statt, in welchem Fall sich der Betrag der in Art. 74 festgesetzten Abzugsberechtigung um die Hälfte dieses Nachlasses vermindert.

Im Falle von Art. 61 ist durch die Kasse die Auflage nachzuerheben.

Art. 85.

Alljährlich, so oft die Jahresrechnung einen Einnahmenüberschuß ergiebt, ist derselbe zur Bildung und Äufnung einer Reserve zu verwenden, bis diese das Doppelte der alljährlich neu zu berechnenden durchschnittlichen Ausgaben des Rechnungs- und des Vorjahres, diejenige an die Reserve selbst nicht mitgerechnet, erreicht haben, beziehungsweise, im Fall der vorausgegangenen Entnahme, wieder auf diesen Betrag ergänzt sein wird.

Wenn sich über die Ergänzung der Reserve auf den bisher höchsten Betrag und über eine weitere Einlage in dieselbe im Betrag eines Fünfteils der Auflageneinnahme des Rechnungsjahres, der Bundesrappen inbegriffen, hinaus noch ein Überschuß ergiebt, so soll dieser auf neue Rechnung vorgetragen werden. Sobald die Reserve den jeweiligen gesetzlichen Höchstbetrag, Absatz 1 oben, erreicht hat oder wieder auf denselben gebracht ist, so hören, solange die Reserve auf oder über dem jeweiligen gesetzlichen Höchstbetrag bleibt, die Einlagen aus den Jahresüberschüssen auf.

Die Reserve wird unter Vermittlung der Bundesbank zinstragend angelegt und von derselben unentgeltlich verwaltet.

Die Zinsen werden zur Reserve geschlagen.

Art. 86.

Ergeben sich bei Abzug der Einlagen in die eigene und die Verbandsreserve (Art. 150 ff.) zwei Jahre nacheinander freie Rechnungsüberschüsse, welche je mindestens dem fünften Teil der jeweiligen Auflageneinnahme, der Bundesrappen inbegriffen, gleichkommen, und läßt sich für das laufende Jahr ebenfalls ein günstiges Betriebsergebnis voraussehen, so ist der Einheitssatz der Auflagen auf den Beginn des nächstfolgenden Jahres angemessen zu reduzieren.

Ergiebt sich aus der Jahresrechnung umgekehrt, daß der bisherige Einheitssatz nicht ausreicht, und läßt sich für das laufende Jahr ebenfalls kein günstiges Betriebsergebnis

voraussehen, so findet eine Erhöhung, beziehungsweise Wiedererhöhung der Auflage, jedoch nicht über 4 % des täglichen Verdienstes (Art. 69), statt.

Art. 87.

Zeigt sich bei Abschluß der Jahresrechnung ein Ausfall, so entscheidet die Kreisbehörde nach Anhörung der Generalversammlungen der Arbeiter, beziehungsweise Delegierten, und der Arbeitgeber, sowie des zuständigen Organs der Versicherungsgemeinde, über die ganze oder teilweise Deckung dieses Ausfalles durch

a. Vortrag eines Passivsaldos auf neue Rechnung;
b. Entnahme aus der Kassenreserve;
c. Entnahme aus der Verbandsreserve nach Maßgabe des Verbandsvertrages;
d. Ersatz durch die Versicherungsgemeinde.

Für letzteren Ersatz steht der Versicherungsgemeinde kein Rückgriff auf die G.-K.-K. zu.

Art. 88.

Reicht der augenblickliche Kassabestand zur Deckung der fälligen Verbindlichkeiten nicht aus, so hat der Vorstand sofort die Kreisverwaltung zu benachrichtigen. Diese wird alsdann die Erhebung eines verzinslichen Vorschusses bei der Bundeskasse veranstalten und den Betrag des Vorschusses festsetzen. Handelt es sich um eine Entnahme oder einen Vorschuß von je mehr als zweitausend Franken, so ist die Genehmigung des eidgenössischen Versicherungsamts erforderlich.

Die Bundeskasse ist verpflichtet, auf das Visum der Kreisverwaltung, beziehungsweise des eidgenössischen Versicherungsamtes hin den Vorschuß zu leisten.

Die Vorschußschuld ist, sobald es die Kassenmittel gestatten und jedenfalls so früh zu tilgen, daß sie nicht bei Abschluß der Jahresrechnung auf neue Rechnung übertragen werden muß.

f. Organe, Verfassung und Geschäftsgang.

Art. 89.

Die notwendigen Organe der G.-K.-K. sind:

1. Die Generalversammlung der Mitglieder und das Bureau dieser Generalversammlung,
2. die Generalversammlung und der Ausschuß der Arbeitgeber,
3. der Vorstand und der Kassier,
4. die Rechnungsrevisoren.

Art. 90.

Die Generalversammlung der Mitglieder ist entweder eine solche der Arbeiter oder eine solche der Delegierten.

Der Entscheid hierüber ist für die konstituierende Generalversammlung Sache der zuständigen Organe der Versicherungsgemeinde, hernach Sache der Statuten.

Eine Änderung ist alsdann nur je auf Jahresbeginn statthaft.

Art. 91.

Die Generalversammlung der Arbeiter besteht aus denjenigen (obligatorischen und freiwilligen) Mitgliedern der G.-K.-K., welche das zwanzigste Altersjahr zurückgelegt haben und nicht nach Maßgabe von Art. 4 und 5 des Bundesgesetzes betreffend die persönliche Handlungsfähigkeit, vom 22. Brachmonat 1881, handlungsunfähig oder in ihrer Handlungsfähigkeit beschränkt sind.

Art. 92.

Die Generalversammlung der Delegierten wird aus der Mitte derjenigen Kassenmitglieder bestellt, welche die gemäß Art. 91 erforderlichen Eigenschaften besitzen.

Für die Festsetzung der Anzahl der Delegierten ist die Zahl der obligatorischen Mitglieder zur Zeit der Gründung und nachher die Zahl sämtlicher Mitglieder an jedem ersten Januar maßgebend, und es entfällt je ein Delegierter:

a. für die ersten eintausend Mitglieder auf je fünf;

b. für die zweiten tausend Mitglieder auf je zehn;

c. über diese zweitausend Mitglieder hinaus auf je zwanzig Mitglieder. Der Bruchteil von mehr als der Hälfte von fünf, zehn oder zwanzig wird für voll gerechnet.

Für die konstituierende Generalversammlung werden die Delegierten durch das zuständige Organ der Versicherungsgemeinde bezeichnet. Für die Folgezeit setzen die Statuten die Wahlart fest.

Art. 93.

Die Statuten können für bestimmte Beschlüsse der Generalversammlung der Delegierten die Genehmigung durch die stimmberechtigten Mitglieder (Art. 91) auf dem Weg der Urabstimmung mittelst der Urne vorschreiben und haben in diesem Fall das Verfahren des näheren festzusetzen.

Art. 94.

Die Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten, findet ordentlicherweise alljährlich einmal, an einem Sonntag im ersten Halbjahr, statt.

Der Vorstand ist verpflichtet, eine außerordentliche Generalversammlung anzuordnen, wenn die vorausgehende Generalversammlung es beschließt oder die Kreisbehörde oder das zuständige Organ der Versicherungsgemeinde oder die Generalversammlung der Arbeitgeber oder mindestens ein Zehnteil der Mitglieder der Kasse oder der Delegierten es schriftlich verlangen. Er ist auch jederzeit berechtigt, eine solche von sich aus anzuordnen.

Art. 95.

Die Einberufung der konstituierenden Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten erfolgt auf mindestens zehn Tage hinaus öffentlich durch das zuständige Organ der Versicherungsgemeinde, welches auch den Vorsitzenden und den Protokollführer bezeichnet.

Die konstituierende Generalversammlung erläßt, nötigenfalls in fortgesetzten Tagfahrten, die Statuten in offener Beratung und Abstimmung.

Die Teilnahme an den konstituierenden Generalversammlungen ist obligatorisch. Wer ohne ausreichende Entschuldigung in einer solchen Versammlung fehlt, wird durch das zuständige Organ der Versicherungsgemeinde, welches endgültig entscheidet, mit fünfzig Rappen zu Handen der G.-K.-K. gebüßt.

Nachdem die Statuten in Rechtskraft erwachsen sind, wird eine erste Generalversammlung nach Maßgabe der Statuten angeordnet.

Art. 96.

Der Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten, steht zu:

a. die Bestellung des Bureaus;

b. die Wahl des Vorstandes, der Rechnungsrevisoren und der Schiedsrichter (Art. 167);

c. der Entscheid über einen seitens des Vorstandes oder einer stimmberechtigten Person (Art. 106) oder einen nach Maßgabe von Art. 108 gestellten Antrag auf Abänderung der Statuten, und im Bejahungsfall die Vornahme der Statutenänderung;

d. die Festsetzung des Einheitssatzes der Vollauflage, sowie des Betrages oder der Beträge der Halbauflagen (Art. 71),

e. die Abnahme der Jahres- und anderer Rechnungen des Vorstandes;

f. die Genehmigung der Verträge von allgemeiner oder erheblicher Tragweite, insbesondere der Verträge mit Gemeinden (Art. 116) und der Verbandsverträge (Art. 150 ff.),

sowie die Erneuerung, Kündigung, Abänderung und Aufhebung solcher Verträge;

g. die Genehmigung des An- und Verkaufs von Liegenschaften;

h. die Feststellung, Aufhebung und Abänderung der Vorstands- und der Hausordnung (Art. 113 und 115);

i. die Erledigung von andern ihr durch ein Bundesgesetz oder durch die Statuten zugewiesenen Geschäften.

Art. 97.

Jede anwesende stimmberechtigte Person hat Eine Stimme.

Die Versammlung ist beschlußfähig, wenn mindestens ein Drittel der Stimmberechtigten an derselben teilnehmen.

Ist sie beschlußunfähig oder wird sie es im Verlauf, so ist die Versammlung aufzuheben und unter Beobachtung der statutarischen Vorschriften eine neue anzuordnen. Ist oder wird auch diese beschlußunfähig, so hat das Bureau hiervon sofort der Kreisverwaltung Kenntnis zu geben, worauf nach Maßgabe von Art. 127 verfahren wird.

Art. 98.

Die Generalversammlung der Arbeitgeber besteht aus denjenigen Personen, welche zur Zeit der Einberufung der Generalversammlung nach Maßgabe von Art. 73, litt. *a*, gegenüber der G.-K.-K. für Dritte beitragspflichtig sind.

Ist eine Vereinigung mehrerer Personen oder eine juristische Person Arbeitgeber, so wird sie durch denjenigen vertreten, welcher sich hierfür durch eine Vollmacht der Berechtigten ausweist.

Wohnt der Inhaber des Betriebs auswärts, so ist er berechtigt, selbst zu erscheinen oder eine in der Versicherungsgemeinde wohnhafte handlungsfähige Person, welche nicht Mitglied der G.-K.-K. ist, als Vertreter des Betriebes in der nächsten Generalversammlung, zu bezeichnen.

Statt eines handlungsunfähigen oder in seiner Handlungsfähigkeit beschränkten Arbeitgebers (Art. 91) gilt der gesetzliche Vertreter als Mitglied der Generalversammlung und kann, wenn er nicht selbst in der Versicherungsgemeinde wohnt und nicht selbst erscheint, seinen Stellvertreter aus der Zahl der in der Versicherungsgemeinde wohnhaften handlungsfähigen Personen, welche nicht Mitglieder der G.-K.-K. sind, bezeichnen.

Jede anwesende stimmberechtigte Person hat Eine Stimme.

Art. 99.

Mit Bezug auf die konstituierende Generalversammlung der Arbeitgeber finden die Bestimmungen des Art. 95 mit der Abweichung Anwendung, daß hier an die Stelle der Statuten (Art. 95, Absatz 2 und 4) das Reglement tritt und die Buße einen Franken beträgt.

Art. 100.

Die Generalversammlung der Arbeitgeber findet alsdann ordentlicherweise jährlich einmal und zwar innert vier Wochen nach der ordentlichen Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise Delegierten, statt.

Der Ausschuß ist verpflichtet, eine außerordentliche Generalversammlung anzuordnen, wenn die vorausgehende Generalversammlung der Arbeitgeber es beschließt oder die Kreisbehörde oder das zuständige Organ der Versicherungsgemeinde oder der Kassenvorstand oder mindestens ein Zehnteil der Arbeitgeber es verlangt. Er ist auch jederzeit berechtigt, eine solche von sich aus anzuordnen.

Art. 101.

Der Generalversammlung der Arbeitgeber steht zu:

a. die Bestellung des Bureaus (Ausschusses);

b. die Wahl der Schiedsrichter (Art. 168);

c. der Entscheid über einen seitens des Ausschusses oder eines Arbeitgebers (Art. 111, Absatz 2) oder nach Maßgabe von Art. 111, Absatz 4, und 103 gestellten Antrag auf Abänderung des Reglements, und im Bejahungsfall die Vornahme der Reglementsänderung.

d. die Beschlußfassung über die Kassenstatuten und über deren Abänderung (Art. 107 und 108), sowie über den Einheitssatz der Vollauflage und des Betrages oder der Beträge der Halbauflagen (Art. 71);

e. die Genehmigung der von der Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten abgenommenen Rechnungen (Art. 96, litt. *e*);

f. die Genehmigung von Beschlüssen, welche durch die Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten gefaßt worden sind, in den Fällen von Art. 96, litt. *f*, *g* und *h*;

g. die Erledigung anderer ihr durch ein Bundesgesetz zugewiesenen Geschäfte.

Die Bestimmungen von Art. 97, Absatz 2 und 3, finden auch auf die Generalversammlung der Arbeitgeber Anwendung.

Die Stelle eines Mitglieds des Bureaus (Ausschusses) ist ein unentgeltliches Ehrenamt.

Allfällige Auslagen für Einberufung einer Generalversammlung, Benützung von Lokalitäten für diese, Schreibmaterialien, Drucksachen, Publikationen und Porti werden durch die G.-K.-K. getragen.

Art. 102.

Niemand ist, mit Bezug auf die nämliche G.-K.-K., gleichzeitig in der Generalversammlung der Arbeiter, be-

ziehungsweise der Delegierten, und in der Generalversammlung der Arbeitgeber stimmberechtigt. Derjenige, welcher beiderlei Eigenschaften für die gleiche G.-K.-K. in sich vereinigt, besitzt das Wahlrecht und hat von seinem Entscheid dem Vorstand Kenntnis zu geben, widrigenfalls dieser nach fruchtlosem Ablauf der zur Ausübung des Wahlrechts angesetzten Frist von sich aus entscheidet.

Art. 103.

Die Statuten müssen Bestimmungen enthalten über

a. die Zusammensetzung der Generalversammlung (Art. 90) und, falls letztere aus den Delegierten besteht, über die Art der Wahl der Delegierten, welche alljährlich neu zu bestellen sind;

b. die Veröffentlichung von Anordnungen, Beschlüssen und Wahlen (Art. 22);

c. die Art der Einberufung der Generalversammlung, sowie die Frist zwischen der Einberufung und Abhaltung derselben;

d. die Pflicht oder die Freiheit der Beteiligung an der Generalversammlung und, im Falle des Obligatoriums, über die Höhe der Buße, welche jedoch einen Franken nicht übersteigen darf;

e. die Zusammensetzung und die höchstens drei Jahre betragende Amtsdauer des Bureaus der Generalversammlung;

f. die Art der Stimmgabe bei Wahlen durch die Generalversammlung, die Art und Weise der Antragstellung und der Beschlußfassung, sowie die Behandlung von Motionen und Anfragen in derselben;

g. die auf mindestens ein Jahr und nicht über drei Jahre anzusetzende Amtsdauer derjenigen Kassenorgane, deren Wahl der Generalversammlung zusteht, und über die Abberufung derselben;

h. die auf je mindestens drei anzusetzende Zahl der Mitglieder und Ersatzmänner des Vorstandes und die Zahl der Rechnungsrevisoren;

i. die Rechte und Obliegenheiten des Vorstandes;

k. die Entgeltlichkeit oder Unentgeltlichkeit der Thätigkeit der Mitglieder, der Ersatzmänner und des Protokollführers des Vorstandes, der Rechnungsrevisoren und Krankenbesucher, und im Fall der Entgeltlichkeit über die Höhe der Entschädigung;

l. die Art der Wahl und die Anstellungsdauer des Kassiers und von andern Angestellten der G.-K.-K., sowie über die Höhe oder den Höchstbetrag der Besoldung;

m. das Meldewesen, die Art und Weise der Erhebung der Auflagen und der Ausrichtung der Krankengelder;

n. die Kassaführung und die Frage der Kautionsleistung durch den Kassier und andere Angestellte der G.-K.-K.;

o. diejenigen anderen Gegenstände, deren Erledigung durch ein Bundesgesetz den Statuten zugewiesen wird.

Sache der Statuten sind ferner die Festsetzung eines Eintrittsgeldes (Art. 32) und die Änderung der Freizügigkeitsfristen (Art. 35), sowie Bestimmungen im Sinne der Art. 114, Absatz 1, 115, Absatz 3, und 117. Sache der Statuten oder der Vorstandsordnung sind ferner Bestimmungen im Sinne von Art. 113, letzter Absatz.

Art. 104.

Die Statuten dürfen Bestimmungen enthalten und die Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise Delegierten, darf Beschlüsse fassen über in diesem Gesetz nicht vorgesehene, jedoch mit dem Zweck der G.-K.-K. zusammenhängende Gegenstände, so über die Errichtung und den Betrieb eigener Heilanstalten, über die Beteiligung an der Errichtung und dem Betrieb solcher, über den Ankauf von Arzneien, andern Heilmitteln und zur Heilung dienlichen

Gegenständen, ebenso über die Verabfolgung der in Art. 49 und Art. 53, Absatz 1—3, bezeichneten Leistungen an

a. Mitglieder über die in Art. 51, Absatz 1, festgesetzte Zeit hinaus, und

b. in der Versicherungsgemeinde wohnhafte Nichtmitglieder, beides gegen Entschädigung, welche zum mindesten die Selbstkosten decken soll.

Art. 105.

Es ist unzulässig, in die Statuten solche Bestimmungen aufzunehmen, und die Organe der G.-K.-K. dürfen keine solchen Beschlüsse fassen, welche

a. mit dem Zwecke der Krankenversicherung in keinem unmittelbaren Zusammenhang stehen, oder

b. auf eine im Gesetz nicht vorgesehene Zu- oder Aberkennung, Erhöhung oder Verminderung der Kassenleistungen, Verschärfung oder Erleichterung der Voraussetzungen der Mitgliedschaft gerichtet sind, oder

c. nach Maßgabe der bisherigen Betriebsergebnisse ein Deficit zur Folge haben oder

d. die Selbständigkeit der Kasse gefährden würden.

Art. 106.

Die Abänderung der Statuten ist in erster Linie Sache der Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten (Art. 96, litt. *c*), und unterliegt der Urabstimmung, falls eine solche durch die Statuten für eine Statutenänderung vorgeschrieben ist (Art. 93).

Sowohl der Vorstand als auch jede stimmberechtigte Person (Art. 91) sind befugt, der Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten, eine Statutenänderung zu beantragen.

Ein solcher Antrag muß jedoch den Mitgliedern der Generalversammlung spätestens gleichzeitig mit der Einberufung bekannt gegeben werden.

Art. 107.

Die Statuten und jede Abänderung derselben bedürfen der Zustimmung sowohl der Generalversammlung der Arbeitgeber als auch des zuständigen Organs der Versicherungsgemeinde, sowie der Genehmigung seitens des Kreisrates.

Im Falle jener Zustimmung darf diese Genehmigung nur verweigert werden, wenn die Statuten mit den Vorschriften dieses Gesetzes oder solcher Verordnungen des Bundesrates oder des eidgenössischen Versicherungsamtes, welchen in diesem Gesetz ausdrücklich gerufen wird, in Widerspruch stehen.

Im Falle der Nichtgenehmigung seitens des Kreisrates oder der Verweigerung der Zustimmung seitens der Generalversammlung der Arbeitgeber oder seitens des zuständigen Organs der Versicherungsgemeinde entscheidet der Kreisrat, wenn es sich um die erstmalige Feststellung der Statuten handelt, über den Inhalt und Wortlaut derselben, und, wenn es sich um eine Abänderung der Statuten handelt, über die Aufrechterhaltung oder Abänderung der bisherigen Statuten, und letzternfalls über den Umfang und Inhalt der Abänderung.

Wird gegen den Entscheid des Kreisrates Rekurs erhoben, so gelten die obigen Grundsätze auch für die Beurteilung dieses Rekurses.

Art. 108.

Sowohl die Generalversammlung der Arbeitgeber als auch das zuständige Organ der Versicherungsgemeinde, als auch der Kreisrat sind jederzeit berechtigt, die bestehenden Statuten zu beanstanden und deren Abänderung zu beantragen. Nach Eingang eines solchen Antrages ist derselbe innert drei Monaten der Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten zum Entscheid vorzulegen. Wird der Antrag angenommen und ändert die Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten, die Statuten, so ist im weitern das in Art. 107 vorgeschriebene Verfahren einzuschlagen.

Art. 109.

Die Bestimmungen der Art. 107 und 108 finden ebenfalls Anwendung auf

a. die Festsetzung des Einheitssatzes der Voll- und der Höhe der Halbauflage,

b. die Verträge von allgemeiner oder erheblicher Tragweite, insbesondere die Verträge mit Gemeinden (Art. 116) und die Verbandsverträge (Art. 150 ff.),

sowie die Erneuerung, Kündigung, Abänderung und Aufhebung solcher Verträge,

und ebenso Beschlüsse, welche nach Maßgabe von Art. 104 gefaßt worden sind,

c. den An- und Verkauf von Liegenschaften,

d. die Vorstands- und die Hausordnung (Art. 113 und 115).

Art. 110.

Das Reglement der Generalversammlung der Arbeitgeber muß Bestimmungen enthalten über:

a. die Art der Einberufung der Generalversammlung, sowie die Frist zwischen der Einberufung und Abhaltung derselben;

b. die Pflicht oder die Freiheit der Beteiligung an der Generalversammlung und, im Fall des Obligatoriums, über die Höhe der Buße, welche jedoch zwei Franken nicht übersteigen darf;

c. die Zusammensetzung und die auf mindestens ein Jahr und höchstens drei Jahre anzusetzende Amtsdauer, sowie die Abberufung des Bureaus (Ausschusses) der Generalversammlung;

d. die Art der Stimmgabe bei Wahlen durch die Generalversammlung, die Art und Weise der Antragstellung und der Beschlußfassung, sowie die Behandlung von Motionen und Anfragen in derselben;

e. die Ausübung oder den Verzicht auf die Ausübung des Rechts, einen Vertreter in den Vorstand zu entsenden (Art. 118), und im ersteren Fall die auf höchstens drei Jahre anzusetzende Amtsdauer und die Abberufung des Vertreters, sowie die durch die G.-K.-K. an denselben auszurichtende Entschädigung, welche jedoch nicht höher als die einem Mitglied des Vorstandes zukommende angesetzt werden darf.

Art. 111.

Die Abänderung des Reglements ist in erster Linie Sache der Generalversammlung der Arbeitgeber (Art. 101, litt. *c*).

Sowohl der Ausschuß als auch jede nach Art. 98 stimmberechtigte Person sind befugt, der Generalversammlung der Arbeitgeber eine Abänderung des Reglements zu beantragen.

Ein solcher Antrag muß jedoch den Arbeitgebern (Art. 98, Absatz 1) oder den gesetzlichen Vertretern (Art. 98, Absatz 4) spätestens gleichzeitig mit der Einberufung bekannt gegeben werden.

Die Bestimmungen der Art. 107 und 108 finden auch auf das Reglement (Art. 110) Anwendung, mit der Abänderung, daß hier der Vorstand der G.-K.-K. an die dortige Stelle der Generalversammlung der Arbeitgeber und diese an die dortige Stelle der Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten, tritt.

Art. 112.

Der Vorstand besteht aus mindestens drei Mitgliedern und mindestens drei Ersatzmännern und wird ausschließlich aus solchen Mitgliedern der G.-K.-K. bestellt, welche sowohl nach Bundes- als auch nach dem kantonalen Recht des Wohnsitzes vollständig handlungsfähig sind. Wer die Fähigkeit, gewählt zu werden, verliert und sie nicht innert vier

Wochen wieder erlangt, hört damit auch auf, Mitglied, beziehungsweise Ersatzmann des Vorstandes zu sein.

Es besteht kein Amtszwang. Der Gewählte wird jedoch als annehmend betrachtet, wenn er nicht, sofern er in der Wahlversammlung anwesend ist, sofort ablehnt, oder, sofern er nicht zugegen war, innert vier Tagen seit der schriftlichen Wahlanzeige dem Bureau der Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten von der Ablehnung Kenntnis giebt.

Über das innert der Amtsdauer eingereichte Entlassungsgesuch eines Vorstandsmitgliedes oder Ersatzmannes entscheidet die nächste Generalversammlung; der Gesuchsteller verbleibt Mitglied, beziehungsweise Ersatzmann des Vorstandes, bis er ersetzt ist; der im zweiten Satz des ersten Absatzes bezeichnete Fall ist ausgenommen.

Nicht annehmende oder ausgetretene oder entlassene Mitglieder oder Ersatzmänner sind sofort oder spätestens in der nächsten Generalversammlung zu ersetzen.

Der alte Vorstand bleibt im Amt, bis der neue Vorstand gewählt ist und eine gültige Sitzung abhält.

Art. 113.

Der Vorstand betreibt das Geschäft der G.-K.-K.

Er ist zu sparsamem Kassenhaushalt verpflichtet.

Er entscheidet über den Ein- und Austritt der obligatorischen und der freiwilligen Mitglieder und übt die nach einem Bundesgesetze oder den Statuten ausdrücklich ihm, sowie die nicht durch ein Bundesgesetz oder die Statuten ausdrücklich einem andern Kassenorgane zugewiesenen, der Kasse zustehenden Befugnisse und Obliegenheiten aus.

Die Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten kann eine besondere Vorstandsordnung erlassen, auf welche alsdann die Bestimmungen von Art. 107 und 108 ebenfalls Anwendung finden.

Der Vorstand ist beschlußfähig, wenn mindestens zwei Drittel der Mitglieder selbst anwesend oder durch Ersatzmänner vertreten sind. Bei Beschlüssen und Wahlen entscheidet die Mehrheit der wirklich Stimmenden.

Die Statuten oder die Vorstandsordnung bestimmen, ob der Vorsitzende und dessen Stellvertreter durch die Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten oder durch den Vorstand selbst gewählt werden.

Art. 114.

Über die Verhandlungen des Vorstandes wird ein Protokoll geführt. Der Vorstand wählt aus oder außer seiner Mitte den Protokollführer, der, sofern die Statuten nicht anders bestimmen, nicht Kassenmitglied zu sein braucht, auf längstens seine eigene Amtsdauer.

Der Vorsitzende und der Protokollführer des Vorstandes führen die Unterschrift namens der Kasse.

Art. 115.

Das Meldewesen, die Einnahmen und Ausgaben der Kasse, sowie die Verwaltung des Kassenvermögens, werden von dem Kassier besorgt.

Dem Kassier können Gehülfen und andere Angestellte beigegeben, auch können für das Meldewesen, ebenso die Verwaltung des Kassenvermögens oder einzelner Teile desselben besondere Personen angestellt werden.

Sofern die Statuten nicht anders bestimmen, brauchen der Kassier, die Gehülfen und übrigen Angestellten nicht Mitglieder der Kasse zu sein.

Mit Bezug auf die Befugnisse und Obliegenheiten des Kassiers und der übrigen Angestellten der G.-K.-K. kann die Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten, besondere Hausordnungen erlassen, auf welche alsdann die Bestimmungen von Art. 107 und 108 ebenfalls Anwendung finden.

Der Kassier und die übrigen Angestellten der G.-K.-K. stehen unter der Aufsicht des Vorstandes und haben seine innert der Vorstandsbefugnisse erlassenen Anordnungen zu befolgen.

Art. 116.

Auf dem Wege der Vereinbarung zwischen der G.-K.-K. und der Versicherungs- oder einer politischen oder einer Ortsgemeinde können der Einzug der Beiträge und die Auszahlung der Kassenleistungen, sowie das Meldewesen, ebenso die Verwaltung des Kassenvermögens einem oder mehreren Gemeindeorganen gegen Entschädigung oder ohne eine solche auf bestimmte oder unbestimmte Zeit übertragen werden. In diesem Fall haftet die betreffende Gemeinde für die getreue Amtsführung ihrer Organe.

Mit Bezug auf das Verfahren bei Abschluß einer solchen Vereinbarung, sowie bei deren Kündigung, Abänderung oder Aufhebung seitens der Kasse gelten die für die Festsetzung und Änderung der Statuten bestehenden Bestimmungen. (Art. 107 und 108.)

Solche Vereinbarungen, sowie die zur Entgegennahme von Meldungen bestimmten Gemeindelokalitäten sind öffentlich bekannt zu geben.

Art. 117.

Der Vorstand bestellt die Krankenbesucher, welche, sofern die Statuten nicht anders bestimmen, nicht Mitglieder der G.-K.-K. zu sein brauchen, und setzt deren allgemeine und besondere Obliegenheiten fest.

Art. 118.

Sowohl das zuständige Organ der Versicherungsgemeinde als auch die Generalversammlung der Arbeitgeber (Art. 110, litt. *e*) sind berechtigt, sich im Vorstand durch je eine Person nach ihrer Wahl vertreten zu lassen. Es kann jedoch niemand gleichzeitig Mitglied des Vorstandes und ein solcher Vertreter sein.

Der Vertreter der Versicherungsgemeinde und derjenige der Generalversammlung der Arbeitgeber besitzen beratende Stimme und das Recht der Antragstellung. Sie sind befugt, von den Protokollen, der Buchführung und den Belegen jederzeit Einsicht zu nehmen. Sie sind nicht für die Vorstandsbeschlüsse verantwortlich.

Art. 119.

Die ordentliche Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten wählt aus ihrer Mitte alljährlich die Rechnungsrevisoren, welche die nächste Jahresrechnung an Hand der Protokolle und Belege zu prüfen und mit Bezug auf dieselbe der nächsten ordentlichen Generalversammlung Bericht und Antrag zu stellen haben.

Die Bestimmungen von Art. 112, Absatz 2, 3 und 4, finden auch auf die Rechnungsrevisoren Anwendung.

Die Rechnungsrevisoren sind befugt, auch vor Abschluß der Jahresrechnung jederzeit von den Protokollen, der Buch- und Kassaführung und den Belegen Einsicht zu nehmen.

Die Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten kann beschließen, daß den Rechnungsrevisoren besondere Sachverständige, welche nicht Mitglieder der Kasse zu sein brauchen, beigegeben werden, und ist befugt, selbst dieselben zu wählen und deren Entschädigung festzusetzen oder den Vorstand mit der Wahl und mit der Festsetzung der Entschädigung zu betrauen.

Art. 120.

Der Vorstand setzt alljährlich spätestens im Februar den Bericht und die Rechnung für das abgelaufene Betriebsjahr fest.

Das eidgenössische Versicherungsamt wird auf dem Verordnungsweg Vorschriften über die Form des Berichtes und der Rechnung erlassen.

Rechnung und Bericht werden durch den Vorstand spätestens Ende Februar den Rechnungsrevisoren übermittelt und nachher nebst den Belegen während mindestens zehn Tagen vor der ordentlichen Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten, im Kassenlokal (Art. 45, erster Absatz) zur Einsichtnahme durch die Mitglieder der Kasse aufgelegt.

Art. 121.

Die ordentliche Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten berät, nötigenfalls in fortgesetzten Tagfahrten, auf den Bericht und Antrag der Rechnungsrevisoren, beziehungsweise der Sachverständigen, über den Jahresbericht und die Jahresrechnung und faßt alsdann einen Beschluß über Genehmigung oder Nichtgenehmigung.

Art. 122.

Im Fall der Genehmigung werden Jahresbericht, Jahresrechnung und Bericht der Rechnungsrevisoren, beziehungsweise der Sachverständigen, nebst dem Genehmigungsbeschluß unverzüglich dem Ausschuß der Generalversammlung der Arbeitgeber übermittelt, worauf diese in ihrer ordentlichen Versammlung über den Gegenstand berät und Beschluß faßt.

Art. 123.

Der Ausschuß leitet alsdann das Geschäft sofort an das zuständige Organ der Versicherungsgemeinde über, welches den Jahresbericht, die Jahresrechnung, den Bericht der Rechnungsrevisoren, beziehungsweise der Sachverständigen, und die gemäß Art. 121 und 122 gefaßten Beschlüsse nebst allfälligen eigenen Ausstellungen dem Kreisrat übermittelt. Der Kreisrat setzt hierauf, nötigenfalls nach Vornahme weiterer Erhebungen, die Jahresrechnung fest und giebt davon, sowie von seinen allfälligen Censurbemerkungen, dem Vorstand, dem Ausschuß und dem zuständigen Organe der Versicherungsgemeinde schriftlich Kenntnis.

Art. 124.

Im Fall der Nichtgenehmigung der Rechnung durch die Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten, hat das Bureau die Kreisverwaltung sofort davon in Kenntnis zu setzen. Der Kreisrat verfügt alsdann die Niedersetzung einer Untersuchungskommission. Diese besteht aus dem Kreisverwalter oder einem Mitglied des Kreisrates als Vorsitzendem und vier Mitgliedern, wovon zwei von der Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten, eines von der Generalversammlung der Arbeitgeber, je aus ihrer Mitte, und eines von dem zuständigen Organ der Versicherungsgemeinde gewählt werden.

Die der Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten zustehende Wahl findet zum voraus, unmittelbar nach jener Nichtgenehmigung, statt.

Die Kommission stellt nach stattgefundener Untersuchung die Rechnung fest und trifft die nötigen Anordnungen. Die Beschlüsse der Kommission werden dem Vorstand, dem Ausschuß der Arbeitgeber und dem zuständigen Organ der Versicherungsgemeinde schriftlich mitgeteilt.

Art. 125.

Die Mitglieder und Ersatzmänner des Vorstandes, sowie die Rechnungsrevisoren sind der Kasse solidarisch für denjenigen Schaden verantwortlich, welchen sie infolge Verletzung oder Vernachlässigung der ihnen obliegenden Pflichten erleidet.

Sowohl die gemäß Art. 124 bestellte Kommission, als auch jederzeit die Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten, oder der Kreisrat, von sich aus oder auf den Antrag der Generalversammlung der Arbeitgeber oder des zuständigen Organs der Versicherungsgemeinde, sind befugt, die Verantwortlichkeitserklärung gegen bestimmte Personen zu erlassen, worauf die bereits bestehende oder eine nach Vorschrift von Art. 124 erst zu bestellende

Kommission die Klage namens der Kasse vor dem zuständigen Gerichte anhebt und durchführt. Ein Vergleich oder Abstand von der Klage bedarf der Zustimmung der Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten, der Generalversammlung der Arbeitgeber, sowie des zuständigen Organs der Versicherungsgemeinde.

Art. 126.

Der Protokollführer des Vorstandes, der Kassier und seine Gehülfen, die übrigen Angestellten und die Krankenbesucher sind der Kasse nach Maßgabe von Art. 113 des Bundesgesetzes über das Obligationenrecht, vom 14. Brachmonat 1881, für den von ihnen angerichteten Schaden verantwortlich. Der Vorstand kann von sich aus und muß, wenn eine der beiden Generalversammlungen oder das zuständige Organ der Versicherungsgemeinde oder der Kreisrat es verlangt, die Schadenersatzklage vor dem zuständigen Gerichte anheben und durchführen. Ein Vergleich oder Abstand von der Klage bedarf der Zustimmung des Kreisrates und, wenn der Vorstand nicht von sich aus geklagt hat, der Zustimmung von derjenigen Seite, von welcher die Klageanhebung begehrt worden ist.

Art. 127.

Können infolge von beständigen Wahlablehnungen das Bureau der Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten, oder das Bureau der Generalversammlung der Arbeitgeber oder der Vorstand oder die Rechnungsrevisionsbehörde nicht vollständig bestellt werden, oder läuft aus einem andern Grund der ordnungsmäßige Betrieb des Kassengeschäfts ernstliche Gefahr, so trifft das eidgenössische Versicherungsamt nach Anhörung der Kreisbehörde, und in dringenden Fällen diese vorläufig von sich aus, die zur Sicherung des Fortbetriebs nötigen Anordnungen auf Kosten der Kasse und bestimmt die Dauer dieses Ausnahmezustandes.

Ist dieser durch die Pflichtverletzung bestimmter Personen verschuldet, so sind dieselben für allen Schaden und alle besonderen Kosten verantwortlich und entscheidet das eidgenössische Versicherungsamt, durch wen namens der Kasse und gegen wen die Schadenersatzklage vor dem zuständigen Gerichte geführt werden soll, sowie über einen Vergleich und über den Abstand von der Klage.

Art. 128.

Mit Bezug auf die Verjährung der in Art. 125—127 vorgesehenen Schadenersatzklagen gelten die Bestimmungen von Art. 146 ff. des Bundesgesetzes über das Obligationenrecht, vom 14. Brachmonat 1881.

3. Die Betriebskrankenkassen.

Art. 129.

Beschäftigt ein Betrieb durchschnittlich mindestens einhundert versicherungspflichtige Personen, so kann dem Betriebsunternehmer auf seinen Antrag bewilligt werden, eine eigene Betriebskrankenkasse zu errichten.

Wenn die besondere Art des Betriebes es als angezeigt erscheinen läßt, insbesondere wenn der Betrieb mit besonderer Erkrankungs- oder Unfallsgefahr verbunden ist, so kann auf den Antrag des Betriebsunternehmers oder einer der Generalversammlungen der G.-K.-K. oder des Vorstandes der G.-K.-K. oder des zuständigen Organs der Versicherungsgemeinde, oder auch ohne solchen Antrag und auch bei geringerer als der oben festgesetzten Arbeiterzahl, dem Betriebsunternehmer die Errichtung einer eigenen Betriebskrankenkasse aufgegeben werden.

Liegen die einzelnen Teile eines Betriebes örtlich auseinander, so kann für jeden oder für einen oder für mehrere dieser Teile eine besondere Betriebskrankenkasse errichtet werden, insofern mit Bezug auf eine solche jeweilen das

im ersten Absatz dieses Artikels festgesetzte Erfordernis, oder die im zweiten Absatz dieses Artikels bezeichnete Voraussetzung zutrifft.

Im übrigen ist es unzulässig, nur für einzelne Arbeiter oder einzelne Klassen von Arbeitern des nämlichen Betriebes oder des nämlichen Betriebsteils eine besondere Betriebskrankenkasse zu errichten.

Art. 130.

Die Bewilligung, beziehungsweise Anordnung der Errichtung einer Betriebskrankenkasse ist Sache des eidgenössischen Versicherungsamts, welches den, gleichviel ob bejahenden oder verneinenden, Beschluß, unter Bezeichnung der Gründe, dem Betriebsunternehmer, der beteiligten Arbeiterschaft desselben, dem Vorstand und dem Arbeitgeberausschuß der G.-K.-K., sowie dem zuständigen Organe der Versicherungsgemeinde schriftlich mitteilt.

Gegen den Beschluß des eidgenössischen Versicherungsamts ist der Rekurs an den Bundesrat statthaft.

Art. 131.

Die Betriebskrankenkasse steht unter der unmittelbaren Aufsicht der Kreisbehörde.

Erstreckt sich derjenige Betrieb oder derjenige Betriebsteil, für welchen eine eigene B.-K.-K. besteht, über mehrere Kreise, so wird die B.-K.-K. derjenigen Kreisbehörde unterstellt, in deren Gebiet sich der Hauptbetrieb befindet, und bestellt eine solche B.-K.-K. ihre Schiedsrichter (Art. 167) lediglich für diesen Kreis. Für den Entscheid ist das Versicherungsamt zuständig.

Art. 132.

Betriebskrankenkassen wirtschaftlicher Betriebe der Eidgenossenschaft oder großer anderer Betriebe können durch den Bundesrat unmittelbar dem Versicherungsamt unter-

stellt werden, welches alsdann die ihm an Stelle der Kreisbehörde zustehenden Befugnisse und Obliegenheiten selbst oder durch das Mittel der von ihm zu bezeichnenden Kreisbehörden ausübt.

Der Bundesrat wird darauf Bedacht nehmen, daß die Mitglieder solcher Betriebskrankenkassen hinsichtlich ihres Anspruches auf Selbstverwaltung nicht verkürzt werden.

Art. 133.

Ein Betriebsunternehmer, welcher der gemäß Art. 129, Absatz 2, an ihn erlassenen Aufforderung, eine eigene B.-K.-K. zu errichten, nicht innert der durch die Kreisbehörde gesetzten Frist nachkommt, kann dazu verhalten werden, der G.-K.-K. solche Kassenleistungen zu ersetzen, welche im Fall rechtzeitiger Errichtung der B.-K.-K. dieser obgelegen hätten, und der G.-K.-K. mit Bezug auf diese Ersatzpflicht genügende Kaution zu leisten, deren Höhe durch die Kreisbehörde festgesetzt wird.

Die Anwendung der Bestimmung von Art. 76 und die versicherungspolizeiliche Ahndung bleiben vorbehalten.

Art. 134.

Sämtliche versicherungspflichtige Personen, welche in demjenigen Betriebe oder demjenigen Betriebsteile, für den eine B.-K.-K. besteht, beschäftigt sind und ihrer Versicherungspflicht nicht in einer eingeschriebenen Kasse Genüge leisten (Art. 181), sind obligatorische Mitglieder der B.-K.-K.

Entstehen Streitigkeiten über die Frage, ob ein Versicherungspflichtiger der G.-K.-K. oder der B.-K.-K. angehöre, so entscheidet darüber diejenige Kreisbehörde, welcher die B.-K.-K. unterstellt ist, mit auf den Beginn des Streites rückwirkender Kraft. Bis zum rechtskräftigen Entscheid gilt vorläufig der Entscheid des Vorstandes der G.-K.-K.

Art. 135.

Die obligatorische Mitgliedschaft hört mit dem Austritt aus demjenigen Betriebe oder Betriebsteile auf, für welchen die B.-K.-K. besteht.

Als ausgetreten wird des weitern dasjenige Mitglied betrachtet, welches einer eingeschriebenen Kasse beitritt (Art. 181).

Die Bestimmung betreffend den Nachgenuß (Art. 29) gilt auch für die obligatorischen Mitglieder der B.-K.-K.

Art. 136.

Die Statuten können die freiwillige Mitgliedschaft, mit Voll- und Halbversicherung oder nur Vollversicherung oder nur Halbversicherung, für solche Personen einführen, welche

a. nicht versicherungspflichtig sind, und

b. dem Betrieb als Angestellte angehören oder als Unternehmer oder Angestellte angehört haben oder Glieder der Familie des Unternehmers oder der Familie eines Mitgliedes der B.-K.-K. sind.

Eine solche Bestimmung kann auf dem Wege der Statutenänderung wieder aufgehoben werden. Der Aufhebungsbeschluß darf sich jedoch nicht auf die bisherigen freiwilligen Mitglieder beziehen.

Der Betriebsunternehmer kann nicht selbst Mitglied der B.-K.-K. sein.

Die Statuten setzen die Eintrittsbedingungen innert den Schranken von Art. 32, Absatz 2, sowie die Voraussetzungen des freiwilligen Austrittes und des Ausschlusses fest, dürfen jedoch mit Bezug auf den Ausschluß keine für das Mitglied ungünstigeren Bestimmungen als die in Art. 39, Absatz 1, enthaltenen aufstellen.

Die Bestimmungen von Art. 39, Absatz 2, 3 und 4, sowie von Art. 41, 42 und 43 finden auch auf die freiwilligen Mitglieder der B.-K.-K. und die Vertreter von solchen Anwendung.

Die Statuten setzen fest, wie weit die Vorschrift von Art. 29 auch auf die freiwilligen Mitglieder der B.-K.-K. Anwendung finde.

Die gemäß diesem Artikel der Festsetzung durch die Statuten überlassenen Bestimmungen, sowie jede Abänderung von solchen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der besonderen Genehmigung durch das eidgenössische Versicherungsamt. Der Rekurs an den Bundesrat ist statthaft.

Art. 137.

Der Betriebsunternehmer hat innerhalb der Betriebsräume auf seine Kosten ein geeignetes Lokal für den Betrieb der Kasse bereit zu halten, sowie diejenigen von ihm zu löhnenden Personen innerhalb des Betriebs zu bezeichnen, bei denen die auf den Kassenbetrieb bezüglichen Anmeldungen anzubringen sind.

Solche Lokale und Personen sind auf Kosten des Unternehmers öffentlich zu verzeigen.

Art. 138.

Mit Bezug auf das Verfahren bei Erkrankungen gelten die Bestimmungen der Art. 46—48.

Die Statuten setzen die Leistungen der Kasse fest.

Diese müssen jedoch sowohl mit Bezug auf die voll- als auch mit Bezug auf die halbversicherten Mitglieder mindestens dasjenige betragen, was für die G.-K.-K. vorgeschrieben ist, und mindestens ebensoviel und auf mindestens die gleiche Dauer.

Die für die G.-K.-K. festgestellten Befugnisse des Vorstandes mit Bezug auf die in sein Ermessen gestellten Mehrleistungen der Kasse dürfen nicht im Sinne der Verminderung der Kassenleistungen beschränkt werden.

Der Entzug oder eine Verminderung der Kassenleistungen darf in keinen andern Fällen und nicht in höherem Maße und nicht bälder stattfinden, als es in diesem Gesetze mit

Bezug auf die G.-K.-K. vorgeschrieben oder als zulässig erklärt ist. Die Bestimmung von Art. 136, Absatz 6, bleibt vorbehalten.

Im übrigen gelten die Bestimmungen von Art. 42, Absatz 1, 52—56, 65 und 66 auch für die B.-K.-K.

Art. 139.

Hinsichtlich der Aufbringung der Mittel und der Reserve gelten die Bestimmungen der Art. 67—74, 77—81 und 84—86 mit den nachstehenden Abweichungen und Ergänzungen.

Fabrikbußen (Art. 7, Absatz 3, des Bundesgesetzes über die Arbeit in den Fabriken, vom 23. März 1877) fallen in die Reserve der B.-K.-K.

An die Stelle der Monatsauflage (Art. 70, 72 und 74) kann durch die Statuten die Zahltagsauflage gesetzt werden und gilt alsdann auch für die freiwilligen Mitglieder. Fällt jedoch der Jahreswechsel zwischen zwei Zahltage, so ist nur der auf das alte Jahr entfallende Teil der Auflage in der Jahresrechnung als Einnahme zu verrechnen.

Zeigt sich bei Abschluß der Jahresrechnung ein Deficit, so ist dasselbe, soweit nicht der Kreisrat den Übertrag auf neue Rechnung oder eine Reservenentnahme gestattet und nicht der Reservenverband in Mitleidenschaft gezogen werden kann, vom Betriebsunternehmer zu ersetzen. Er ist nicht berechtigt, sich für die Nachzahlung am Arbeiter oder an den andern Kassenmitgliedern zu erholen.

Reicht der augenblickliche Kassabestand zur Deckung der fälligen Verbindlichkeiten nicht aus, so hat der Betriebsunternehmer den Fehlbetrag unverzinslich vorzuschießen. Der Vorschuß ist, sobald es die Kassenmittel gestatten, zu verrechnen.

Art. 140.

Ist der Betriebsunternehmer säumig in der Erfüllung seiner Verbindlichkeiten, so hat der Kassenvorstand davon sofort die Kreisverwaltung in Kenntnis zu setzen. Diese

Behörde setzt dem Säumigen eine Erfüllungsfrist von höchstens zwei Wochen an und kann nach fruchtlosem Ablauf dieser Frist als gesetzlicher Vertreter der Kasse den Konkurs über den Säumigen beantragen, sowie einen Vertreter der Kasse bestellen, welcher die Rechte derselben im Konkurs des Betriebsunternehmers zu wahren hat.

Das nämliche Verfahren findet im Interesse der G.-K.-K. statt, wenn der Betriebsunternehmer in der Leistung der in Art. 133 vorgesehenen Kaution säumig ist.

Art. 141.

Dem Art. 190, Absatz 1, des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs, vom 11. April 1889, wird eine neue Ziffer 4 beigefügt, lautend:

4. im Fall von Art. 140, erster und zweiter Absatz, des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung.

Der Art. 19 des Bundesgesetzes über die Verpfändung und Zwangsliquidation der Eisenbahnen, vom 24. Brachmonat 1874, wird dahin abgeändert, daß nach den Worten „oder bis zum Konkurs betrieben ist“ die Worte eingeschaltet werden: „oder die nach Art. 140, Absatz 1 und 2, des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung angesetzte Frist fruchtlos abgelaufen ist“.

Art. 142.

Der B.-K.-K. und im Falle von Art. 133 der G.-K.-K. steht im Konkurs des Betriebsunternehmers für sämtliche Guthaben das Privilegium in erster Klasse gemäß Art. 219 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs, vom 11. April 1889, zu. Bei der Zwangsliquidation einer Eisenbahn wird das Guthaben der Kasse in Ziffer 2 von Art. 38 des Bundesgesetzes über Verpfändung und Zwangsliquidation der Eisenbahnen, vom 24. Brachmonat 1874, eingereiht.

Hinsichtlich anderer Schuldner von Auflagen, Bußen, Strafgeld und Schadenersatz gilt die Bestimmung von Art. 83.

Art. 143.

Hinsichtlich der Organe, der Verfassung und des Geschäftsganges der B.-K.-K. gelten die für die G.-K.-K. bestehenden Bestimmungen (Art. 89—128) mit folgenden Abänderungen:

a. An die Stelle der Generalversammlung der Arbeitgeber tritt der Betriebsunternehmer. Die Bestimmungen betreffend das Reglement der Generalversammlung der Arbeitgeber fallen dahin. Ist eine Vereinigung mehrerer Personen oder eine juristische Person Betriebsunternehmer, so wird sie durch den oder die zur Unterschrift Berechtigten vertreten. Für einen handlungsunfähigen oder in seiner Handlungsfähigkeit beschränkten Arbeitgeber handelt der gesetzliche Vertreter.

b. Die Einberufung der konstituierenden Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten erfolgt, auf mindestens zehn Tage hinaus, öffentlich oder mittelst Anschlages in den Betriebsräumen, durch den Betriebsunternehmer, welcher auch die Versammlung leitet und einen Protokollführer bezeichnet.

c. Das in Art. 105, litt. *b*, aufgestellte Verbot, eine im Gesetze nicht vorgesehene Erhöhung der Kassenleistungen zu beschließen, fällt hier dahin und es treten an die Stelle eines solchen Verbotes die Bestimmungen von Art. 138. Ebenso fällt hier das in Art. 105, litt. *b*, aufgestellte Verbot, eine im Gesetze nicht vorgesehene Verschärfung oder Erleichterung der Voraussetzungen der Mitgliedschaft zu beschließen, mit Bezug auf die freiwillige Mitgliedschaft dahin und wird durch die Bestimmungen von Art. 136 ersetzt.

d. Die Versicherungsgemeinde besitzt mit Bezug auf die B.-K.-K. weder Befugnisse noch Pflichten.

e. Vertreter des Betriebsunternehmers im Vorstand (Art. 118) darf nicht der Betriebsunternehmer oder einer der Betriebsunternehmer selbst noch eine andere

Person sein, welche im Sinne von litt. *a* dieses Art. 143 handelt.

f. Die Untersuchungskommission (Art. 124) besteht neben dem Vertreter der Kreisbehörde aus zwei von der Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise der Delegierten aus ihrer Mitte und zwei von dem Betriebsunternehmer frei gewählten Mitgliedern, zu denen er selbst gehören kann.

Art. 144.

Die B.-K.-K. muß aufgehoben werden, wenn derjenige Betrieb oder Betriebsteil, für den sie besteht, eingeht. Der Betriebsunternehmer ist verpflichtet, der Kreisverwaltung von der bevorstehenden Beendigung des Betriebs rechtzeitig Anzeige zu machen.

Die B.-K.-K. muß ferner aufgehoben werden, wenn die Zahl der Mitglieder seit mindestens sechs Monaten beständig unter einhundert geblieben und nicht anzunehmen ist, daß sie in der nächsten Zeit die Zahl von einhundert wieder erreiche. Vorbehalten bleibt der Fall von Art. 129, Absatz 2.

Art. 145.

Die B.-K.-K. kann jederzeit, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 144 nicht zutreffen, aufgehoben werden, wenn die G.-K.-K. durch den Fortbestand der B.-K.-K. gefährdet wird.

Art. 146.

Die Aufhebung einer B.-K.-K. ist Sache des eidgenössischen Versicherungsamtes.

Dasselbe teilt seinen, gleichviel ob bejahenden oder verneinenden, Beschluß unter Angabe der Gründe dem Betriebsunternehmer und der B.-K.-K., sowie dem allfälligen dritten Antragsteller, schriftlich mit.

Gegen den Beschluß des eidgenössischen Versicherungsamtes ist der Rekurs an den Bundesrat statthaft.

Art. 147.

Das eidgenössische Versicherungsamt setzt den Zeitpunkt der Auflösung fest. Mit demselben treten sämtliche Organe der B.-K.-K. außer Wirksamkeit und hört jede Mitgliedschaft auf. Die bisherigen Mitglieder des Vorstandes sind jedoch verpflichtet, beförderlich die Betriebsrechnung zu stellen und der Kreisverwaltung zu übergeben, und bleiben mit Bezug hierauf der Aufsicht und Disciplinargewalt der Versicherungsbehörden, sowie der Vorschrift von Art. 125 unterstellt.

Die Betriebsrechnung wird nach Anhörung des Betriebsunternehmers durch den Kreisrat festgesetzt und dabei der für die Erfüllung der mutmaßlichen, erst nach der Auflösung fällig werdenden Verbindlichkeiten der B.-K.-K. erforderliche Betrag in Ausgabe gebracht. Sowohl der Kreisrat als auch der Betriebsunternehmer, beziehungsweise dessen Rechtsnachfolger sind befugt, die Verantwortlichkeitserklärung gegen bestimmte Personen zu erlassen. Der Kreisrat kann den sich allfällig daraus ergebenden Rechtsstreit betreffend Schadenersatz namens der Kasse selbst führen oder die Führung dem Betriebsunternehmer, beziehungsweise dessen Rechtsnachfolger überlassen. Wer den Rechtsstreit führt, kann auch den Abstand erklären und einen Vergleich eingehen.

Der Kreisrat ist befugt, einen Liquidator zu bestellen, und setzt, wenn er von dieser Befugnis Gebrauch macht, den Zeitpunkt des Beginns der Thätigkeit des Liquidators, sowie dessen Rechte und Obliegenheiten fest.

Art. 147bis.

Im übrigen gelten mit Bezug auf die Auflösung einer Betriebskrankenkasse folgende weitere Bestimmungen:

Die Auflagepflicht läuft bis zum Tage der Auflösung der B.-K.-K.

Ein allfälliges Deficit ist nach Maßgabe von Art. 139, Absatz 4, zu decken. Der Kreisrat entscheidet über die Höhe der Reservenentnahme und des zur Deckung des Deficits beizuziehenden Betrages von allfällig außer der Reserve vorhandenem Vermögen der B.-K.-K.

Hinsichtlich der Verbindlichkeiten der freiwilligen Mitglieder und des Betriebsunternehmers nach Maßgabe von Absatz 2 und 3 dieses Artikels 147bis gelten die Bestimmungen von Art. 140—142 und 83.

Für die Deckung des nichterhältlichen Betrages ist die noch vorhandene Reserve und das allfällige übrige Vermögen der B.-K.-K. zu verwenden.

Der allfällige Rest der Reserve und des übrigen Vermögens geht an die G.-K.-K. über. Der Kreisrat stellt die Art der Verwendung einer solchen Einnahme durch die G.-K.-K. fest. Erstreckt sich der Betrieb auf das Gebiet mehrerer G.-K.-K., so findet eine angemessene Verteilung unter diese statt. Die Verteilung wird durch die zuständige Kreisbehörde vorgenommen.

Art. 148.

Geht der Betrieb in andere Hände über, so ist der neue Inhaber zur Anzeige an die Kreisverwaltung verpflichtet und entscheidet alsdann das eidgenössische Versicherungsamt über den Fortbestand oder die Auflösung der B.-K.-K., und im ersteren Falle über die Haftbarkeit des bisherigen und des neuen Inhabers für die nach Maßgabe dieses Gesetzes bestehenden Verpflichtungen des Betriebsunternehmers gegenüber der B.-K.-K., während die gesetzlichen Befugnisse samt und sonders an den neuen Inhaber übergehen.

Gegen den Entscheid des eidgenössischen Versicherungsamtes ist der Rekurs an den Bundesrat zulässig.

Art. 149.

Wird der Betrieb vorübergehend eingestellt, so entscheidet das eidgenössische Versicherungsamt über den Fortbestand der B.-K.-K. bis zur Wiederaufnahme des Betriebes oder die Auflösung. Im erstern Falle bleiben die Organe der B.-K.-K. fortbestehen und wird jedes durch die Betriebseinstellung arbeitslos gewordene obligatorische Mitglied der B.-K.-K. auf sein Begehren ohne weiteres vollversichertes freiwilliges Mitglied der B.-K.-K. mit den Rechten und Pflichten

eines solchen nach Maßgabe der Statuten oder, in Ermanglung statutarischer Bestimmungen über die freiwillige Mitgliedschaft mit Vollversicherung, nach Maßgabe von durch die Kreisbehörde festzusetzenden Bestimmungen.

4. Die Reservenverbände.

Art. 150.

Einzelne Gemeindekrankenkassen des nämlichen Kreises können unter sich Reservenverbände bilden.

Das gleiche Recht steht einzelnen Betriebskrankenkassen eines und desselben Kreises unter sich zu.

Solche Verbände können wieder aufgelöst werden.

Die Auflösung findet statt infolge eines Auflösungsvertrages oder einseitiger Kündigung oder Eingehens einer der Verbandskassen (Art. 25 und Art. 144—149).

Bei Bildung eines Reservenverbandes, ebenso für den Auflösungsvertrag oder die Kündigung ist das nämliche Verfahren zu beobachten, wie bei einer Statutenänderung.

Art. 151.

Die Reservenverbände können sowohl die Bildung, Äufnung und Verwendung eines gemeinsamen Reservefonds als auch die gemeinsame Bestreitung der Kassenleistungen zu einem die Hälfte ihres Gesamtbetrages nicht übersteigenden Teil zum Zweck haben.

Der Verbandsvertrag bestimmt darüber das Nähere.

Die Benützung der Verbandsreserve muß für jede Verbandskasse unter gleichen Verhältnissen die gleiche sein.

Art. 152.

Die Verbandsreserve wird zinstragend angelegt und durch die Kreisverwaltung, unter Verantwortlichkeit des Bundes für deren getreue Amtsführung, unentgeltlich verwaltet. Die nämliche Behörde entscheidet über die Reservenäufnung und -entnahme nach Maßgabe des Verbandsvertrags und stellt den Verbandskassen alljährlich Rechnung.

Art. 153.

Im Fall der Auflösung des Verbandes wird der Reservefonds durch die Kreisbehörde nach Maßgabe der durchschnittlichen Mitgliederzahl der Verbandskassen im letzt- und vorletztabgelaufenen Rechnungsjahr unter die Reservefonds der einzelnen Verbandskassen verteilt, insofern und soweit nicht, im Fall der Gründung eines neuen Reserveverbandes, die Anteile der einzelnen diesen neuen Verband bildenden Kassen in die neue Verbandsreserve fallen.

II. Die Kreisbehörden.

Art. 154.

Jeder Versicherungskreis besitzt

1. eine Kreisverwaltung,
2. einen Kreisrat,
3. ein Kreisschiedsgericht.

Der Bund trägt die Kosten der Kreisbehörden.

Die Besoldung der Beamten und Angestellten der Kreisverwaltung, sowie die Einheitssätze für die Entschädigung der Mitglieder und Ersatzmänner des Kreisrates und der Schiedsrichter werden während der ersten fünf Jahre, vom Inkrafttreten des Gesetzes an, jährlich durch die Bundesversammlung auf dem Wege des Voranschlages festgesetzt und sollen auf den Ablauf dieser Zeit gesetzlich geregelt werden. Bis zum Inkrafttreten eines solchen Bundesgesetzes gilt das bisherige Festsetzungsverfahren.

1. Die Kreisverwaltung.

Art. 155.

Die Kreisverwaltung besteht aus:

a. einem Kreisverwalter,
b. einem oder mehreren Kreisärzten,
c. einem oder mehreren Angestellten.

Diese sämtlichen Stellen sind eidgenössische Beamtungen.

Der Bundesrat bestimmt die Anzahl der Kreisärzte und der Angestellten der Kreisverwaltung.

Der Kreisverwalter, die Kreisärzte und die Angestellten werden durch den Bundesrat gewählt.

Jeder stimmberechtigte Schweizerbürger ist wählbar.

Das eidgenössische Versicherungsamt bezeichnet jeweilen bei Beginn der Amtsdauer und in der Zwischenzeit, so oft eine Lücke eintritt, den Stellvertreter des Kreisverwalters aus der Zahl der, der nämlichen Kreisverwaltung angehörenden, Kreisärzte und Angestellten und nötigenfalls aus der Zahl der Beamten und Angestellten anderer Kreisverwaltungen.

Art. 156.

Der Kreisverwalter, beziehungsweise dessen Stellvertreter ist Vorsteher der Kreisverwaltung.

Er übt die ihm durch dieses oder andere Bundesgesetze oder durch Verordnung des Bundesrates (Art. 161) zugewiesenen Befugnisse und Obliegenheiten aus.

Er vollzieht die allgemeinen Anordnungen und besonderen Aufträge des eidgenössischen Versicherungsamtes, erstattet demselben alljährlich Bericht über die Thätigkeit der Kreisbehörden und legt ihm periodisch Rechnung ab.

Er beaufsichtigt die öffentlichen Krankenkassen des Kreises, sowie die ihm unterstellten freiwilligen Hülfskassen.

Die öffentlichen Krankenkassen des Kreises werden jährlich mindestens einmal durch einen Beamten der Kreisverwaltung oder ein Mitglied oder einen Ersatzmann des Kreisrates an Ort und Stelle inspiziert.

Der Kreisverwalter erstattet dem eidgenössischen Versicherungsamt alljährlich Bericht über den Gang und die Ergebnisse des Betriebes der öffentlichen Krankenkassen und der Reservenverbände des Kreises, sowie der ihm unterstellten freiwilligen Hülfskassen.

2. Der Kreisrat.

Art. 157.

Der Kreisrat besteht aus dem Kreisverwalter oder dessen Stellvertreter (Art. 155, letzter Absatz) als Vorsitzenden, zwei Mitgliedern und zwei Ersatzmännern.

Die Mitglieder und Ersatzmänner des Kreisrates werden vom Volk des Versicherungskreises auf eine Amtsdauer von drei Jahren, welche mit den Kalenderjahren zusammenfallen, gewählt, und zwar gleichzeitig mit der Gesamterneuerung des Nationalrates und nach Maßgabe des Bundesgesetzes betreffend die eidgenössischen Wahlen und Abstimmungen, vom 19. Heumonat 1872, insbesondere der Bestimmungen für die Nationalratswahlen, Art. 12, 15—24, 26, 33—35, mit folgenden Modifikationen:

1. Besteht ein Versicherungskreis aus mehreren Kantonen oder Teilen verschiedener Kantone, so wird unter Kantonsregierung im Sinne des Gesetzes die Regierung desjenigen Kantons verstanden, in welchem sich der Hauptort des Versicherungskreises befindet.

2. Über Wahleinsprachen und die Entlassung entscheidet der Bundesrat.

Jeder im Kreis wohnhafte stimmberechtigte Schweizerbürger ist wählbar.

Art. 158.

Die Stelle eines Mitgliedes des Kreisrates ist keine Beamtung. Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Verantwortlichkeit der eidgenössischen Behörden und Beamten, vom 9. Dezember 1850, insbesondere der Art. 37 ff., sowie des Bundesgesetzes über das Bundesstrafrecht, vom 4. Hornung 1853, insbesondere der Art. 53 ff., finden jedoch auch auf die Mitglieder des Kreisrates Anwendung.

Art. 159.

Der Kreisrat ist beschlußfähig, wenn der Kreisverwalter oder dessen Stellvertreter und mindestens zwei Mitglieder oder Ersatzmänner anwesend sind.

Er faßt seine Beschlüsse mit Stimmenmehrheit. Sitzt er in gerader Zahl, so entscheidet bei gleichgeteilten Stimmen diejenige des Vorsitzenden.

In dringlichen Fällen erledigt der Kreisverwalter oder dessen Stellvertreter die dem Kreisrat zustehenden Geschäfte von sich aus, hat jedoch hiervon dem Kreisrat in dessen nächster Sitzung Kenntnis zu geben und gleichzeitig dessen Genehmigung einzuholen.

Art. 160.

Der Kreisrat übt die ihm durch dieses Gesetz oder durch Verordnung des Bundesrates (Art. 161) zugewiesenen Befugnisse aus.

3. Gemeinsame Bestimmungen betreffend die Kreisverwaltung und den Kreisrat.

Art. 161.

Auf dem Verordnungswege erläßt der Bundesrat nähere Bestimmungen über die Organisation der Kreisverwaltung, insbesondere über die Stellung und Obliegenheiten der Kreisärzte, sowie über den Geschäftsgang der Kreisverwaltung und des Kreisrates, und setzt im einzelnen fest, welche der beiden Behörden (Kreisverwaltung und Kreisrat) für die Erledigung von solchen Geschäften zuständig sei, welche im vorliegenden Gesetze, ohne nähere Ausscheidung, der Kreisbehörde zugewiesen sind.

Art. 162.

Die Kreisbehörde (Kreisverwaltung, Kreisrat) ist erste Beschwerdeinstanz in Angelegenheiten der öffentlichen Krankenkassen.

Dieselbe entscheidet insbesondere über Beschwerden

a. mit Bezug auf das Stimmrecht oder die Aberkennung des Stimmrechts in einer Generalversammlung oder für eine Urabstimmung (Art. 93);

b. gegen die Gültigkeit von Beschlüssen und Wahlen durch eine Generalversammlung, beziehungsweise bei einer Betriebskrankenkasse durch den Arbeitgeber, oder mittelst der Urne;

c. gegen die Amtsthätigkeit der von der Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise Delegierten, bestellten Kassenorgane, und

d. gegen die Gültigkeit solcher durch den Vorstand getroffenen Wahlen, welche veröffentlicht werden müssen (Art. 22).

Ausgenommen sind diejenigen Streitigkeiten, deren Entscheidung durch das Gesetz dem Kreisschiedsgerichte zugewiesen wird.

Art. 163.

Zur Beschwerde ist jeder befugt, welcher mit Bezug auf den Anfechtungsgegenstand ein rechtliches Interesse besitzt, insbesondere jedes Mitglied, jeder Vertreter eines freiwilligen Mitgliedes und jeder Beitragspflichtige, sowie das zuständige Organ der Versicherungsgemeinde.

Die Beschwerde ist der Kreisverwaltung schriftlich einzureichen.

Die Beschwerdefrist beträgt, sofern es sich um die Gültigkeit von Beschlüssen oder Wahlen einer Generalversammlung oder des Betriebsunternehmers oder mittelst der Urne oder von solchen durch den Vorstand getroffenen Wahlen, welche veröffentlicht werden müssen (Art. 22), handelt, zehn Tage seit der Bekanntmachung. Nichtbeachtung dieser Frist hat in der Regel die Verwirkung zur Folge.

Nach Eingang der Beschwerde giebt die Kreisverwaltung derjenigen Stelle, gegen welche die Beschwerde gerichtet ist,

Gelegenheit zur Vernehmlassung und nimmt die nötigen Erhebungen vor.

Die Kreisbehörde kann eine mündliche Parteiverhandlung anordnen.

Der Entscheid ist den Parteien schriftlich mitzuteilen und denselben eine Frist von zehn Tagen, vom Tage der Mitteilung an, anzusetzen, innert deren jede Partei den Rekurs an das Versicherungsamt ergreifen kann, widrigenfalls der Entscheid der Kreisbehörde in Rechtskraft erwächst.

Das Verfahren ist unentgeltlich. Besondere, erhebliche Auslagen können jedoch der unterliegenden Partei, beziehungsweise den Parteien auferlegt werden. Ebenso ist es zulässig, der unterliegenden Partei eine Entschädigung an die Gegenpartei für die Umtriebe zu überbinden.

4. Die Kreisschiedsgerichte.

Art. 164.

Streitigkeiten aus dem Bereiche der öffentlichen Krankenkassen

a. zwischen einer Person, welche als freiwilliges Mitglied zurückgewiesen worden, oder einem freiwilligen Mitglied und einem Kassenvorstand mit Bezug auf die Mitgliedschaft;

b. zwischen einem Versicherten oder einer anderen Person und einem Kassenvorstand mit Bezug auf die in diesem Gesetz bestimmten Kassenleistungen, die Kürzung und den Entzug von solchen, die Rückerstattung und Verjährung;

c. über Ansprüche, welche ein Kassenvorstand gestützt auf dieses Gesetz gegen jemand erhebt, ausgenommen die Fälle von Art. 66 und Art. 125—127;

d. zwischen einem Arbeitgeber und einem Versicherten über den Betrag des Lohnabzugs an die Auflage oder über die Rückerstattung des abgezogenen Betrages;

e. über den Ausschluß aus der Kasse und die Ausschlußdauer;

f. über den Prämiennachlaß an Arbeitslose (Art. 73, Absatz 2)

sind schiedsgerichtlich zu erledigen.

Die schiedsgerichtliche Erledigung kann auch dann verlangt werden, wenn ein solcher Streit sich auf eine Kassenleistung bezieht, deren Zuerkennung oder Entzug oder Verkürzung nach dem Gesetz in das Ermessen des Kassenvorstandes gestellt ist.

Art. 165.

Jeder Kreis besitzt ein Kreisschiedsgericht zur Entscheidung solcher Streitigkeiten.

Ausnahmsweise kann für einzelne vom Kreishauptort abgelegene Teile des Kreises ein besonderes Schiedsgericht bestehen. Der Bundesrat entscheidet hierüber nach Anhörung der betreffenden Kantonsregierungen.

Ein solcher Beschluß kann durch den Bundesrat jederzeit abgeändert oder aufgehoben werden.

Jedes Schiedsgericht besteht aus dem Kreisverwalter oder seinem Stellvertreter als Vorsitzendem und je zwei Schiedsrichtern der Versicherten und der Arbeitgeber des Kreises.

Art. 166.

Die Stelle eines Schiedsrichters ist keine Beamtung. Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Verantwortlichkeit der eidgenössischen Behörden und Beamten, vom 9. Dezember 1850, insbesondere der Art. 37 ff., sowie des Bundesgesetzes über das Bundesstrafrecht, vom 4. Hornung 1853, insbesondere der Art. 53 ff., finden jedoch auch auf die Schiedsrichter Anwendung.

Art. 167.

Die Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise Delegierten jeder öffentlichen Krankenkasse des Kreises wählt

alljährlich in der ordentlichen Zusammenkunft auf je hundert Mitglieder, eine Zahl unter dem ersten Hundert und ebenso den Bruchteil über fünfzig stets voll gerechnet, einen Schiedsrichter. Maßgebend für die Zahl der Schiedsrichter ist der Mitgliederbestand am ersten Januar.

Die Statuten setzen die Wahlart fest.

Jedes männliche Mitglied schweizerischer Nationalität, welches das zwanzigste Altersjahr zurückgelegt hat und sowohl nach Bundes- als nach dem kantonalen Recht handlungsfähig ist, kann gewählt werden. Besitzt eine Kasse nicht mindestens zwanzigmal soviel wählbare Mitglieder als Schiedsrichter zu wählen sind, so kann sie ihre Schiedsrichter frei aus der Zahl der Aktivbürger des Kreises wählen.

Art. 168.

Die Generalversammlung der Arbeitgeber der G.-K.-K. wählt alsdann in der ordentlichen Zusammenkunft, unter Zuzug der Unternehmer von Betrieben mit eigenen Betriebskrankenkassen, ebensoviel Schiedsrichter, als die Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise Delegierten, der G.-K.-K. und der im Gebiet der G.-K.-K. befindlichen Betriebskrankenkassen zusammen zu wählen haben, auf die gleiche Dauer.

Erstreckt sich derjenige Betrieb oder Betriebsteil, für welchen eine B.-K.-K. besteht, auf das Gebiet mehrerer Gemeindekrankenkassen, so bestimmt die Kreisbehörde, wie viel von den auf diese B.-K.-K. entfallenden Schiedsrichtern der Arbeitgeber auf die einzelnen Gemeindekrankenkassen entfallen.

Jeder in der Wahlversammlung anwesende Stimmberechtigte besitzt eine Stimme.

Jeder in der Gemeinde wohnhafte Aktivbürger ist wahlfähig, insofern er nicht bereits nach Maßgabe von Art. 167 oder für eine andere öffentliche Krankenkasse das Amt eines Schiedsrichters bekleidet.

Das Reglement der G.-K.-K. bestimmt die Wahlart.

Art. 169.

Die Bestimmungen von Art. 112, erster Absatz, zweiter Satz, zweiter bis fünfter Absatz, finden auf die Schiedsrichter analoge Anwendung.

Art. 170.

Das Schiedsgericht hält, so oft es zur beförderlichen Erledigung der Streitigkeiten nötig ist, Sitzung.

Unter den Arbeiter- und ebenso unter den Arbeitgeber-Schiedsrichtern des Kreises oder, im Fall von Art. 165, Absatz 2, des Kreisteils bestimmt das Los diejenigen, welche an der Sitzung teilzunehmen haben. Die Parteien besitzen ein angemessenes Ablehnungsrecht.

Das Protokoll wird durch einen Beamten der Kreisverwaltung geführt.

Das Verfahren ist mündlich und mit Ausnahme der richterlichen Beratung öffentlich.

Dasselbe ist unentgeltlich. Besondere, erhebliche Auslagen der Behörde können jedoch der unterliegenden Partei, beziehungsweise den Parteien auferlegt und es kann der obsiegenden Partei eine Prozeßentschädigung zugesprochen werden.

Das Urteil wird mit seiner Verkündigung rechtskräftig und es besteht gegen dasselbe kein anderes Rechtsmittel, als das der Revision durch das Schiedsgericht selbst.

Im übrigen setzt der Bundesrat das Verfahren auf dem Weg der Verordnung fest.

Art. 171.

Die Bestimmungen des Art. 164 gelten auch mit Bezug auf die unmittelbar dem eidgenössischen Versicherungsamt unterstellten Betriebskrankenkassen (Art. 132).

Der Bundesrat setzt für jede solche Kasse die durch deren Eigenartigkeit erforderten Abänderungen mit Bezug auf die Bestimmungen der Art. 165—170 fest. Unter allen

Umständen muß jede Streitigkeit durch ein Schiedsgericht von fünf Mitgliedern entschieden werden, in welchem ein Beamter des eidgenössischen Versicherungsamtes oder einer Kreisbehörde den Vorsitz führt und von dessen Mitgliedern mindestens zwei durch die Versicherten aus ihrer Mitte gewählt sind.

III. Das eidgenössische Versicherungsamt.

Art. 172.

Das eidgenössische Versicherungsamt besteht aus einem Direktor, zwei bis drei Vizedirektoren und dem erforderlichen Hülfspersonal.

Der Direktor, die Vizedirektoren und sämtliche, mit Ausnahme der vorübergehend beschäftigten, Hülfspersonen besitzen die Eigenschaft von Bundesbeamten und werden durch den Bundesrat gewählt, welcher auch die Zahl der Vizedirektoren innert der gesetzlichen Grenze und die Zahl der ständigen Hülfspersonen festsetzt.

Die Bestimmungen von Art. 154, Absatz 2 und 3, betreffend die Kosten und die Besoldungen, finden auch auf das eidgenössische Versicherungsamt Anwendung.

Art. 173.

Der Sitz des eidgenössischen Versicherungsamts ist in Bern.

Art. 174.

Das eidgenössische Versicherungsamt übt die Aufsicht über die Kreisbehörden, inbegriffen die Kreisschiedsgerichte, sowie die ihm unmittelbar unterstellten Betriebskranken- und freiwilligen Hülfskassen und die Oberaufsicht über die ihm nicht unmittelbar unterstellten öffentlichen Kranken- und freiwilligen Hülfskassen aus. Mit Bezug auf die materielle Rechtsprechung sind jedoch die Kreisschiedsgerichte selbständig.

Es erfüllt die ihm durch dieses Gesetz zugewiesenen Obliegenheiten.

Es entscheidet über Beschwerden gegen die Kreisbehörden, sowie über Rekurse gegen bestimmte Entscheidungen der Kreisbehörden (Art. 162 und 163) und teilt seine eigenen Entscheidungen schriftlich mit.

Das Verfahren ist unentgeltlich. Besondere erhebliche Auslagen können jedoch der unterliegenden Partei, beziehungsweise den Parteien auferlegt werden. Ebenso ist es zulässig, der unterliegenden Partei eine Entschädigung an die Gegenpartei für die Umtriebe zu überbinden.

Der Bundesrat setzt im übrigen auf dem Weg der Verordnung die Einrichtung des eidgenössischen Versicherungsamts und seiner Abteilungen fest.

Art. 175.

Das eidgenössische Versicherungsamt steht unter der Aufsicht des Bundesrates. Es erstattet demselben alljährlich Bericht über seine eigenen Verrichtungen, über diejenigen der Kreisbehörden, inbegriffen die Kreisschiedsgerichte, sowie über die Thätigkeit und Ergebnisse der öffentlichen Krankenkassen, der Reservenverbände und der freiwilligen Hülfskassen.

Dem eidgenössischen Versicherungsamt kommt die Antragstellung für die nach diesem Gesetz dem Bundesrat zustehenden Entscheidungen zu.

Eine Beschwerde (Rekurs) gegen einen Entscheid des eidgenössischen Versicherungsamtes ist nur in denjenigen Fällen zulässig, in welchen dieses Gesetz eine solche ausdrücklich gestattet, und muß innert zehn Tagen seit der Mitteilung der Entscheidung, mittelst schriftlicher Eingabe an den Bundesrat, erhoben werden, widrigenfalls dieser die Beschwerde als verspätet erklären kann.

D. Die freiwilligen Hülfskassen.

1. Gemeinsame Bestimmungen.

Art. 176.

Sämtliche freiwilligen, auf Gegenseitigkeit beruhenden Hülfskassen der Schweiz, welche die Krankenversicherung betreiben, unterliegen der Aufsicht des Bundes.

Diese wird nach Anleitung des Bundesgesetzes betreffend Beaufsichtigung von Privatunternehmungen im Gebiete des Versicherungswesens, vom 25. Juni 1885, und, mit Bezug auf die Hülfskassen der Eisenbahn- und Dampfschiffgesellschaften, nach Maßgabe des Bundesgesetzes betreffend diese Hülfskassen, vom 28. Juni 1889, durch das eidgenössische Versicherungsamt und die Kreisverwaltungen ausgeübt.

Der Bundesrat setzt auf dem Verordnungswege das Aufsichtsverfahren im einzelnen fest und ist behufs Vereinfachung dieses Verfahrens befugt, Vorschriften aufzustellen, welche von denjenigen des ersterwähnten Bundesgesetzes abweichen. Die Verordnung wird bestimmen, in welchen Fällen der Rekurs an den Bundesrat statthaft ist.

Die nach Maßgabe dieses Artikels der Bundesaufsicht unterstellten Hülfskassen sind von Staatsgebühren in die Bundeskasse und von Beiträgen an die Aufsichtskosten befreit.

Art. 177.

Jede freiwillige schweizerische Hülfskasse, welche die Krankenversicherung betreibt und welche an die bei ihr versicherten Personen schweizerischer Nationalität auf mindestens die nämliche Dauer mindestens ebensoviel leistet, als die Gemeindekrankenkasse nach Maßgabe dieses Gesetzes an ein halbversichertes freiwilliges Mitglied zu leisten hat, erhält auf ihren Antrag, vom Zeitpunkt dieses Antrages an, für jede solche Person während der Dauer der Versicherung den Bundesrappen als Beitrag an die auf diese Person entfallende Auflage (Art. 68, Abs. 1—4).

Ist eine solche Person gleichzeitig bei mehr als einer solchen Hülfskasse versichert, so besitzt nur diejenige Hülfskasse, welcher die versicherte Person am längsten angehört, obigen Anspruch.

Ist eine solche Person gleichzeitig Mitglied einer öffentlichen Krankenkasse, so fällt obiger Anspruch der freiwilligen Hülfskasse dahin.

2. Die eingeschriebenen Krankenkassen.

Art. 178.

Eine freiwillige Hülfskasse, welche sich an der Zwangsversicherung (Art. 1 ff.) beteiligen will, hat der Kreisverwaltung eine Anmeldung einzureichen. Diese Anmeldung muß enthalten:

a. den Ausweis darüber, daß die Hülfskasse

1. derjenigen Person, welche bei ihr der Versicherungspflicht genügen will und von ihr aufgenommen wird, im einzelnen mindestens dasjenige und auf mindestens die gleiche Dauer leistet, wie es für die G.-K.-K. mit Bezug auf Vollversicherte vorgeschrieben ist,
2. der Betriebsleitung mit Bezug auf Mehrleistungen mindestens so viel Befugnisse einräumt, wie solche für die G.-K.-K. bestehen (Art. 53, Absatz 1—3, und Art. 73, Absatz 2), und
3. die Leistungen gegenüber den Zwangsversicherten in keinen andern Fällen und nicht in höherem Maß und nicht bälder entzieht oder vermindert, als es in diesem Gesetz mit Bezug auf die G.-K.-K. vorgeschrieben oder als zulässig erklärt wird;

b. die Erklärung, daß die aus der Bestimmung von Art. 181, Absatz 3, hervorgehenden und die sich aus der Bestimmung von Art. 12, Absatz 2, des Bundesgesetzes betreffend die Unfallversicherung ergebenden Verpflichtungen übernommen werden.

Auf die mit diesem Ausweis und dieser Erklärung versehene Anmeldung hin wird der angemeldeten freiwilligen Hülfskasse die Eigenschaft einer eingeschriebenen Krankenkasse verliehen, insofern nicht anzunehmen ist, daß dadurch eine öffentliche Krankenkasse gefährdet werde.

Die Anmeldung kann jederzeit wiederholt werden. Die Bestimmung von Art. 179, Absatz 4, bleibt jedoch vorbehalten.

Art. 179.

Der Verzicht auf die Eigenschaft einer eingeschriebenen Krankenkasse ist jederzeit zulässig.

Diese Eigenschaft kann auch im Falle der Fortdauer der Konzession nach Maßgabe des Bundesgesetzes betreffend Beaufsichtigung von Privatunternehmungen auf dem Gebiete des Versicherungswesens, vom 25. Juni 1885, entzogen werden, wenn

a. der Fortbestand der eingeschriebenen Krankenkasse eine öffentliche Krankenkasse gefährdet, oder

b. im Betriebe der eingeschriebenen Krankenkasse trotz erfolgter Mahnung wiederholt grelle Mißstände zu ungunsten der bei ihr befindlichen zwangsversicherten oder der für solche prämienpflichtigen Personen oder einer öffentlichen Krankenkasse zu Tage getreten sind.

Mit Bezug auf diejenigen zwangsversicherten Personen, welche bereits erkrankt sind oder innert vier Wochen seit dem Inkrafttreten des Verzichts oder Entzugs erkranken oder niederkommen oder sterben, bleiben die Ansprüche ungeschmälert.

Im Falle des Verzichts oder eines ausschließlich oder vornehmlich nach Maßgabe von Absatz 2, litt. *b*, oben ausgesprochenen Entzugs hat die bisherige eingeschriebene Krankenkasse diejenigen öffentlichen Krankenkassen, welchen nunmehr die bei jener befindlich gewesenen Zwangs-

versicherten zufallen, nach Billigkeit zu entschädigen, und darf eine Neuanmeldung (Art. 178) erst nach Ablauf von fünf Jahren erfolgen.

Tritt eine eingeschriebene Krankenkasse in Liquidation, so sind die Ansprüche der bei ihr befindlichen Zwangsversicherten angemessen zu wahren und diejenigen öffentlichen Krankenkassen, welchen sie nunmehr zufallen, nach Billigkeit zu entschädigen.

Art. 180.

Die Verleihung und der Entzug der Eigenschaft einer eingeschriebenen Krankenkasse, sowie die Mahnung im Sinne von Art. 179, litt. *b*, stehen dem eidgenössischen Versicherungsamt zu. Dasselbe trifft die nötigen Anordnungen im Sinne von Art. 179, letzter Absatz, und setzt die Entschädigungsbeträge (Art. 179, vorletzter und letzter Absatz) fest.

Der Rekurs an den Bundesrat ist statthaft.

Die Verfügungen des eidgenössischen Versicherungsamts und die Beschlüsse des Bundesrates mit Bezug auf die Verleihung oder den Entzug, sowie die allgemeinen Anordnungen im Fall der Liquidation sind durch die zuständige Kreisverwaltung öffentlich bekannt zu machen.

Art. 181.

Jeder Versicherungspflichtige ist befugt, in einer eingeschriebenen Krankenkasse, welche sich an seinem Wohnort oder am Ort des ihn beschäftigenden Betriebs befindet, seiner Versicherungspflicht zu genügen.

Ist der Versicherungspflichtige nicht eigenen Rechtes, so bedarf er zur Ausübung dieser Befugnis der Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters.

Wer von der Befugnis Gebrauch gemacht hat, verbleibt in der eingeschriebenen Krankenkasse, solange er in dem Versicherungskreise seines damaligen Wohnorts oder des

Betriebes, in welchem er damals beschäftigt war, versicherungspflichtig ist und wenn er nicht in der Folge während mehr als vier Wochen von der Versicherungspflicht frei wird.

Der Vorstand derjenigen öffentlichen Krankenkasse, zu welcher ein solcher Versicherungspflichtiger an und für sich gehört, ist jedoch mit Zustimmung der Kreisbehörde befugt, den Übertritt in diese öffentliche Krankenkasse gegen Entschädigung oder ohne solche zu bewilligen.

Art. 182.

Die eingeschriebenen Krankenkassen sind verpflichtet, der Kreisverwaltung für sich, und, wenn es sich um eine dem eidgenössischen Versicherungsamt unmittelbar unterstellte Betriebskrankenkasse (Art. 132) handelt, zu Handen des eidgenössischen Versicherungsamtes, von dem Ein- und Austritt versicherungspflichtiger Personen unverzüglich Kenntnis zu geben.

Art. 183.

Die eingeschriebene Krankenkasse besitzt, außer dem Anspruch gemäß Art. 177, auch für jede nichtschweizerische Person, welche bei ihr der Versicherungspflicht genügt, Anspruch auf den Bundesrappen als Beitrag an die auf diese Person entfallende Auflage (Art. 68, Abs. 1—4).

Mit Bezug auf den Rest der Auflage versicherungspflichtiger Personen finden die Bestimmungen der Art. 72, 73, litt. *a* und *b*, 74, 75, 81, 83, 84 und 139, erster Satz des Absatzes 3, Anwendung.

Weder der Arbeitgeber noch die Versicherungsgemeinde kann jedoch zu einem höhern Beitrag angehalten werden, als an diejenige öffentliche Krankenkasse, zu welcher der Versicherungspflichtige an und für sich gehört, bezahlt werden müßte.

Art. 184.

Streitigkeiten zwischen einer eingeschriebenen Krankenkasse einer- und einem Arbeitgeber oder einer Versiche-

rungsgemeinde anderseits, welche sich aus der Anwendung von Art. 183 ergeben, gehören vor den ordentlichen Richter.

Die Bestimmung von Art. 8 findet auf solche Streitigkeiten ebenfalls Anwendung.

Streitigkeiten zwischen einer eingeschriebenen Krankenkasse einer- und einer bei ihr der Versicherungspflicht genügenden Person anderseits gehören vor den durch die Statuten der eingeschriebenen Krankenkasse angerufenen, und in Ermanglung einer solchen statutarischen Bestimmung vor den ordentlichen Richter.

E. Strafbestimmungen.

1. Mit Bezug auf die öffentlichen Krankenkassen.

Art. 185.

Für die Verhängung einer Buße gegen denjenigen, welcher an einer Generalversammlung einer öffentlichen Krankenkasse nicht teilnimmt (Art. 103, litt. *d*, und Art. 110, litt. *b*), ist, wenn es sich um eine Generalversammlung der Arbeiter, beziehungsweise Delegierten, handelt, der Vorstand, und wenn es sich um eine Generalversammlung der Arbeitgeber handelt, der Ausschuß der Arbeitgeber zuständig.

Die Ahndung richtet sich im Fall von Art. 98, Abs. 2, gegen den oder die Geschäftsführer, im Fall von Art. 98, Abs. 4, gegen den gesetzlichen Vertreter des Arbeitgebers.

In Ansehung der konstituierenden Generalversammlungen gelten die Bestimmungen von Art. 95, Absatz 3, und Art. 99.

Art. 186.

Wegen fortgesetzter Nachlässigkeit oder offenbarer Pflichtversäumnis oder schwerer Verletzung oder wiederholter leichterer Verletzungen der Vorschriften dieses Gesetzes oder der in Ausführung dieses Gesetzes von zuständiger Seite erlassenen allgemeinen Verordnungen oder besondern

Anordnungen, oder der Statuten oder des Reglements der Arbeitgeber oder von durch die zuständigen Kassenorgane erlassenen Verordnungen oder besondern Anordnungen werden bestraft:

a. die Mitglieder und Ersatzmänner des Vorstandes, der Vertreter der Arbeitgeber im Vorstand, die Rechnungsrevisoren, die Mitglieder des Bureaus einer Generalversammlung, beziehungsweise (Art. 143, litt. *a*) der Betriebsunternehmer, durch die Kreisbehörde, mit Buße von einem bis einhundert Franken;

b. diejenigen Kassenangestellten und Krankenbesucher, welche nicht Mitglieder oder Ersatzmänner des Vorstandes sind, durch den Vorstand oder die Kreisbehörde, mit Buße von fünfzig Rappen bis fünfzig Franken.

Art. 187.

In jedem einzelnen Fall wird die wissentliche Übertretung der Vorschriften

a. von Art. 44, 46 und 47, Absatz 3 und 4, mit Buße von fünfzig Rappen bis zehn Franken;

b. von Art. 74, Absatz 1, 77, 81 und 82 mit Buße von einem bis fünfzig Franken, und

c. von Art. 21, Absatz 5, 133, 137, 140 und 144, Satz 2 von Absatz 1, mit Buße von zehn bis eintausend Franken bestraft.

Art. 188.

Die Erwirkung, ebenso der Versuch der Erwirkung von Kassenleistungen

a. mittelst Simulation (Art. 61) oder mittelst fälschlicher Vorgabe des Bestehens eines die Versicherungspflicht bedingenden Lohnverhältnisses, oder

b. durch wissentliche Verschweigung einer beim Eintritt in die Kasse bereits bestehenden Krankheit (Art. 62)

wird mit Buße von einem bis fünfzig Franken geahndet.

In schwereren Fällen findet, statt der versicherungspolizeilichen Ahndung, die Überweisung an den Strafrichter wegen Betruges oder Betrugsversuchs statt.

Art. 189.

Für die versicherungspolizeiliche Ahndung nach Art. 187 und 188 sind zuständig:

a. mit Bezug auf eine Buße bis auf fünfzig Franken: der Vorstand oder die Kreisbehörde oder das eidgenössische Versicherungsamt;

b. mit Bezug auf eine höhere Buße und in allen Fällen der Ahndung des Betriebsunternehmers hinsichtlich seiner Obliegenheiten betreffend die Betriebskrankenkasse: die Kreisbehörde oder das eidgenössische Versicherungsamt.

Wenn es sich um eine Ahndung aus dem Bereiche einer solchen Betriebskrankenkasse handelt, welche dem eidgenössischen Versicherungsamt unmittelbar unterstellt ist, so ist die Kreisbehörde nur im Falle allgemeiner oder besonderer Ermächtigung durch das eidgenössische Versicherungsamt zuständig.

Wenn das obere Versicherungsorgan die Ahndung vornimmt, so fällt eine vorausgegangene Ahndung für die nämliche Handlung oder Unterlassung der nämlichen Person durch das untere Versicherungsorgan dahin.

Die Bestimmung von Art. 185, Absatz 2, findet auch auf die Fälle von Art. 187 und Art. 188 Anwendung.

Art. 190.

Die Bußenverfügung (Art. 185, Absatz 1, und Art. 189) wird dem Gebüßten schriftlich mitgeteilt.

Gegen dieselbe kann innert zehn Tagen seit der schriftlichen Mitteilung

a. falls die Buße von dem Vorstand oder dem Ausschuß der Arbeitgeber ausgesprochen ist, bei der Kreisbehörde,

b. falls die Buße erstinstanzlich von der Kreisbehörde ausgesprochen ist, beim eidgenössischen Versicherungsamt Beschwerde geführt werden, widrigenfalls die Bußenverfügung in Rechtskraft erwächst.

Im erstern Fall entscheidet die Kreisbehörde, im letztern das eidgenössische Versicherungsamt endgültig.

Die Beschwerdeinstanz ist auch befugt, die angefochtene Buße innert der gesetzlichen Schranken zu erhöhen.

Gegen eine durch das eidgenössische Versicherungsamt ausgesprochene Buße findet eine Beschwerde nicht statt.

Art. 191.

Hinsichtlich der versicherungspolizeilichen Ahndung und der Verurteilung zu Strafgeldern (Art. 82) wird das Verschulden des Beauftragten als ein solches des Arbeitgebers angesehen.

Art. 192.

Mit Bezug auf nicht erhältliche Bußen findet Art. 28 des Bundesgesetzes betreffend das Verfahren bei Übertretungen fiskalischer und polizeilicher Bundesgesetze, vom 30. Juni 1849, Anwendung. Die Umwandlung geschieht durch das eidgenössische Versicherungsamt.

Jede Übertretung verjährt, sofern nicht ein durch den Strafrichter zu ahndendes Verbrechen oder Vergehen vorliegt, innert drei Monaten, seitdem eine für die Ahndung zuständige Stelle von ihr Kenntnis erhielt, und spätestens innert einem Jahr seit der Begehung. Die Bußenverjährung beträgt zwei Jahre seit der Rechtskraft der Bußenverfügung und erstreckt sich auch auf die an Stelle der Buße getretene Haft- oder Arbeitsstrafe.

Art. 193.

Gegenüber fehlbaren Gemeindebehörden und den von diesen abgeordneten Personen besteht keine Strafbefugnis der

Versicherungsorgane und tritt an deren Stelle die Verzeigung bei der nach Maßgabe der kantonalen Bestimmungen vorgesetzten Oberbehörde.

2. Mit Bezug auf die Verpflichtung zur Führung von Arbeiterverzeichnissen.

Art. 194.

Auf die Übertretung der Vorschrift von Art. 5 und der Verordnungen, welche der Bundesrat in Ausführung dieses Art. 5 erlassen wird, findet die Bestimmung von Art. 19 des Bundesgesetzes betreffend die Arbeit in den Fabriken, vom 23. März 1877, Anwendung.

3. Mit Bezug auf die freiwilligen Hülfskassen.

Art. 195.

Auf die freiwilligen Hülfskassen finden die Straf- und Strafkompetenzbestimmungen des Bundesgesetzes betreffend Beaufsichtigung von Privatunternehmungen im Gebiet des Versicherungswesens, vom 25. Juni 1885, und der vom Bundesrat nach Maßgabe von Art. 176 zu erlassenden Verordnung Anwendung.

F. Schluss- und Übergangsbestimmungen.

Art. 196.

Bei Berechnung der in diesem Gesetze vorgesehenen Fristen wird der Tag, von welchem an die Frist zu laufen beginnt, nicht mitgezählt.

Ist der letzte Tag einer Frist ein Sonntag oder ein staatlich anerkannter Feiertag, so endigt dieselbe am nächstfolgenden Werktag.

Eine Frist gilt nur dann als eingehalten, wenn die Handlung innerhalb derselben vorgenommen wird. Schriftliche Eingaben müssen spätestens am letzten Tage der Frist angelangt oder der schweizerischen Post übergeben sein.

Art. 197.

Dieses Gesetz tritt am in vollem Umfang in Kraft.

Die Thätigkeit des eidgenössischen Versicherungsamts beginnt am , diejenige der Kreisbehörden (Kreisverwaltung, Kreisrat) am .

Die Einrichtung der öffentlichen Krankenkassen beginnt spätestens am .

Die in Art. 133 vorgesehene Frist kann schon auf den angesetzt werden.

Die Anmeldung im Sinne der Art. 177 und 178 ist schon vom an zulässig.

Die Strafbestimmungen des Gesetzes finden mit Bezug auf die nach Maßgabe dieses Artikels vor dem vorzunehmenden oder vorgenommenen Handlungen schon vom an Anwendung.

Art. 198.

Die gemäß Art. 13 den Kantonen zustehenden Anordnungen sind von denselben unverzüglich nach Festsetzung der Gebietseinteilung (Art. 11 und 12) vorzunehmen und bis spätestens den dem Bundesrate zur Kenntnis zu bringen.

Art. 199.

Die dem Bundesgesetz betreffend die Hülfskassen der Eisenbahn- und Dampfschiffgesellschaften, vom 28. Juni 1889, unterstellten Kassen haben bis spätestens den

a. gegenüber dem Bundesrat sich darüber auszuweisen, daß sie die Krankenversicherung der unselbständig erwerbenden Personen, soweit sie durch vorstehendes Gesetz gedeckt wird, aus dem Bereich ihres Versicherungsbetriebes ausgeschieden haben, und

b. dem Bundesrat die mit Bezug auf diese Ausscheidung abgeänderten Statuten, Vorschriften und Bilanzen zur Genehmigung vorzulegen.

Art. 200.

Derjenigen Person, welche sich vor dem (ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes) als freiwilliges Mitglied einer G.-K.-K. anmeldet, wird bei Berechnung der Mindestzeit von 6—3 Monaten (Art. 33, litt. *c*, Art. 34, litt. *c*, und Art. 35) die Dauer ihrer allfälligen Zugehörigkeit zu einer in der Schweiz befindlichen Krankenkasse zwischen dem (ein Jahr vor Inkrafttreten des Gesetzes) und dem (Datum des Inkrafttretens des Gesetzes) doppelt, zwischen dem Datum des Inkrafttretens des Gesetzes und dem Zeitpunkt der Anmeldung einfach angerechnet.

Art. 201.

Derjenigen Person, welche sich vor dem (fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes) als freiwilliges Mitglied einer G.-K.-K. anmeldet, wird bei Berechnung der Mindestzeit von 2—1 Jahren (Art. 33, litt. *c*, Art. 34, litt. *c*, und Art. 35) die Dauer ihrer allfälligen Zugehörigkeit zu einer in der Schweiz befindlichen Krankenkasse zwischen dem (zwei Jahre vor dem Inkrafttreten) bis zum (ein Jahr nach dem Inkrafttreten) einfach angerechnet.

Art. 202.

Bis zum (ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes) ist jede G.-K.-K. und B.-K.-K. befugt, solche Personen, welchen die zur Aufnahme nötigen gesetzlichen oder statutarischen Erfordernisse fehlen, dennoch als voll- oder als halbversicherte freiwillige Mitglieder, gegen oder ohne Einkaufsgeld, aufzunehmen.

Diese Befugnis wird in der Weise ausgeübt, daß die beiden Generalversammlungen, jede in getrennter Beschlußfassung, entweder dem Vorstand oder einer besonderen Kommission allgemeine oder besondere Vollmachten zum Vollzug solcher Aufnahmen erteilen oder diese selbst bewerkstelligen.

Für jene Vollmacht sowohl als diese unmittelbare Aufnahme von Mitgliedern durch die Generalversammlungen ist die Zustimmung seitens des zuständigen Organs der Versicherungsgemeinde und der Kreisbehörde erforderlich.

Art. 203.

Die freiwilligen Hülfskassen haben bis spätestens ein Jahr nach dem vollen Inkrafttreten dieses Gesetzes der Vorschrift von Art. 2 des Bundesgesetzes betreffend Beaufsichtigung von Privatunternehmungen im Gebiete des Versicherungswesens, vom 25. Juni 1885, beziehungsweise der entsprechenden Vorschrift der vom Bundesrat nach Maßgabe von Art. 176 zu erlassenden Verordnung Genüge zu leisten. Nach fruchtlosem Ablauf dieser Frist oder im Falle der Verweigerung der Bewilligung des Geschäftsbetriebes ist dieser einzustellen, widrigenfalls die Bestimmung von Art. 11, Ziffer 1, des citierten Gesetzes zur Anwendung gelangt.

Art. 204.

Bis zur Eröffnung der Bundesbank haben die öffentlichen Krankenkassen ihre Reserven anderweitigen öffentlichen Geldinstituten und zwar in erster Linie den staatlich garantierten Kantonalbanken in Verwahrung und Verwaltung zu geben.

Der Vorstand jeder öffentlichen Krankenkasse ist verpflichtet, der Kreisverwaltung zu Handen des eidgenössischen Versicherungsamtes dasjenige öffentliche Geldinstitut, welchem er die Verwahrung und Verwaltung der Reserve zu übertragen gedenkt, behufs Genehmigung zu bezeichnen.

Art. 205.

Art. 341 des Bundesgesetzes über das Obligationenrecht, vom 14. Brachmonat 1881, wird dahin abgeändert, daß, wenn der Dienstpflichtige dem Versicherungszwang nach Maßgabe dieses Gesetzes unterliegt,

1. im Fall von Absatz 1 der Arbeitgeber nur den Mehrbetrag des Lohnes über das auf die gleiche Zeit entfallende Krankengeld hinaus fortzubezahlen hat, und
2. im Fall von Absatz 2 der Arbeitgeber von der Kasse bei rechtzeitiger Anmeldung als Ersatz für die Verpflegung vom dritten Tag der Erkrankung an einen entsprechenden Teil des Krankengeldes beanspruchen kann.

Der Vorstand der (öffentlichen oder eingeschriebenen) Kasse entscheidet über den Betrag dieses Ersatzes.

Die Worte „und ärztlich behandeln“ fallen weg.

Art. 206.

Alle mit diesem Gesetze in Widerspruch stehenden Bestimmungen von Bundes- und kantonalen Gesetzen und Verordnungen werden als mit dem aufgehoben erklärt.

Art. 207.

Der Bundesrat ist beauftragt, auf Grundlage der Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 17. Brachmonat 1874 betreffend die Volksabstimmung über Bundesgesetze und Bundesbeschlüsse, die Bekanntmachung dieses Gesetzes zu veranstalten und alsdann das Gesetz zu vollziehen.

(Entwurf.)

Bundesgesetz

betreffend

die Unfallversicherung.

Die Bundesversammlung
der schweizerischen Eidgenossenschaft,
in Ausführung des Artikels 34bis der Bundesverfassung,
beschließt:

A. Die Versicherungsanstalt.

Art. 1.

Der Bund errichtet eine eidgenössische Unfallversicherungsanstalt.

Art. 2.

Dieselbe besitzt kraft dieses Gesetzes Persönlichkeit.

Das Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs, vom 11. April 1889, findet ihr gegenüber keine Anwendung.

Ist sie säumig in der Erfüllung ihrer Verpflichtungen, so trifft der Bundesrat nach erhaltener Kenntnis unverzüglich die erforderlichen Anordnungen.

Art. 3.

Der Sitz der Anstalt ist in Bern.

Obligatorische Ansprüche gegen die Anstalt sind, insofern durch dieses Gesetz nicht ein besonderes Verfahren

vorgeschrieben ist, am Sitze der Anstalt geltend zu machen. Wohnt jedoch der Ansprecher in der Schweiz, so hat er die Wahl zwischen dem Gerichtsstande des Anstaltssitzes und demjenigen seines Wohnortes.

Für dingliche Ansprüche gilt der Gerichtsstand der gelegenen Sache.

Art. 4.

Die Anstalt ist steuerfrei, mit Ausnahme ihres nicht unmittelbar dem Anstaltsbetrieb dienenden Grundeigentums, auf welches die kantonalen Bestimmungen über die Versteuerung von Grundeigentum angewendet werden dürfen.

Die Urkunden, welche von der Anstalt oder für dieselbe im unmittelbaren Betrieb ausgestellt werden, sind von Stempel- und anderen öffentlichen Gebühren befreit.

Streitigkeiten über die Anwendung der Bestimmungen dieses Artikels werden durch den Bundesrat entschieden.

Art. 5.

Die Organe der Anstalt gelten auch mit Bezug auf die Portofreiheit als Bundesbehörden (Art. 34—36 des Bundesgesetzes betreffend die Posttaxen, vom 26. Juni 1884).

Art. 6.

Das Betriebsjahr der Anstalt fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

B. Bundesleistungen.

Art. 7.

Der Bund bestreitet die Einrichtungs- und Verwaltungskosten und leistet angemessene Beiträge zur Förderung des Samariterwesens, sowie für Sammlungen und Untersuchungen auf dem Gebiet des Unfallverhütungswesens.

Art. 8.

Der Bund bezahlt an die auf die Zwangsversicherung entfallende Gesamtprämie einen Viertel. Falls der Betrieb auf die freiwillige Versicherung ausgedehnt wird (Art. 21), so kann ein solcher Ausdehnungsbeschluß ebenfalls einen Bundesbeitrag an die Prämie freiwilliger Versicherungsnehmer schweizerischer Nationalität, bis auf einen Viertel, festsetzen.

Art. 9.

Der Bund bezahlt den öffentlichen und den eingeschriebenen Krankenkassen für deren Beihülfe bei dem Betrieb der eidgenössischen Unfallversicherungsanstalt nach Schluß jedes Jahres angemessene Beiträge an die Verwaltungskosten.

Art. 10.

Die Bundesversammlung erteilt alljährlich die zur Ausführung der Bestimmungen von Art. 7—9 nötigen Kredite.

Der Bundesrat trifft auf dem Verordnungswege nähere Bestimmungen über die Art und Weise der Berechnung und Ausrichtung der Bundesleistungen.

Er setzt diese jeweilen im einzelnen fest.

Art. 11.

Mit Bewilligung des Bundesrates kann die Anstalt

a. Heil- oder Kuranstalten, sowie Apotheken errichten und betreiben;

b. sich an der Errichtung und dem Betrieb von Heil- oder Kuranstalten, sowie von Apotheken beteiligen;

c. Krankenmobilien, orthopädische Gegenstände und andere zur Heilung dienliche Waren anschaffen.

C. Organe der Anstalt.

Art. 12.

Die eidgenössische Unfallversicherungsanstalt wird durch das eidgenössische Versicherungsamt betrieben.

Dasselbe übt den Betrieb unmittelbar oder durch das Mittel der Kreisverwaltungen aus und bedient sich für den Betrieb nach Maßgabe dieses Gesetzes der öffentlichen und der eingeschriebenen Krankenkassen.

Durch Verordnung des Bundesrates werden die Befugnisse und Obliegenheiten des eidgenössischen Versicherungsamtes und der Kreisverwaltungen mit Bezug auf die eidgenössische Unfallversicherungsanstalt des Näheren festgesetzt (Art. 161 und Art. 174 des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung).

Art. 13.

Dem eidgenössischen Versicherungsamt wird ein eidgenössischer Versicherungsrat beigegeben.

Derselbe besteht, außer dem Direktor und den Vizedirektoren des eidgenössischen Versicherungsamtes, aus sechs bis sechzehn Mitgliedern, welche durch den Bundesrat, jeweilen nach der eigenen Gesamterneuerung, auf eine Amtsdauer von drei Jahren gewählt werden und von welchen mindestens drei der Klasse der prämienpflichtigen Arbeitgeber und mindestens drei der Klasse der bei der eidgenössischen Unfallversicherungsanstalt versicherten Personen angehören sollen.

Art. 14.

Die Stelle eines Mitgliedes des eidgenössischen Versicherungsrates ist keine Beamtung. Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Verantwortlichkeit der eidgenössischen Behörden und Beamten, vom 9. Dezember 1850, insbesondere der Art. 37 ff., sowie des Bundesgesetzes über das Bundesstraf-

recht, vom 4. Hornung 1853, insbesondere der Art. 53 ff., finden jedoch auch auf die Mitglieder des eidgenössischen Versicherungsrates Anwendung.

Art. 15.

Der eidgenössische Versicherungsrat berät über wichtige Angelegenheiten der Anstalt und stellt Anträge über solche zu Handen der für den Entscheid zuständigen Behörde.

Insbesondere wirkt er beratend mit bezüglich

a. derjenigen Verordnungen des Bundesrates, welchen in diesem Gesetze gerufen wird,
b. des Gefahrentarifs,
c. der allgemeinen Vorschriften und Verbote auf dem Gebiete der Unfallverhütung,
d. des Rentendeckungstarifs,
e. des Jahresberichts und der Jahresrechnung,
f. der Äufnung oder Inanspruchnahme der Reserven.

Er kann auch in Angelegenheiten der Krankenversicherung beraten werden.

Art. 16.

Der Bundesrat setzt auf dem Verordnungsweg die Zahl der Mitglieder, die Art und Weise der Verhandlungen und der Beschlußfassung, sowie die Einheitssätze für die zu leistende Entschädigung der Mitglieder des eidgenössischen Versicherungsrates fest.

Der Bundesrat kann die Zahl der Mitglieder auch innerhalb der Amtsdauer bis zur gesetzlichen Höchstzahl vermehren.

Art. 17.

Das eidgenössische Versicherungsamt steht auch mit Bezug auf die ihm durch dieses Gesetz zugewiesenen Befugnisse und Obliegenheiten unter der Aufsicht des Bundesrates (Art. 175 des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung).

Ein Rekurs gegen bestimmte Anordnungen und Verfügungen des eidgenössischen Versicherungsamtes an den Bundesrat auf dem Gebiete der Unfallversicherung findet nur in den durch dieses Gesetz besonders vorgesehenen Fällen statt, und muß innert zehn Tagen seit der Mitteilung mittelst schriftlicher Eingabe an den Bundesrat erhoben werden, widrigenfalls der Rekurs durch den Bundesrat als verwirkt erklärt werden kann.

Ein Weiterzug an die Bundesversammlung gegen Anordnungen, Verfügungen und Entscheidungen, welche der Bundesrat in Anwendung dieses Gesetzes trifft, findet nicht statt.

D. Berufsverbände.

Art. 18.

Bestehen oder bilden sich unter Angehörigen der nämlichen Berufsart oder von unter sich ähnlichen Berufsarten Vereinigungen zur Wahrung oder Förderung der Berufsinteressen, so besitzen solche Vereinigungen auf ihr Begehren einen Anspruch auf die Mitwirkung beim Betriebe der Anstalt, insbesondere mit Bezug auf:

a. die Feststellung der Unfallsereignisse,

b. die Unfallverhütung,

c. die Feststellung und Änderung des Gefahrentarifs, sowie die Einschätzung.

Der Bundesrat setzt auf dem Wege der Verordnung oder des Einzelbeschlusses die Gegenstände, sowie die Art und Weise dieser Mitwirkung des nähern fest.

E. Umfang der Versicherung.

Art. 19.

Jede nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung (Art. 1 und Art. 6 und 7 daselbst) versicherungspflichtige Person wird bei der Anstalt

gegen die wirtschaftlichen Folgen von körperlichen Unfällen versichert, sofern und soweit diese den Tod oder einen dauernden körperlichen Nachteil oder eine mehr als sechs Wochen dauernde Krankheit verursachen. Im letzteren Fall bezieht sich die Versicherung nur auf die sechs Wochen übersteigende Dauer der Krankheit.

Art. 20.

Für jede solche Person beginnt und endigt die Versicherung kraft dieses Gesetzes gleichzeitig mit der Zwangsversicherung gemäß dem Bundesgesetze betreffend die Krankenversicherung.

Die Versicherung erstreckt sich auf jeden Unfall der in Art. 19 bezeichneten Art, den die versicherte Person während dieser Zeit erleidet.

Die versichert gewesene Person besitzt noch während vier Wochen, von dem Tage des Aufhörens der Zwangsversicherung an, mit Bezug auf einen innert dieser Zeit stattfindenden Unfall die gleichen Ansprüche gegenüber der Anstalt wie zuvor, sofern sie sich im Zeitpunkt des Unfalls im Inland befunden hat und sofern und soweit nicht eine andere Versicherungsanstalt für diesen Unfall aufzukommen hat.

Art. 21.

Die eidgenössische Unfallversicherungsanstalt ist befugt, mit Genehmigung des Bundesrates

a. das Geschäft der Anstalt auf die freiwillige Versicherung für gleiche oder höhere oder niedrigere als die in diesem Gesetze vorgeschriebenen Leistungen und von anderen als den kraft dieses Gesetzes versicherten Einwohnern der Schweiz auszudehnen, und

b. für einzelne Risiken oder einzelne Kategorien von solchen bei einer anderen Versicherungsanstalt oder bei anderen Versicherungsanstalten Rückversicherung zu nehmen.

F. Feststellung der Unfälle; Anzeigepflicht.

Art. 22.

Wird ein Versicherter von einem Unfall betroffen, welcher einen bleibenden körperlichen Nachteil oder eine Krankheit entweder sofort zur Folge hat oder mutmaßlich zur Folge haben wird, so ist der Betroffene verpflichtet, hiervon unverzüglich seinen Arbeitgeber oder dessen Stellvertreter im Betriebe oder diejenige Krankenkasse, in welcher er seiner Versicherungspflicht genügt, in Kenntnis zu setzen oder setzen zu lassen.

Art. 23.

Ebenso ist jeder Arbeitgeber verpflichtet, derjenigen Krankenkasse, in welcher sein Arbeiter der Versicherungspflicht genügt, unverzüglich Kenntnis zu geben, sobald er, oder sein Stellvertreter im Betriebe, erfährt, daß der Arbeiter einen Unfall erlitten hat, welcher den Tod oder einen bleibenden körperlichen Nachteil oder eine Krankheit entweder sofort zur Folge hat oder mutmaßlich zur Folge haben wird.

Art. 24.

Die schuldhafte Unterlassung oder Verspätung der in Art. 22 und Art. 23 vorgeschriebenen Anzeige hat versicherungspolizeiliche Ahndung und den gänzlichen oder teilweisen Entzug des auf die Zwischenzeit entfallenden Krankengeldes zur Folge. Außerdem haften der Krankenkasse und der Unfallversicherungsanstalt gegenüber die Fehlbaren solidarisch für den durch die Unterlassung oder Verspätung verursachten Schaden. Eine Verrechnung mit auf die Folgezeit entfallenden Kassenleistungen ist jedoch unstatthaft. Das Verschulden des Stellvertreters im Betrieb wird dem Arbeitgeber als eigenes angerechnet.

Über den Entzug oder Schadenersatz und das Maß des Entzuges oder Schadenersatzes entscheidet:

a. für die ersten 6 Wochen der Vorstand der öffentlichen, beziehungsweise die eingeschriebene Krankenkasse und im Streitfall der nach Maßgabe des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung (Art. 164 und Art. 184, Absatz 3) zuständige Richter;

b. für die Folgezeit das eidgenössische Versicherungsamt und im Streitfall das Bundesgericht.

Art. 25.

Der Vorstand derjenigen öffentlichen, beziehungsweise diejenige eingeschriebene Krankenkasse, in welcher der von einem Unfall der in Art. 22 und Art. 23 bezeichneten Art Betroffene der Versicherungspflicht genügt, ist verpflichtet, sofort nach eigener Kenntnisnahme diejenige Kreisverwaltung, welcher die Krankenkasse unterstellt ist, zu benachrichtigen. Der Vorstand einer Betriebskrankenkasse, welche dem eidgenössischen Versicherungsamt unmittelbar unterstellt ist, hat die Anzeige an die durch das eidgenössische Versicherungamt bestimmte (Art. 132 des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung) oder an die dem Unfallsorte zunächst befindliche Kreisverwaltung zu erstatten.

Die schuldhafte Unterlassung oder Verspätung der in diesem Artikel vorgeschriebenen Anzeige hat versicherungspolizeiliche Ahndung zur Folge.

Außerdem haftet der Unfallversicherungsanstalt die Krankenkasse für den durch die Unterlassung oder Verspätung verursachten Schaden.

Art. 26.

Nach erhaltener Kenntnis von dem Unfall nimmt der Vorstand der öffentlichen oder die eingeschriebene Krankenkasse unverzüglich die nötigen Erhebungen vor, um den Unfall, seine Verumständungen, seine Ursachen und bereits eingetretenen Folgen festzustellen, und teilt der Kreisverwaltung das Ergebnis der Erhebungen mit. Die Kreisver-

waltung und das eidgenössische Versicherungsamt können diese Erhebungen von sich aus vervollständigen oder die Krankenkasse mit einer solchen Vervollständigung beauftragen.

Die verursachten Barauslagen, inbegriffen eine billige Entschädigung an den oder die Vertreter der Krankenkasse, werden durch die Unfallversicherungsanstalt getragen oder ersetzt und gelten als Verwaltungskosten dieser Anstalt.

Der Bundesrat wird auf dem Verordnungsweg nähere Bestimmungen über die Art und Form der Erhebungen erlassen, über die Entschädigung der Kassenvertreter einen Tarif aufstellen und endlich festsetzen, ob und nach welchen Einheitssätzen andere mitwirkende Personen zu entschädigen seien.

Die Feststellung der Kosten, inbegriffen solche Entschädigungen, ist im einzelnen Fall Sache des eidgenössischen Versicherungsamts, welches endgültig entscheidet.

G. Leistungen der Anstalt.

Art. 27.

Die Leistungen der Unfallversicherungsanstalt bestehen in

a. der unentgeltlichen Krankenpflege und dem Krankengeld,

b. der Invalidenrente,

c. dem Bestattungsgeld und der Hinterlassenenrente.

a. Krankenpflege und Krankengeld.

Art. 28.

Die durch einen Unfall körperlich verletzte versicherte Person erhält vom Ablauf der sechsten Woche nach dem Tage der Erkrankung an für die weitere Dauer der durch die Krankheit verursachten Erwerbsunfähigkeit die unentgeltliche Krankenpflege und ein Krankengeld im gleichen

Umfang, wie ihr die Krankenkasse während der ersten sechs Wochen beiderlei nach Maßgabe von Art. 49 und 50 des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung zu leisten hat, und die Bestimmungen der Art. 47, 52—52ter, 53, Absatz 1—4, 54, 55, 56, 63, Absatz 2, und 65 daselbst finden auch für die Folgezeit Anwendung, soweit die Bestimmungen der Art. 29—32 des vorliegenden Gesetzes nicht anderes vorschreiben.

Art. 29.

Die Krankenkasse besorgt auch nach Ablauf der sechsten Woche den Krankheitsfall und die Leistungen an und für den Kranken, und die Bestimmungen der Art. 47—50, 52 bis 52ter, 53, Absatz 1—4, 54—56, 63, Absatz 3, und 65 des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung gelten auch für die Folgezeit.

So oft jedoch mit Bezug auf die Folgezeit es sich um die Kürzung oder den Entzug von Leistungen gegenüber dem Versicherten oder dritten Personen oder um die Anwendung von Art. 52bis, Absatz 1, 53, Absatz 1—4, 56, Absatz 1, 63, Absatz 3, und 65 des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung handelt oder sobald zwischen der Kasse und einer bezugs- oder forderungsberechtigten Person Streitigkeiten entstehen, so hat die Kasse die Kreisverwaltung in Kenntnis zu setzen, welche alsdann, von sich aus oder nachdem sie die Weisungen des eidgenössischen Versicherungsamtes eingeholt, entscheidet.

Begnügt sich der Ansprecher nicht mit diesem Entscheid, so hat das Bundesgericht den Fall zu beurteilen.

Die in Art. 47, Absatz 4, des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung vorgesehene versicherungspolizeiliche Ahndung ist mit Bezug auf die Folgezeit Sache des eidgenössischen Versicherungsamtes.

Die Bestimmung des dritten Absatzes des nämlichen Artikels gilt auch mit Bezug auf die Kreisärzte und die Ärzte des eidgenössischen Versicherungsamtes.

Art. 30.

In den Fällen von Art. 47, Absatz 4, Art. 52 und Art. 53, Absatz 4, des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung ist auch eine Verkürzung der Rente gegenüber dem Versicherten und dessen Hinterlassenen, jedoch um höchstens die Hälfte, anläßlich der Rentenfestsetzung, zulässig.

Im Streitfall entscheidet nach erfolgter Festsetzung der Rente durch das eidgenössische Versicherungsamt das Bundesgericht.

Art. 31.

Die Anstalt ist jederzeit berechtigt, auf einen von ihr zu bezeichnenden Zeitpunkt die Obliegenheiten der Krankenkasse mit Bezug auf eine beiderorts versicherte und unfallskranke Person selbst zu übernehmen, worauf auch die Obliegenheiten und Befugnisse der Kasse und des Kassenvorstandes, insbesondere gegenüber dem Kranken, auf sie übergehen.

Alsdann hat überall da, wo nach Maßgabe des Gesetzes betreffend die Krankenversicherung das Kreisschiedsgericht zuständig wäre, das Bundesgericht zu entscheiden.

Art. 32.

Die Anstalt ersetzt den Krankenkassen deren Auslagen für solche Leistungen, welche nach Maßgabe des vorliegenden Gesetzes der Anstalt obliegen.

Umgekehrt ersetzt die Krankenkasse, im Fall der Übernahme eines Unfallskranken durch die Anstalt, dieser die Auslagen für solche Leistungen, welche auf die ersten sechs Wochen der Krankheit entfallen und nicht nach Maßgabe dieses Gesetzes durch die Anstalt selbst zu tragen sind. Die Kasse ist jedoch nicht schuldig, mehr zu vergüten, als sie selbst hätte auslegen müssen, wenn der Kranke nicht durch die Anstalt übernommen worden wäre.

Streitigkeiten über die Anwendung der Bestimmungen dieses Artikels werden durch das Bundesgericht beurteilt.

b. Invalidenrente.

Art. 33.

Verursacht der Unfall einen dauernden körperlichen Nachteil, so erhält der Verletzte lebenslänglich eine jährliche Rente, welche $^2/_3$ des entgehenden Jahresverdienstes beträgt.

Hierbei ist der Arbeitsverdienst zur Zeit der Verletzung, nach Maßgabe von Art. 78 und 79 des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung, zu Grunde zu legen.

Stellt sich im Verlaufe der Nachteil als erheblich größer oder als erheblich geringer heraus, als bei Festsetzung der Rente angenommen wurde, so ist diese für die Folgezeit zu erhöhen oder zu verkürzen. Die höchste Rente darf jedoch nicht mehr als $^2/_3$ des zur Zeit der erstmaligen Festsetzung maßgebend gewesenen Jahresverdienstes betragen.

War der Versicherte am Tage der Verletzung noch nicht zweiundzwanzig Jahre alt, so ist für die Höhe der Rente vom Beginn des ersten ganzen Monats nach dem zurückgelegten zweiundzwanzigsten Altersjahr an diejenige Lohnklasse maßgebend, welcher der Versicherte damals ohne die Verletzung mutmaßlich angehört hätte.

Die Festsetzung dieser eventuellen höheren Rente gilt ebenfalls als erstmalige im Sinn von Absatz 3 oben.

c. Verhältnis der Invalidenrente zu anderen Ansprüchen des Versicherten.

Art. 34.

Niemand besitzt, mit Bezug auf den nämlichen Unfall, für die gleiche Zeit einen Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung oder nach Maßgabe von Art. 28 dieses Gesetzes einer- und auf eine Rente anderseits.

Von zwei auf die gleiche Thatsache gegründeten, sich jedoch nach obigem gegenseitig ausschließenden Ansprüchen besitzt im Zweifel der für den Versicherten günstigere den Vorzug.

Stößt einem Kranken ein Unfall zu oder bricht bei einem Unfallkranken eine neue Krankheit aus, welche mit dem Unfall oder der Unfallskrankheit nicht im ursächlichen Zusammenhang steht, so findet eine angemessene Verteilung der Belastung zwischen der Kranken- und der Unfallversicherungsanstalt statt. Mit Bezug auf Wöchnerinnen gilt die Bestimmung von Art. 63, Absatz 2, des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung.

Wird ein wegen eines eigenen Unfalls Rentenberechtigter neuerdings von einem Unfall betroffen, der ihm einen Rentenanspruch gegenüber der Unfallversicherungsanstalt verleiht, so werden beide Renten in eine einheitliche Leistung verschmolzen, welche jedoch $^2/_3$ des Betrages, den der Versicherte, ohne die Unfälle, zur Zeit des letzten Unfalls mutmaßlich verdient hätte, nicht übersteigen darf. War der Verletzte im Zeitpunkte des zweiten Unfalls noch nicht 22 Jahre alt, so findet die Bestimmung von Art. 33, Absatz 4, entsprechende Anwendung.

Die Krankenkasse ist nicht berechtigt, die ihr obliegenden Leistungen mit Rücksicht darauf, daß der Erkrankte eine Unfallsrente bezieht, zu kürzen.

d. Bestattungsgeld und Hinterlassenenrente.

Art. 35.

Stirbt der Verletzte infolge des Unfalls, so hören für die Folgezeit die in Art. 28 und 33 vorgesehenen Leistungen der Anstalt auf und treten folgende Leistungen an deren Stelle.

a. Die Anstalt bezahlt anstatt der Krankenkasse die Bestattungskosten nach Maßgabe von Art. 64 des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung.

b. Die Hinterlassenen erhalten eine jährliche Rente, welche am Tage nach dem Todestag zu laufen beginnt und welche einen Teil des Jahresverdienstes (Art. 33) des Verstorbenen beträgt, nämlich

1. für die Witwe bis zu deren Tode oder Wiederverehelichung 30 %;
2. für den Witwer, wenn und solange er sich nicht wieder verehelicht, insofern er dauernd erwerbsunfähig ist oder innert fünf Jahren seit dem Tod der Ehefrau dauernd erwerbsunfähig wird, 20 %;
3. für jedes hinterbliebene oder nachgeborne eheliche Kind des Verstorbenen, bis zum zurückgelegten sechszehnten Lebensjahr dieses Kindes, 15 % und, wenn dasselbe auch den zweiten Elternteil verliert oder bereits verloren hat, 25 %;
4. für Verwandte in aufsteigender Linie und solche Geschwister, welche das sechzehnte Altersjahr noch nicht zurückgelegt haben, in gleichen Rechten nach Köpfen, zusammen 20 %.

Die Anspruchsberechtigung der Witwe und des Witwers fällt dahin, wenn die Verehelichung erst nach dem Unfall stattgefunden hatte.

Die Bestimmung von Art. 33, Absatz 4, gilt auch für die nach Maßgabe dieses Artikels festzusetzenden Renten.

Art. 36.

Der Gesamtbetrag aller Renten (Art. 35) darf 50 % des Jahresverdienstes (Art. 33) des Verstorbenen nicht übersteigen.

Die Bezugsberechtigung für die in Art. 35, Ziffer 4, bezeichneten Verwandten tritt nur so weit ein und lebt nur so weit auf, als den unter Ziffer 1—3 daselbst bezeichneten Verwandten nicht oder nicht mehr 50 % zukommen.

Wenn und solange die Ansprüche der unter Ziffer 1—3 daselbst bezeichneten Verwandten zusammen mehr als 50 % ausmachen, so tritt eine verhältnismäßige Kürzung ihrer sämtlichen Renten ein.

Der Wegfall einer in Ziffer 1—3 daselbst vorgesehenen Rente kommt in erster Linie sämtlichen übrigen, nach Maß-

gabe dieser Ziffern rentenberechtigten Personen proportional innert ihrer Berechtigung zu gute.

Vom Wegfall einer nach Maßgabe von Ziffer 4 daselbst bestehenden Rente ziehen die übrigen in dieser Ziffer bezeichneten Verwandten gleichmäßig den Nutzen. Kein solcher Verwandter erhält jedoch mehr als ein gleichzeitig nach Maßgabe von Ziffer 1—3 daselbst Bezugsberechtigter.

Art. 37.

Ein Eheteil, welcher zur Zeit des Todes des Versicherten von diesem rechtskräftig, gänzlich oder zu Tisch und Bett, getrennt war, besitzt keinen Rentenanspruch.

Art. 38.

Kinder, welche zur Zeit des Unfalls bereits rechtskräftig adoptiert oder legitimiert waren, sind den ehelichen gleichzuhalten.

Ebenso außereheliche Kinder mit Bezug auf Ansprüche, die aus dem Tod der Mutter hergeleitet werden.

Ebenso ein außereheliches oder Brautkind mit Bezug auf Ansprüche aus dem Tod des Vaters, insofern die Vaterschaft durch einen nach Maßgabe der zutreffenden Gesetzgebung erlassenen rechtskräftigen gerichtlichen Entscheid oder durch eine glaubwürdige schriftliche Anerkennung festgestellt ist. Alsdann gilt der Vater auch als zweiter Elternteil im Sinn von Art. 35, litt. *b*, Ziffer 3, oben.

e. Rentenauskauf.

Art. 39.

Im Fall der Wiederverehelichung erhält die Witwe, unbeschadet ihres Rentenanspruchs bis zur Wiederverehelichung, den dreifachen Betrag der Jahresrente als Abfertigung. In Ansehung der Bestimmungen von Art. 35 und 36 gilt jedoch, zu gunsten der Anstalt, die ausgekaufte Rente, vom Zeitpunkt des Auskaufs an, noch drei Jahre lang als unverändert fortbestehend und als den Wegfall anderer Renten mitgenießend.

Art. 40.

Jede Rente (Art. 33 und 35) darf jederzeit, auch gegen den Willen des Berechtigten, durch das eidgenössische Versicherungsamt ausgekauft werden, wenn der Berechtigte im Ausland wohnt oder wenn die Rente weniger als einhundert Franken jährlich beträgt.

In allen übrigen Fällen ist der Auskauf nur auf Antrag des Berechtigten und nur ausnahmsweise zulässig.

Die ausgekaufte Rente gilt in Ansehung der Bestimmungen von Art. 35 und 36, zu gunsten der Anstalt, als fortbestehend und den Wegfall anderer Renten mitgenießend, solange der Ausgekaufte, wenn nicht ausgekauft, rentenberechtigt wäre.

Ein mit Zustimmung des Berechtigten ausgekaufter Rentenfall gilt als endgültig erledigt. Dagegen steht es dem zwangsweise Ausgekauften im Falle von Art. 33, Absatz 3, frei, eine Neufestsetzung zu verlangen, worauf entweder eine neue besondere Rente, über die Loskaufsumme für die erstmalige hinaus, zu gewähren oder die Loskaufsumme entsprechend zu erhöhen ist.

f. Festsetzung und rechtliche Eigenschaften der Rente.

Art. 41.

In jedem eintretenden Fall hat das eidgenössische Versicherungsamt die Rentenschuld und die Bezugsberechtigung nach Maßgabe der ihm bekannten Umstände und Verwandtschaftsverhältnisse, sowie den Beginn der Bezugsberechtigung festzusetzen und jedem Bezugsberechtigten einen besonderen Rentenschein auszuhändigen.

Der Rentenschein gilt als öffentliche, von einer Bundesbehörde ausgestellte Urkunde.

So oft Umstände eintreten oder bekannt werden, welche nach Maßgabe des vorliegenden Gesetzes eine Änderung der Rentenschuld bedingen, ist diese neuerdings festzusetzen und der Rentenschein entsprechend abzuändern.

Art. 42.

Der Anspruch auf Festsetzung einer Rente kann vom eidgenössischen Versicherungsamt zurückgewiesen werden, sofern zur Zeit der Geltendmachung mehr als ein Jahr verstrichen ist, seitdem der Unfall eintrat und sofern die Organe der Anstalt nicht schon vor Jahresablauf Kenntnis von dem Unfall besaßen.

Art. 43.

Das eidgenössische Versicherungsamt ist in den Fällen, in welchen der Unfall den Tod herbeiführte, sofern auf anderem Weg nicht ausgemittelt werden konnte, ob überhaupt entschädigungsberechtigte Verwandte oder noch andere als die bekannten vorhanden sind, befugt, eine öffentliche Ausschreibung zu erlassen und in derselben eine Verwirkungsfrist von mindestens sechs Monaten festzusetzen, nach deren fruchtlosem Ablauf jeder neue Anspruch zurückgewiesen werden kann. Die in der Ausschreibung festgesetzte Frist tritt an die Stelle der gesetzlichen (Art. 42).

Art. 44.

Wer in guten Treuen irrtümlich eine Rente bezogen hat, darf sie behalten, und der wirkliche Rentenberechtigte muß sich dasjenige, was jener statt seiner bezog, anrechnen lassen.

Ist die Rente festgesetzt und der Rentenschein ausgestellt, so kann jede Monatsrate (Art. 46, Absatz 1) drei Monate nach deren Fälligkeit durch das eidgenössische Versicherungsamt als verwirkt erklärt werden, sofern nicht von dem Berechtigten innert dieser Frist bei dem eidgenössischen Versicherungsamt oder einer Kreisverwaltung oder einem schweizerischen Postbureau ein Anspruch auf die fällige Rente erhoben worden ist.

Die Rentenschuld nach Maßgabe eines Rentenscheins verjährt gänzlich und muß abgeschrieben werden, wenn mehr als zwei Jahre seit dem letzten Bezug verstrichen sind und in der Zwischenzeit von dem Berechtigten kein Anspruch auf Fortbezahlung der Rente erhoben worden ist.

Der Wegfall der Rentenschuld kommt im Sinne von Art. 36 den Mitberechtigten erst mit dem Zeitpunkt der Abschreibung zu gute.

Art. 45.

Die Geltendmachung der Verjährung im Sinne der Art. 42 bis 44 steht nur der Unfallversicherungsanstalt zu.

g. Fälligkeit und Zahlung der Rente.

Art. 46.

Die Rente ist in Monatsraten zahlbar. Jede Rente wird am ersten Tag des Kalendermonats zum voraus fällig.

Beginnt die Rentenberechtigung innert eines Kalendermonats, so wird die auf den Monatsrest entfallende Rate am 1. des folgenden Monats fällig.

Wenn nach der Fälligkeit die Rentenberechtigung aufhört oder der Betrag der Rente vermindert oder erhöht wird, so findet für die Zeit bis zum Beginn des folgenden Monats weder eine Rück- noch eine Nachvergütung statt.

Art. 47.

Die Renten werden durch die eidgenössische Postverwaltung in ihren Postbureaux ausbezahlt.

Der Bundesrat wird über die Beziehung der Postverwaltung zur Unfallversicherungsanstalt nach Maßgabe dieses Artikels, sowie über die Form des Ausweises über die Bezugsberechtigung das Nähere auf dem Verordnungsweg festsetzen.

h. Gemeinsame Bestimmungen betreffend die Leistungen.

Art. 48.

Erleidet der Versicherte einen Unfall im Militärdienst, so ist die Unfallversicherungsanstalt nicht verpflichtet, für die Folgen eines solchen Unfalls aufzukommen.

Art. 49.

Wird ein infolge eines Unfalls erkrankter Versicherter verhaftet, so hören die Leistungen der Unfallversicherungsanstalt, soweit sie in Krankenpflege und Krankengeld bestehen, für die Zeit des Verhaftes auf.

Gerät ein Versicherter in den Strafverhaft, so ist die Unfallversicherungsanstalt nicht verpflichtet, für die Folgen eines Unfalls aufzukommen, welchen der Versicherte während dieses Verhaftes erlitten hat.

Mit Bezug auf einen Versicherten, welcher in eine Zwangsarbeitsanstalt verbracht wird, fallen ebenfalls während der Dauer der Unterbringung die Leistungen der Unfallversicherungsanstalt, soweit sie in Krankenpflege und Krankengeld bestehen, dahin, und kann mit Bezug auf einen Unfall, den der Versicherte daselbst erlitten hat, von der Unfallversicherungsanstalt ebenfalls jede Leistung verweigert werden.

Art. 50.

Hat sich der Versicherte die Verletzung oder den Tod vorsätzlich oder durch ein strafbares Vorgehen oder auf arglistige Weise zugezogen und war er dabei zurechnungsfähig, so können er und seine Hinterlassenen des Anspruchs auf die gesetzlichen Leistungen der Unfallversicherungsanstalt ganz oder teilweise verlustig erklärt werden.

Art. 51.

Hat der Versicherte die Verletzung oder den Tod durch grobe Fahrlässigkeit verschuldet und war er dabei zurechnungsfähig, so können ihm sowohl das Krankengeld als auch die Rente, ebenso den Hinterlassenen die Rente gekürzt werden, jedoch höchstens bis auf die Hälfte.

Art. 52.

Ein Versicherter, welcher wider besseres Wissen entweder eine gar nicht oder nicht mehr bestehende Krankheit

vorschützt, oder durch einen Unfall einen bleibenden körperlichen Nachteil erlitten zu haben behauptet, welcher gar nicht oder in erheblich geringerem Maße vorhanden ist oder gar nicht durch den Unfall verursacht wurde, wird, gleichviel ob er durch sein wissentlich falsches Vorbringen Leistungen der Versicherungsanstalt erwirkt oder nur zu erwirken versucht hat, wegen Betrugs oder Betrugsversuchs dem Strafrichter überwiesen, oder unterliegt, in gelinden Fällen, versicherungspolizeilicher Ahndung.

Hat er durch sein wissentlich falsches Vorbringen Leistungen oder größere Leistungen der Versicherungsanstalt erwirkt, so können er und seine Erben außerdem zum gänzlichen oder teilweisen Ersatz des Schadens verurteilt werden.

Die Verrechnung des Schadenersatzes mit spätern Leistungen an den Versicherten wegen des nämlichen, wirklichen oder vorgeschützten, oder eines spätern Unfalls oder an die Hinterlassenen, mit Ausnahme der Bestattungskosten, ist zulässig.

Die Bestimmung von Art. 54 bleibt vorbehalten.

Art. 53.

Stellt sich nachträglich heraus, daß sich der Unfall zu einer Zeit ereignet hat, in welcher die verletzte Person nicht bei der Anstalt versichert war, so werden weitere Leistungen jeder Art eingestellt, und zwar sowohl gegenüber dem vom Unfall Betroffenen als gegenüber seinen Hinterlassenen. Bereits für oder an den Verletzten Geleistetes kann, mit Ausnahme der Bestattungskosten, von ihm und seinen Erben zurückgefordert werden. Dagegen dürfen die Hinterlassenen die bereits empfangenen Renten behalten.

Stellt sich nachträglich heraus, daß der körperliche Nachteil, für welchen die Anstalt aufgekommen ist, teilweise aus einer Zeit stammt, in welcher die verletzte Person nicht bei der Anstalt versichert war, oder daß er teilweise bereits durch eine von der Anstalt bezahlte Entschädigung ausgeglichen war, so findet für die Folgezeit

eine entsprechende Kürzung der Leistungen an den Versicherten und seine Hinterlassenen statt und kann im Fall der wissentlichen Verheimlichung eine Rückerstattung seitens des Versicherten und seiner Erben gefordert werden.

Die versicherungspolizeiliche Ahndung gegenüber dem Versicherten wird vorbehalten.

Art. 54.

In den Fällen von Art. 50, 52 und 53 kann das eidgenössische Versicherungsamt den Versicherten auf eine Zeitdauer von höchstens fünf Jahren als aus der Anstalt ausgeschlossen erklären. Der rechtskräftig gewordene Ausschluß wird veröffentlicht und hat des weitern zur Folge, daß der Ausgeschlossene aufhört und während dieser Zeit unfähig bleibt, freiwilliges Mitglied einer öffentlichen Krankenkasse zu sein.

Art. 55.

Gegenüber einem Dritten, welcher mit Bezug auf den Unfall, den ein Versicherter erlitten hat, schadenersatzpflichtig ist, tritt die Unfallversicherungsanstalt, bis auf die Höhe der von ihr geschuldeten Leistungen, kraft dieses Gesetzes in den Ersatzanspruch des Versicherten ein.

Besitzt infolge des Unfalls der schadenersatzpflichtige Dritte Anspruch auf eine Hinterlassenenrente, so ist die Unfallversicherungsanstalt zur Verrechnung befugt, sofern ihre Schadenersatzforderung durch ein rechtskräftiges, gerichtliches Urteil festgestellt ist.

H. Die Prämie.

Art. 56.

Auf jede versicherte Person entfällt für jeden Arbeitstag ein Versicherungsbeitrag an die Anstalt (Prämie). Die Prämie wird nach der Höhe der Unfallsgefahr und des Tagesverdienstes abgestuft.

Art. 57.

Sämtliche versicherte Personen werden nach Maßgabe der Unfallsgefahr eingeschätzt.

Zu diesem Behufe erläßt das eidgenössische Versicherungsamt namens der Anstalt, mit Genehmigung des Bundesrates, einen Gefahrentarif, welcher das Verhältnis der Unfallsgefahr der einzelnen Betriebsarten zu einander festsetzt.

Er kann alljährlich vor dem 1. Oktober, mit Wirkung auf das nächste Betriebsjahr, abgeändert werden.

Sowohl der erstmalige Gefahrentarif als auch jede Abänderung desselben sind zu veröffentlichen.

Art. 58.

Auf Grund des allgemeinen Gefahrentarifs findet alljährlich spätestens am 1. Oktober, und in der Zwischenzeit so oft es durch den Eintritt neuer Versicherter erforderlich wird, die Einschätzung der Versicherten hinsichtlich der Unfallsgefahr statt. Die Einschätzung von Betrieben mit mehr als einem Arbeiter kann samthaft oder nach einzelnen Gruppen der Arbeiter erfolgen.

Die Einschätzung ist Sache der Kreisverwaltung und, wenn es sich um Betriebe handelt, deren Krankenkassen unmittelbar dem eidgenössischen Versicherungsamt unterstellt sind (Art. 132 des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung), Sache des eidgenössischen Versicherungsamtes.

Art. 59.

Der Einschätzungsbeschluß der Kreisverwaltung wird sowohl dem eidgenössischen Versicherungsamt und derjenigen Krankenkasse, welcher die eingeschätzte Person angehört, zur Kenntnis gebracht, als auch dem Prämienpflichtigen, und, in den Fällen von Art. 6 und 7 des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung, dem zuständigen Organ der Versicherungsgemeinde schriftlich gegen Empfangschein mitgeteilt.

Innert zehn Tagen von der schriftlichen Mitteilung an kann der Prämienpflichtige, beziehungsweise das zuständige Organ der Versicherungsgemeinde, mittelst schriftlicher Eingabe an das eidgenössische Versicherungsamt Abänderung der Einschätzung verlangen. Auf später eingereichte Abänderungsbegehren wird in der Regel nicht mehr eingetreten.

Das Abänderungsbegehren besitzt keine aufschiebende Wirkung.

Das eidgenössische Versicherungsamt kann die Einschätzung jederzeit von sich aus abändern.

Art. 60.

Jeder Arbeitgeber einer gemäß Art. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung versicherten Person und jede gemäß Art. 6 und 7 daselbst versicherte Person ist verpflichtet, der zuständigen Krankenkasse oder der Kreisverwaltung von jeder erheblichen Änderung im Betriebe oder in der Berufs- und Erwerbsart des Versicherten beförderlich Kenntnis zu geben.

Die Kreisverwaltung nimmt, sobald sie von einer solchen Änderung Kenntnis erhält, die nötigen Erhebungen vor und entscheidet, ob und welche Änderung in der Einschätzung vorzunehmen sei und, im Falle der Versetzung in eine höhere Gefahrenklasse, auf welchen Zeitpunkt die Erhöhung zurückwirke. Der auf die Zwischenzeit entfallende Mehrbetrag der Prämie ist durch den Prämienpflichtigen, beziehungsweise den Bund nachzuvergüten.

Mit Bezug auf die Mitteilung und den Weiterzug eines in Anwendung von Absatz 2 gefaßten Entscheides gelten die Bestimmungen des vorigen Artikels.

Die unmittelbar dem eidgenössischen Versicherungsamt unterstellten Betriebe (Art. 132 des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung) haben die Veränderungsanzeige direkt an dasselbe zu erstatten, worauf es selbst im Sinne von Absatz 2 oben entscheidet.

Schuldhafte Unterlassung der rechtzeitigen Anzeige zieht versicherungspolizeiliche Ahndung nach sich.

Art. 61.

Als Tagesverdienst gilt der durch die Krankenkasse nach Maßgabe von Art. 78 und 79 des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung festgesetzte Betrag.

Art. 62.

Die Höhe der Tagesprämie wird durch die Krankenkasse nach Maßgabe der Einschätzung und des Tagesverdienstes (Art. 61) festgestellt.

Art. 63.

Der Bundesviertel (Art. 8) wird durch die Anstalt selbst bezogen.

Die Anstalt kann den Einzug der Restprämie selbst besorgen oder derjenigen Krankenkasse übertragen, welcher der Versicherte angehört. Im letzteren Falle ist die Schuldbetreibung Sache der Krankenkasse, während weitere Maßnahmen gegen den Schuldner von der Anstalt selbst ausgehen müssen.

Die vom Schuldner nicht erhältlichen Kosten der Schuldbetreibung werden der Krankenkasse durch die Anstalt ersetzt.

Das eidgenössische Versicherungsamt wird über die Art und Weise der Ablieferung der durch die Krankenkassen eingezogenen Gelder an die Anstalt ein Reglement erlassen.

Die Krankenkassen sind der Anstalt für den sorgfältigen Einzug, sowie für die rechtzeitige Ablieferung der eingezogenen Beträge verantwortlich.

Art. 64.

Die Prämie ist monatlich zum voraus an die Einzugsstelle, für diese kostenfrei, zu bezahlen, und der Bruchteil eines Rappens ist mit Bezug auf jede Monatsprämie jedes Versicherten auf den ganzen Rappen aufzurunden.

Beginnt die Beitragspflicht im Laufe des Kalendermonats, so steht es der Einzugsstelle frei, die auf die Zeit bis zum Monatsende entfallende Prämie zum voraus oder erst auf Monatsende einzuverlangen.

Endigt die Beitragspflicht im Laufe des Kalendermonats, so ist der auf den Monatsrest entfallende Teil einer bereits bezahlten Prämie zurückzuvergüten oder gutzuschreiben.

Vom Beginn der Versicherung an werden sämtliche Tage bis zum Ende der Versicherung, inbegriffen der Anfangs-, sowie der Endtag und ausgenommen die Sonntage, als Arbeitstage gerechnet. Die Bestimmung von Art. 68 bleibt vorbehalten.

Art. 65.

Zur Rückerstattung einer irrtümlich bezahlten Prämie oder zur Verrechnung einer solchen mit einer späteren Schuld des Rückfordernden ist die Einzugsstelle nur dann verpflichtet, wenn die Reklamation innert zwei Monaten seit der Zahlung erhoben wird.

Art. 66.

Die Restprämie, über den Bundesviertel hinaus, wird der Anstalt geschuldet:

a. mit Bezug auf die nach Maßgabe von Art. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung versicherte Person von ihrem Arbeitgeber;

b. mit Bezug auf die nach Maßgabe von Art. 6 und 7 daselbst versicherte Person von dieser selbst.

Der Arbeitgeber ist nicht berechtigt, dem Versicherten einen Teil der Prämie in Anrechnung zu bringen. Jede entgegenstehende Vereinbarung ist ungültig und bereits Bezogenes sofort bar zurückzuerstatten.

Der den Bestimmungen von Absatz 2 zuwiderhandelnde Arbeitgeber unterliegt versicherungspolizeilicher Ahndung.

Art. 67.

Wenn die nach Art. 6 und 7 des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung versicherte Person die Prämie nicht rechtzeitig einbezahlt, so hat die Versicherungsgemeinde dieselbe zu entrichten und erhält dafür ein Rückgriffsrecht auf den Schuldner.

Der Kanton haftet der Anstalt für die Verbindlichkeiten der Versicherungsgemeinde.

Art. 68.

Für die Zeit der Krankheit wird keine Prämie erhoben.

Ist der Versicherte, infolge der Krankheit, nicht gänzlich, sondern nur teilweise erwerbsunfähig, so findet ein entsprechender Teilnachlaß der Prämie statt.

Art. 69.

Dem Arbeitgeber, welcher trotz Mahnung die verfallene Prämie nicht einbezahlt, kann über diese hinaus durch das eidgenössische Versicherungsamt ein Strafgeld bis auf den zehnfachen Betrag der Restanz zu Handen der Unfallversicherungsanstalt auferlegt werden.

Bei offenbar böswilliger Säumnis kann außerdem versicherungspolizeiliche Ahndung eintreten.

Das Strafgeld fällt in die allgemeine Reserve der Anstalt.

Art. 70.

Der Anstalt und im Fall von Art. 67 der Versicherungsgemeinde steht gegenüber jedem Schuldner (Art. 66, *a* und *b*) für Prämie, Buße, Strafgeld und Schadenersatz das Recht der Anschlußpfändung ohne vorgängige Betreibung, nach Art. 111 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs, vom 11. April 1889, während einer Frist von 40 Tagen, und im Konkurs oder Pfändungsverfahren gegen den Schuldner das Privilegium in erster Klasse gemäß Art. 219 daselbst zu.

Bei der Zwangsliquidation einer Eisenbahn wird das Guthaben der Anstalt gemäß Ziffer 2 von Art. 38 des Bundesgesetzes über Verpfändung und Zwangsliquidation der Eisenbahnen, vom 24. Brachmonat 1874, kolloziert.

J. Deckungsverfahren, Reserven, Jahresbericht und Jahresrechnung.

Art. 71.

Für die Aufbringung der Mittel zur Bestreitung der Verpflichtungen der Anstalt gilt das Verfahren der Kapitaldeckung.

Das eidgenössische Versicherungsamt wird für die Berechnung des Rentendeckungskapitals einen Tarif aufstellen.

Art. 72.

Aus den Jahresüberschüssen des Anstaltsbetriebes oder einem Teil derselben werden eine allgemeine Reserve und eine Reserve für Massenunfälle gebildet.

Art. 73.

Die verfügbaren Gelder und Kapitalien der Anstalt werden zinstragend angelegt.

Der Bundesrat wird auf dem Wege einer besonderen Verordnung die Art und Weise der Anlage und Verwaltung durch das eidgenössische Versicherungsamt feststellen.

Art. 74.

Alljährlich spätestens am 15. September stellt das eidgenössische Versicherungsamt den Jahresbericht und die Jahresrechnung der Anstalt für das verflossene Betriebsjahr fest und übermittelt beide nebst seinen Anträgen über die Verwendung des Überschusses dem Bundesrate, welcher sie der Bundesversammlung zur Genehmigung vorlegt.

Die Rechnungs- und Kassaführung der Versicherungsanstalt wird in gleicher Weise, wie diejenige der übrigen eidgenössischen Verwaltungen, der eidgenössischen Finanzkontrolle zur Verifikation unterstellt.

K. Unfallverhütung.

Art. 75.

Der Inhaber jedes wirtschaftlichen Betriebes, in welchem ein oder mehrere Versicherte arbeiten, ist verpflichtet, die zur Verhütung von Unfällen nötigen Vorrichtungen anzubringen und die für denselben Zweck dienlichen Maßnahmen zu treffen.

Art. 76.

Das eidgenössische Versicherungsamt ist befugt, allgemeine Vorschriften und Verbote zum Zwecke der Verhütung von Unfällen zu erlassen.

Solche Erlasse sind zu veröffentlichen.

Der Rekurs an den Bundesrat ist jederzeit statthaft, besitzt jedoch keine aufschiebende Wirkung.

Art. 77.

Das eidgenössische Versicherungsamt ist befugt, mit Bezug auf einzelne Betriebe oder einzelne versicherte Personen besondere Vorschriften oder Verbote zum Zwecke der Verhütung von Unfällen zu erlassen.

Ein solcher Erlaß ist derjenigen Person oder denjenigen Personen, gegen welche er gerichtet ist, schriftlich gegen Empfangschein mitzuteilen und kann alsdann innert zehn Tagen seit der Mitteilung auf dem Weg eines schriftlichen Rekurses an den Bundesrat angefochten werden.

Bei Nichtbeachtung der Rekursfrist kann der Rekurs durch den Bundesrat als verwirkt erklärt werden.

Der Rekurs besitzt keine aufschiebende Wirkung. Im Falle der Gutheißung desselben ist jedoch der Rekurrent, falls ihm die Befolgung des nun aufgehobenen Erlasses erhebliche Auslagen verursacht hat, durch die eidgenössische Unfallversicherungsanstalt nach Billigkeit zu entschädigen, worüber der Bundesrat entscheidet.

Art. 78.

Bei Mißachtung der Vorschrift von Art. 75 oder eines allgemeinen (Art. 76) oder eines besonderen (Art. 77) Erlasses ist das eidgenössische Versicherungsamt befugt, den Bundesviertel für eine bestimmte zukünftige Zeitdauer als verwirkt zu erklären, die Prämie für die Zeit bis zur Nachachtung bis auf das Zehnfache zu erhöhen und die Versetzung in eine höhere Gefahrenabteilung vorzunehmen.

Jede solche Verfügung des eidgenössischen Versicherungsamtes ist schriftlich, gegen Empfangschein, mitzuteilen und kann innert 10 Tagen seit der schriftlichen Mitteilung mittelst schriftlichen Rekurses an den Bundesrat angefochten werden. Bei Nichtbeachtung der Rekursfrist kann der Rekurs vom Bundesrat als verwirkt erklärt werden.

Der Rekurs besitzt keine aufschiebende Wirkung.

Die versicherungspolizeiliche Ahndung bleibt vorbehalten.

Art. 79.

In schweren Fällen des Ungehorsams gegen allgemeine (Art. 76) oder besondere (Art. 77) Erlasse ist der Bundesrat nach zweimaliger fruchtloser Mahnung gegenüber dem ungehorsamen Inhaber eines wirtschaftlichen Betriebes, in welchem ein oder mehrere Versicherte arbeiten, befugt, die zwangsweise Einstellung des Betriebes anzuordnen. Der Kanton, in welchem sich der Betrieb befindet, ist verpflichtet, eine solche Anordnung auf Kosten des Fehlbaren zu vollziehen. Der Bund haftet hinter dem Fehlbaren für solche Kosten.

L. Rechtspflege.

Art. 80.

Das Bundesgericht entscheidet erst- und letztinstanzlich über Streitigkeiten:

a. zwischen einem Versicherten oder einer andern Person einer- und der Unfallversicherungsanstalt anderseits mit Bezug auf die in diesem Gesetz bestimmten Leistungen der Anstalt, die Kürzung und den Entzug von solchen, die Rückerstattung und Verjährung, sowie mit Bezug auf die in diesem Gesetz bestimmten Leistungen an die Anstalt;

b. mit Bezug auf Schadenersatzforderungen im Sinne der Art. 24, 52 und 53;

c. mit Bezug auf den Rentenauskauf;

d. mit Bezug auf den durch die Anstalt ausgesprochenen Ausschluß aus derselben und die Ausschlußdauer, und

e. zwischen der Anstalt einer- und einer öffentlichen oder einer eingeschriebenen Krankenkasse anderseits mit Bezug auf Ansprüche des einen gegenüber dem andern Teil, nach Maßgabe von Art. 32.

Endlich beurteilt es Streitigkeiten, welche ihm durch Art. 31 an Stelle der Kreisschiedsgerichte zugewiesen sind.

Die gerichtliche Erledigung kann auch dann verlangt werden, wenn sich die Streitigkeit auf eine Anstaltsleistung bezieht, deren Zuerkennung oder Entzug oder Kürzung nach dem Gesetze in das Ermessen des eidgenössischen Versicherungsamtes gestellt ist.

Art. 81.

Der Bundesrat setzt, im Einvernehmen mit dem Bundesgericht, das Verfahren auf dem Wege der Verordnung fest.

M. Strafbestimmungen.

Art. 82.

Für die versicherungspolizeiliche Ahndung, in Ansehung der Bestimmungen dieses Gesetzes, ist das eidgenössische Versicherungsamt zuständig.

Die Ahndung erfolgt nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften, ausgenommen in den Fällen von Art. 31, mit Bezug auf welche, auch hinsichtlich der aus einer eingeschriebenen Krankenkasse übernommenen Kranken, die Vorschriften von Art. 187 und 188 des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung an die Stelle der Vorschriften von Art. 83 des vorliegenden Gesetzes treten, und das eidgenössische Versicherungsamt endgültig entscheidet.

Art. 83.

In jedem einzelnen Falle wird die wissentliche Übertretung der Vorschriften

a. von Art. 22 und 29, Absatz 4, mit Buße von einem bis zwanzig Franken,

b. von Art. 23, 25, 60, 66 und 69 mit Buße von zwei bis hundert Franken,

c. von Art. 52, 53 und 78 mit Buße von fünf bis zweitausend Franken bestraft.

Art. 84.

Hinsichtlich der versicherungspolizeilichen Ahndung und der Verurteilung zu Strafgeldern wird das Verschulden des Stellvertreters im Betrieb als ein solches des Betriebsunternehmers angesehen.

Art. 85.

Handelt es sich um die versicherungspolizeiliche Ahndung gegenüber dem Vorstand einer öffentlichen Krankenkasse, so sind die schuldigen Mitglieder zu ermitteln und wird die Ahndung gegen den oder die einzeln zu bezeichnenden Schuldigen ausgesprochen.

Hinsichtlich einer eingeschriebenen Krankenkasse richtet sich die versicherungspolizeiliche Ahndung gegen die Kasse selbst.

Art. 86.

Es ist unzulässig, eine und dieselbe Handlung oder Unterlassung sowohl nach Maßgabe des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung als auch nach Maßgabe des vorliegenden Gesetzes je mit einer Strafe zu belegen.

Durch die Ahndung nach Maßgabe des vorliegenden Gesetzes fällt diejenige nach Maßgabe des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung dahin, und zwar auch dann, wenn letztere bereits rechtskräftig verhängt sein sollte.

Art. 87.

Findet in den Fällen von Art. 52 und 53 die Überweisung an den Strafrichter statt, so unterbleibt, insofern eine Verurteilung durch denselben erfolgt, die versicherungspolizeiliche Ahndung.

Art. 88.

Die Bußenverfügung wird dem Gebüßten schriftlich mitgeteilt.

Gegen dieselbe kann, ausgenommen die Fälle von Art. 31, innert zehn Tagen, seit der schriftlichen Mitteilung, beim Bundesrat Beschwerde geführt werden, widrigenfalls die Bußenverfügung in Rechtskraft erwächst.

Der Bundesrat ist befugt, im Fall der Beschwerde die angefochtene Buße innert der gesetzlichen Schranken zu erhöhen.

Art. 89.

Das eidgenössische Versicherungsamt ist jederzeit befugt, eine rechtskräftig von ihm verhängte Buße wieder aufzuheben oder zu ermäßigen. Der Rekurs gegen die Ablehnung eines hierauf gerichteten Gesuches ist unzulässig.

Der Bundesrat besitzt die nämliche Befugnis zur Aufhebung oder Ermäßigung einer von ihm bestätigten oder festgesetzten Buße.

Art. 90.

Der Betrag der Buße fällt nach Abzug der nicht erhältlichen Kosten des Einzugs in die allgemeine Reserve der Unfallversicherungsanstalt, und zwar auch in den Fällen von Art. 31.

Art. 91.

Mit Bezug auf nicht erhältliche Bußen finden die Art. 28 und 29 des Bundesgesetzes betreffend das Verfahren bei Übertretung fiskalischer und polizeilicher Bundesgesetze, vom 30. Juni 1849, Anwendung, ausgenommen der Fall, in welchem die Buße gegen eine eingeschriebene Krankenkasse oder eine juristische Person verhängt worden ist.

Die Umwandlung geschieht durch das eidgenössische Versicherungsamt.

Art. 92.

Jede Übertretung verjährt, sofern nicht ein durch den Strafrichter zu ahndendes Verbrechen oder Vergehen vorliegt, innert drei Monaten, seitdem das eidgenössische Versicherungsamt von ihr Kenntnis erhielt, und spätestens innert einem Jahr seit der Begehung.

Im Fall der Überweisung an den Strafrichter nach Maßgabe von Art. 52 und 53 wird die Verjährung durch diese Überweisung unterbrochen und beginnt erst vom Tage der rechtskräftigen Erledigung an wieder zu laufen.

Art. 93.

Die Bußenverjährung beträgt zwei Jahre seit dem Zeitpunkt, in welchem die Bußenverfügung rechtskräftig geworden ist, und erstreckt sich auch auf die an die Stelle der Buße getretene Haft- oder Arbeitsstrafe.

N. Schluss- und Übergangsbestimmungen.

Art. 94.

Bei Berechnung der in diesem Gesetze vorgesehenen Fristen wird der Tag, von welchem an die Frist zu laufen beginnt, nicht mitgezählt.

Ist der letzte Tag einer Frist ein Sonntag oder ein staatlich anerkannter Feiertag, so endigt dieselbe am nächstfolgenden Werktag.

Eine Frist gilt nur dann als eingehalten, wenn die Handlung innerhalb derselben vorgenommen wird. Schriftliche Eingaben müssen spätestens am letzten Tage der Frist angelangt oder der schweizerischen Post übergeben sein.

Art. 95.

Ist im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes eine obligatorisch versicherte Person bereits bei einer Unfallversicherungsunternehmung versichert, so kann die Police, unter zu vereinbarenden Bedingungen, durch die eidgenössische Unfallversicherungsanstalt übernommen werden.

Art. 96.

Die Bundesgesetze

a. betreffend die Haftpflicht aus Fabrikbetrieb, vom 25. Brachmonat 1881;

b. betreffend die Ausdehnung der Haftpflicht und die Ergänzung des Bundesgesetzes vom 25. Brachmonat 1881, vom 26. April 1887,

werden aufgehoben und es treten die Bestimmungen des Bundesgesetzes betreffend das Obligationenrecht, vom 14. Brachmonat 1881, an deren Stelle.

Art. 97.

In denjenigen Industrien, welche der Bundesrat in Ausführung von Art. 5, litt. *d*, des Bundesgesetzes betreffend die Arbeit in den Fabriken, vom 23. März 1877, als solche bezeichnet, welche gefährliche Krankheiten erzeugen, haftet der Betriebsunternehmer für den durch Krankheit eines Angestellten oder eines Arbeiters entstandenen, jedoch nicht durch Unfall verursachten Schaden, wenn die Krankheit erwiesenermaßen eine Folge der Beschäftigung in dem Betriebe jenes Unternehmers ist.

Diese Haftbarkeit beginnt mit dem Aufhören der Leistungen der Krankenversicherungsanstalt und besteht in der Verpflichtung zum einmaligen Ersatz von zwei Dritteilen des Schadens, welchen die von der Betriebskrankheit betroffene Person durch die gänzliche oder teilweise Erwerbsunfähigkeit in der Folgezeit erleidet.

Hinsichtlich der Verjährung gilt die Bestimmung von Art. 69, Absatz 1, des Bundesgesetzes betreffend das Obligationenrecht, vom 14. Brachmonat 1881.

Art. 98.

Das Bundesgesetz betreffend die Haftpflicht der Eisenbahn- und Dampfschiffahrtsunternehmungen bei Tötungen und Verletzungen, vom 1. Heumonat 1875, wird mit Bezug auf die Haftbarkeit dieser Unternehmungen für Unfälle, durch welche die von ihnen beschäftigten Personen als solche beim Betrieb betroffen werden, außer Kraft gesetzt und durch die Bestimmungen des Bundesgesetzes betreffend das Obligationenrecht, vom 14. Brachmonat 1881, ersetzt.

Art. 99.

Die Bestimmungen von Art. 888 des Bundesgesetzes betreffend das Obligationenrecht, vom 14. Brachmonat 1881, werden, soweit sie mit dem vorliegenden Gesetz und insbesondere den vorstehenden Artikeln im Widerspruch stehen, aufgehoben.

Art. 100.

Das vorliegende Gesetz tritt am
in Kraft.

Art. 101.

Der Bundesrat ist beauftragt, auf Grundlage der Bestimmungen des Bundesgesetzes betreffend die Volksabstimmung über Bundesgesetze und Bundesbeschlüsse, vom 17. Brachmonat 1874, die Bekanntmachung dieses Gesetzes zu veranstalten und alsdann das Gesetz zu vollziehen.

Schweizerisches Bundesarchiv, Digitale Amtsdruckschriften
Archives fédérales suisses, Publications officielles numérisées
Archivio federale svizzero, Pubblicazioni ufficiali digitali

Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zu den Entwürfen von zwei Bundesgesetzen betreffend die Kranken- und Unfallversicherung, (Vom 21. Januar 1896.)

In Dans In	Bundesblatt Feuille fédérale Foglio federale
Jahr Année Anno	1896
Band Volume Volume	1
Heft Cahier Numero	07
Geschäftsnummer Numéro d'affaire Numero dell'oggetto	---
Datum Date Data	12.02.1896
Seite Page Pagina	189-594
Ref. No	10 017 324

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.

Nachtrags-Botschaft

des

Bundesrates an die Bundesversammlung zu den Entwürfen von zwei Bundesgesetzen betreffend die Kranken- und Unfallversicherung.

(Vom 13. April 1897.)

Tit.

Über die Finanzierung der Kranken- und Unfallversicherung, soweit es die Leistungen des Bundes betrifft, spricht sich die Botschaft des Bundesrates vom 21. Januar 1896 nur in sehr dürftiger Weise aus.

Auf Seite 25 jener Botschaft sagte der Bundesrat, die Frage der Beschaffung neuer Geldmittel zur Bestreitung der in den zwei Gesetzesentwürfen vorgesehenen neuen Bundesleistungen könne im gegenwärtigen Stadium noch keiner Lösung entgegengebracht werden und werde den Gegenstand einer nachfolgenden besondern Vorlage an die Bundesversammlung bilden. Immerhin war sich der Bundesrat schon damals über zwei Punkte vollständig klar:

Von der Ansicht ausgehend, es handle sich um eine Mehrausgabe, welche sich für den Bund jährlich auf etwa 7 bis 8 Millionen Franken beziffern werde, erklärte es die Botschaft als unstatthaft, daß die beiden Versicherungsgesetze in Kraft treten können, wenn nicht gleichzeitig dafür gesorgt werde, daß die Mittel zur Deckung dieser Mehrausgabe vorhanden seien; ein anderes Vorgehen müßte in verhängnisvoller Weise das mühsam hergestellte Gleichgewicht unserer Finanzen dauernd untergraben und den Bund unhaltbaren Zuständen entgegentreiben.

Im fernern betrachtete es der Bundesrat als ausgeschlossen, daß die dem Bunde aus der Versicherungsgesetzgebung erwachsenden Lasten durch die bisherigen laufenden Einnahmen gedeckt werden können, sofern die jährliche Mehrbelastung bis auf 8 Millionen Franken sich belaufen würde. Der Bundesrat war vielmehr zur Überzeugung gelangt, daß trotz den anwachsenden Zolleinnahmen neue Mehreinnahmen in ganz beträchtlichem Umfange geschaffen werden müßten, wenn anders die staatliche Kranken- und Unfallversicherung auf den Grundlagen der bundesrätlichen Entwürfe und der daselbst in Aussicht genommenen Leistungen des Bundes ins Leben gerufen werden solle.

Als am naheliegendsten und als die beste und einfachste Lösung betrachtete damals der Bundesrat die Einführung des Tabakmonopols unter Wahrung der Interessen der bei der schweizerischen Tabakindustrie beschäftigten Arbeiterschaft und des inländischen Tabakbaues, sowie des Grundsatzes, daß die für die Großzahl unserer Bevölkerung bestimmten Fabrikate weder verteuert noch verschlechtert werden dürfen. Ein solches Gutachten ist schon seit Anfang 1895 ausgearbeitet und sieht bei Festhaltung dieser Grundlagen und nach Abzug von $1^1/_2$ Millionen Franken für Verzinsung und Amortisation des Entschädigungskapitals einen Nettoertrag von $6^1/_2$ Millionen Franken jährlich vor.

Immerhin hielt es der Bundesrat in seiner Pflicht, angesichts der von verschiedenen Seiten kundgegebenen Abneigung gegen die Einführung dieses Monopols auch anderweitig aufgetauchte Vorschläge zur Lösung der finanziellen Schwierigkeiten einer einläßlichen Prüfung und Würdigung zu unterziehen.

Dieses Zuwarten empfahl sich übrigens noch ganz besonders aus zwei Betrachtungen. Zur Zeit, als die bundesrätliche Botschaft zu den Versicherungsgesetzen unter Mitwirkung des Finanzdepartements, soweit es die Frage der Beschaffung der Geldmittel für die Bundesleistungen betrifft, entworfen werden mußte, befanden wir uns mit Bezug auf die finanzielle Situation der Eidgenossenschaft noch vollständig im Ungewissen. Wohl glaubte der Bundesrat in seiner Berichterstattung zum Gleichgewichtspostulat, zu dem beruhigenden Schlusse gelangen zu dürfen, daß unter der Voraussetzung des Anwachsens der Bruttozolleinnahmen auf 39 Millionen Franken mit dem Jahre 1897 die Deficitperiode ihren Abschluß erreicht haben dürfte. Aber man befand sich noch unter dem Eindrucke eines Ausgabenüberschusses von 8 Millionen Franken im Jahre 1893 und des Budgets pro 1894 mit einem Ausgabenüberschuß von Fr. 3,575,000, währenddem dann allerdings die abge-

schlossene Staatsrechnung von 1894 einen Einnahmenüberschuß von Fr. 371,000 aufwies und diejenige von 1895, nachdem inzwischen die Bruttozolleinnahmen auf 43 Millionen Franken gestiegen waren, einen solchen von Fr. 4,600,000 erzeigte. Sodann war es für die Beurteilung der finanziellen Seite für den Bundesrat beinahe unerläßlich, zu wissen, welche Aufnahme der Entwurf betreffend die Versicherungsgesetze bei den vorberatenden Kommissionen finden werde. Blieb es, ganz abgesehen von anderweitigen Mehrausgaben des Bundes, bei einer Belastung von 7—8 Millionen aus der Kranken- und Unfallversicherung, so war die Eröffnung neuer Einnahmsquellen eine unerläßliche Bedingung, während eine Herabsetzung des Maßes der Bundesleistung durch die vorberatenden Kommissionen von entscheidendem Einflusse auf die Lösung der finanziellen Frage und deren Schwierigkeiten werden konnte.

Nachdem nun inzwischen auch noch das Ergebnis der Staatsrechnung pro 1896 mit einem Einnahmenüberschuß von Fr. 7,700,000 bekannt geworden ist und die einstimmigen Beschlüsse der nationalrätlichen Kommission nach einer neuen Aufstellung des Industriedepartements eine Reduktion der Bundesleistung auf Fr. 5,334,000 auf Grundlage einer Million Versicherter gestatten, so dürfen wir uns zu der eingetretenen Verzögerung in der Behandlung der finanziellen Seite nur beglückwünschen; denn jetzt hat sich die finanzielle Situation dahin abgeklärt, daß wir uns mit ziemlicher Beruhigung der Hoffnung hingeben dürfen, daß eine Bundesleistung von 5,3 bis 5,4 Millionen für Zwecke der Kranken- und Unfallversicherung, auch ohne Einführung des Tabakmonopols, aus den normalen laufenden Einnahmen bestritten werden kann; der Bundesrat nimmt keinen Anstand, bei der gegenwärtigen Sachlage in diesem Sinne sein Gutachten gegenüber der Bundesversammlung abzugeben.

Wenn nun aber aus dem Rechnungsergebnis von 1896 eine weit größere Leistungsfähigkeit des Bundes hergeleitet werden will, und auch die nationalrätliche Kommission daraus Veranlassung genommen hat, mittelst Schreiben vom 29. März den Bundesrat zu nochmaliger Prüfung der Frage einzuladen, ob nicht dieses Jahresergebnis gestatte, die ursprünglichen Entschädigungsansätze wieder aufzunehmen und ohne Eröffnung neuer Einnahmsquellen eine aus den laufenden Einnahmen zu bestreitende Mehrausgabe bis auf 8 Millionen für Zwecke der Kranken- und Unfallversicherung in Aussicht zu nehmen, so muß der Bundesrat eindringlichst einer Auffassung entgegentreten, welcher die gestellte Anfrage entsprungen sein mag.

Vorerst kann die Finanzierung einer Unternehmung, welche vor eine unwandelbare jährliche Ausgabe von 8 Millionen Franken gestellt wäre, nicht auf das Rechnungsergebnis eines einzigen Jahres begründet werden; der Rechnungsfehler könnte um so verhängnisvoller werden, als beinahe der ganze Einnahmenüberschuß des Jahres 1896 daher rührt, daß die Bruttozolleinnahmen den Budgetansatz um Fr. 6,300,000 überstiegen haben. Es kann nie nachdrücklich genug darauf hingewiesen werden, daß die Zölle sozusagen die einzige ergiebige Einnahmsquelle des Bundes bilden, daß jedes Escomptieren auf ein weiteres Anwachsen dieser Einnahmen sich bitter rächen könnte, und daß ein intensives Zurückgehen der Zölle das Gleichgewicht in unserm Staatshaushalte dauernd zu untergraben im stande wäre. Die Statistik unserer Zollverwaltung erzeigt nicht bloß Perioden des Stillstandes, sondern selbst solche des Rückganges in unsern Zolleinnahmen, und der außerordentlichen Vermehrung im Jahre 1896 haben wir beispielsweise einen Rückgang der Zolleinnahmen in den Monaten Januar und Februar des Jahres 1897 um Fr. 96,830 gegenüberzustellen.

Sodann darf zur richtigen Würdigung der ganzen Situation die Frage nicht bloß so formuliert werden, ob der dermalige Stand unserer Finanzen eine jährliche Mehrausgabe von 5, beziehungsweise 8 Millionen für die Versicherungsprojekte, zu decken aus den normalen Einnahmen, gestatte. Denn wenn auch die Einführung der Kranken- und Unfallversicherung als eine der erhabensten und dringlichsten Aufgaben erscheint, so hat der Bund auch noch andere volkswirtschaftliche und kulturelle Postulate zu verwirklichen und er muß auf die Erfüllung aller seiner Verbindlichkeiten als Folge von Bundesgesetzen und Bundesbeschlüssen bedacht sein, d. h. für die nötigen Mittel sorgen. Wir haben also nicht nur die Mehrausgaben für die Kranken- und Unfallversicherung zu decken, sondern die gegenwärtige Situation überhaupt und die Mehrbelastung des Bundes auch auf andern Gebieten ins Auge zu fassen.

Der Bundesrat hält es deshalb in seiner Pflicht, die Bundesversammlung auf eine Reihe solcher Mehrausgaben aufmerksam zu machen.

Da ist vor allem aus die vom Nationalrate erheblich erklärte Motion von 1893 betreffend die Subventionierung der Volksschule, welche dadurch allerdings eine Abschwächung erlitten hat, daß die Berücksichtigung der Finanzlage des Bundes ausdrücklich vorbehalten wurde. Es ist nun aber gerade diese konstatierte Besserung in der Finanzlage des Bundes, auf welche von den Ur-

hebern jener Motion hingewiesen wird, um zu verlangen, daß der Bund nun einmal die Subvention der Volksschule an die Hand nehme. Ein Gesetzesentwurf, welcher den Bundesrat schon vor geraumer Zeit erstmals beschäftigt hat, sah eine jährliche Subvention von Fr. 1,200,000 vor. Wir erlauben uns jedoch, einige Zweifel darüber auszusprechen, ob diese Ziffer nicht eher zu tief gegriffen sei, wenn die Subventionierung der Volksschule einmal zur Ausführung gelangen soll.

Vor den eidgenössischen Räten liegt ferner der Entwurf eines neuen allgemeinen Besoldungsgesetzes. Dürfen wir auch die vorgeschlagenen Besoldungserhöhungen als zeitgemäße und in den nötigen Schranken gehaltene bezeichnen, so bedingt bei der großen Ausdehnung des Personals der Centralverwaltung die Annahme dieses Gesetzes eine ganz erhebliche Mehrausgabe, welche unter allen Umständen, wenn die gesetzlichen Bestimmungen betreffend das Vorrücken in der Besoldung nach Dienstalter auf der ganzen Linie und bis zum Maximum der vorgesehenen Besoldungen zur Anwendung gekommen sein werden, zwischen Fr. 500,000 und 600,000 sich bewegen wird.

Die Ratifikation des Staatsvertrages betreffend die Durchbohrung des Simplon ist seit letztem Dezember zur Thatsache geworden. Eine Ausgabe von 4½ Millionen Franken, zu verteilen auf die nächsten 4 bis 5 Jahre, steht in sicherer Aussicht und es ist anzunehmen und auch im Interesse der Ostschweiz zu hoffen, daß das Gelingen dieses westschweizerischen Alpenbahnprojektes den ostschweizerischen Bestrebungen einen neuen Impuls verleihen und die Durchquerung der Bündneralpen wesentlich fördern werde. Es muß also mit einer weitern Ausgabe von 4½ Millionen Franken gerechnet werden.

Auf der Tagesordnung steht ferner die Frage der Rechtseinheit und es ist speciell die Verfassungsnovelle zum Strafrecht, welche Leistungen des Bundes als Subventionen für die Erstellung von kantonalen Strafanstalten in Aussicht nimmt. Wir befinden uns nicht in der Lage, diese Ausgabe gegenwärtig zu beziffern.

Ebenso wird die Erweiterung der Oberaufsicht des Bundes über die Forstpolizei (Revision des Art. 24 der Bundesverfassung) unser Jahresbudget mit Mehrausgaben belasten.

Was aber unsere günstige Finanzlage in ernster Weise bedroht, das ist die so plötzlich aufgetauchte Frage der Neubewaffnung der Artillerie, an welche hinanzutreten wir durch das Vorgehen unserer Nachbarstaaten in nächster Zeit ge-

zwungen werden könnten. Es handelt sich hier um eine Ausgabe, welche, da selbstverständlich auch die ganze Kontingentsmunition neu erstellt werden müßte, wohl kaum auf unter 15 Millionen anzuschlagen ist.

Es käme nun allerdings noch in Betracht, ob nicht diesen aufgezählten Mehrausgaben etwelche Minderausgaben gegenüberstehen. Nun hat unser Finanzdepartement schon im November 1895 die sämtlichen Departemente auf die noch ausstehende nachträgliche Botschaft des Bundesrates betreffend die Finanzierung der Kranken- und Unfallversicherung aufmerksam gemacht und sie eingeladen, Gutachten an das Finanzdepartement zu Handen des Bundesrates einzureichen unter Berücksichtigung der Frage, ob in dem Ressort des betreffenden Departements Mehreinnahmen oder Minderausgaben in Aussicht gestellt werden können. Allein das Ergebnis war ein absolut negatives und kann kurz dahin zusammengefaßt werden, daß, wenn es auch im Sinne unserer Botschaft vom 3. November 1894 betreffend das Gleichgewichtspostulat gelungen ist, dem bedrohlichen und progressiven Anwachsen unserer Ausgaben auf fast allen Verwaltungsgebieten einmal ein Halt zuzurufen, auf der andern Seite wir uns der Ansicht nicht verschließen können, daß auf Grund bestehender Bundesgesetze und Bundesbeschlüsse, welche insbesondere den Kantonen Subventionen in bestimmter Weise zusichern, eher noch an eine Vermehrung der Ausgaben gedacht werden muß.

Das trifft namentlich zu für die Unterstützung der Landwirtschaft, der gewerblichen und industriellen Berufsbildung, der hauswirtschaftlichen und beruflichen Bildung des weiblichen Geschlechts, sowie für die Gewässerkorrektionen. Bei diesen letztern kommen allerdings eine Reihe älterer und kleinerer Korrektionen in Wegfall; aber die Erfahrung der letzten Jahre hat gezeigt, daß es gerade größere neue Projekte sind, welche diese Budgetrubrik für eine Anzahl von Jahren belasten. Es beträgt beispielsweise diese Ausgabe pro 1895 Franken 3,179,000; das Budget von 1896 sieht Fr. 3,581,000 und dasjenige von 1897 Fr. 3,690,000 vor. Auch bei den Hochbauten sind es immer noch eine Anzahl von Projekten, namentlich Postgebäude in den Kantonshauptorten, welche große Anforderungen an das Budget stellen. Im Jahre 1895 wurden für Neubauten ausgegeben Fr. 2,978,000; das Budget von 1896 sieht Fr. 2,680,000 und dasjenige von 1897 Fr. 3,577,000 vor. Im Gebiete der Post- und Telegraphenverwaltung haben die eidgenössischen Räte bei Behandlung des Budgets von 1897 sich grundsätzlich damit einverstanden erklärt,

daß bis auf weiteres, d. h. bis zu einer merklichen Abnahme des Baucontos der Telegraphenverwaltung, alle Rechnungsüberschüsse dieser Verwaltungsabteilung zur Amortisation dieses Contos zu verwenden seien. Es bedeutet das selbstverständlich eine Schmälerung der Einnahmen der Korrentrechnung, welche allerdings auf der andern Seite dadurch ausgeglichen werden dürfte, daß die Reinerträgnisse der Postverwaltung in den letzten 3 Jahren einer stetigen Steigerung sich erfreuen. Für wie lange diese Steigerung anhalten wird, wagen wir nicht zu prophezeien, lehrt doch die Erfahrung, daß die bessern Rechnungsresultate den Ausgangspunkt für vermehrte Anforderungen im Interesse des Verkehrs zu bilden pflegen und sehen wir ja noch der Erledigung des von der nationalrätlichen Budgetkommission aufgestellten Postulats betreffend Herabsetzung des Zeitungsportos entgegen.

Wir ziehen aus dem bisher Vorgebrachten folgende Schlüsse:

Es ist in erfreulicher Weise gelungen, die Deficitperiode nicht nur früher abzuschließen, als wir im Dezember 1894 voraussehen konnten, sondern unsere Staatsrechnung sollte, ohne das Hinzutreten anormaler Verhältnisse, einen Überschuß von 5 bis 7 Millionen in Aussicht zu nehmen gestatten. Dieses Resultat verdanken wir zum überwiegend größten Teile den vermehrten Zolleinnahmen, deren ungeschmälerte Fortdauer in keiner Weise garantiert ist. Wir stehen überdies, ganz abgesehen von der Kranken- und Unfallversicherung, vor einer Reihe von bleibenden oder doch unser Budget auf eine Anzahl von Jahren hinaus belastenden Mehrausgaben, deren Höhe schwierig zu bestimmen ist, jedenfalls aber mit mehreren Millionen per Jahr in Anschlag gebracht werden muß.

Bleibt es mit Bezug auf die Bundesleistung bei den Beschlüssen der nationalrätlichen Kommission, d. h. bei einer Maximalmehrausgabe von 5,3 bis 5,4 Millionen, so würden Rechnungsergebnisse, wie dasjenige des Jahres 1896, noch einige Millionen für die erwähnten übrigen Mehrausgaben verwendbar lassen und wir können über die Notwendigkeit der Eröffnung neuer Einnahmsquellen hinwegkommen. Aber noch viel mehr ist der Bundesrat überzeugt davon, daß die Kranken- und Unfallversicherung auf den Grundlagen einer Mehrbelastung mit 8 Millionen Franken und die Subventionierung der Volksschule in Konkurrenz mit allen übrigen normalen oder oben berührten außerordentlichen Mehrausgaben nicht ins Leben geführt werden können, ohne die Eröffnung neuer Einnahmsquellen oder ohne eine neue Störung des finanziellen Gleichgewichts.

Wir möchten aber der h. Bundesversammlung um so eher empfehlen, bei den Beschlüssen der nationalrätlichen Kommission

zu verbleiben, als uns in unzweideutiger Weise von seiten der verehrlichen Kommission zur Kenntnis gebracht worden ist, daß sie mit aller Entschiedenheit gegen die Einführung des eventuell vom Bundesrate in Verbindung mit den Versicherungsprojekten in Aussicht genommenen Tabakmonopols Stellung nehmen müßte, und die vom Bundesrat vorgenommene Prüfung zu dem Resultate geführt hat, daß ergiebige anderweitige Hülfsquellen schwerlich anders eröffnet werden könnten als durch Zollerhöhungen, welche der Bundesrat als absolut unzulässig erachtet.

Vor allem aus müßten wir der wiederholt angeregten Erhöhung der Getreidezölle entgegentreten, wobei wir uns insbesondere auf den Bericht des Bundesrates an die Bundesversammlung vom 12. März 1896 berufen.

Veranlaßt durch eine mit 8900 Unterschriften bedeckte Petition aus 260 Gemeinden der Kantone Bern, Luzern, Freiburg, Solothurn, Waadt, Wallis, Neuenburg und Genf, durch welche der Schutz des Bundes für die schweizerischen landwirtschaftlichen Produkte im allgemeinen und ganz besonders des Getreides angerufen wurde, hatten Bundesrat und Bundesversammlung im Laufe der letzten Jahre Gelegenheit, mit der Frage der Erhöhung des Getreidezolles sich zu beschäftigen. Das Resultat der stattgehabten Prüfung dieses Begehrens endigte jedoch, wie bekannt, mit einer vorbehaltlosen Ablehnung desselben.

Wäre nur der finanzielle Effekt im Sinne einer Mehreinnahme maßgebend, so gäbe es vielleicht nicht leicht eine günstigere Tarifposition, handelt es sich ja doch um einen Artikel, dessen Einfuhr jährlich $3\frac{1}{2}$ Millionen Meterzentner Weizen und 1 Million Meterzentner andere Getreidearten übersteigt. Der finanzielle Gesichtspunkt mußte indessen vor den volkswirtschaftlichen Erwägungen gänzlich in den Hintergrund treten.

Unser Land ist für das Hauptnahrungsmittel unserer Bevölkerung auf den Getreideimport angewiesen und so lange dieses Verhältnis, wie voraussichtlich, bleibt, werden die großen Schichten der industriellen und der Arbeiterbevölkerung und wohl auch ein Teil der landwirtschaftlichen in der Zollerhöhung auf Getreide eine Verteuerung des notwendigsten Lebensmittels, des Brotes, um so eher erblicken, als eine Erhöhung des Getreidezolles gar nicht gedenkbar ist ohne eine gleichzeitige Erhöhung des Mehlzolles.

Die Erhöhung des Getreidezolles allein wäre zudem eine ganz illusorische Maßregel; sie brächte uns nicht einmal Mehreinnahmen, sie hätte einfach zur Folge, daß anstatt des Getreides das Mehl-

produkt eingeführt und dadurch gleichzeitig unsere Mühlenindustrie ruiniert würde.

Niemals wäre das Zolltarifgesetz von 1891 in der Volksabstimmung durchgedrungen, wenn die Bundesversammlung dem Drängen nach Erhöhung des Getreidezolles nachgegeben hätte, das schon damals sich bemerkbar machte, und selbst wenn eine heutige Novelle zum Zolltarifgesetz die Klippen des Referendums glücklich umschiffen könnte, so wäre im gegenwärtigen Momente noch gar nichts gewonnen, da der Getreidezoll durch die Handelsverträge vorerst bis 31. Dezember 1903 gebunden ist und ohne Kündigung auf diesen Termin noch weiterhin in Kraft bleibt.

Von diesen Erwägungen geleitet, hat der Bundesrat mit Botschaft vom 12. März 1896 der Bundesversammlung die Ablehnung der oben genannten Petition beantragt und demgemäß ist auch von letzterer Behörde einstimmig beschlossen worden; ein Zurückkommen auf diesen Beschluß wäre wohl aussichtslos.

Bei weiterer Prüfung, ob gewisse Positionen unseres Zolltarifgesetzes sich für eine allfällige Erhöhung der Zollansätze eignen würden, fällt von vornherein die Thatsache schwer in die Wagschale, daß die meisten unserer grossen Importartikel durch Handelsverträge mit den übrigen Staaten gebunden sind und, sofern unsere bisherigen Handelsbeziehungen mit unsern Nachbarn in bisheriger Weise fortdauern sollen, auch für die Zukunft in der Hauptsache gebunden bleiben werden. Von den nicht gebundenen Artikeln fallen sofort weiter diejenigen außer Betracht, welche geringe Einfuhrmengen aufzuweisen haben, bei welchen deshalb eine Erhöhung der Zollansätze die Einnahmen nur unwesentlich zu steigern vermöchte.

Als nicht gebundene Artikel,*) welche, sofern man überhaupt an Zollerhöhungen denken wollte, vornehmlich in Betracht fallen dürften, hat der Bundesrat schon in seinem Berichte zum Gleichgewichtspostulat die folgenden aufgeführt:

---

*) Zucker ist nur insofern gebunden, als der Mehrbetrag des jeweiligen Zollansatzes für geschnittenen oder fein gepulverten Zucker gegenüber dem Ansatze für Zucker in Stäben, Platten, Blöcken Fr. 1. 50 per q. nicht übersteigen darf.

Gebrauchstarif Nr.	Gegenstand.	Durchschnittliche Einfuhr in den Jahren 1892—95.	Zollansatz per q.	Zollertrag.
		q. netto.	Fr.	Fr.
447	Roh- und Krystallzucker, Zuckerabfälle	308,786	7. 50	2,315,895
448	Zucker in Hüten, etc.	113,497	9. —	1,021,473
449	Zucker, geschnitten, etc.	63,171	10. 50	663,295
441	Tabakblätter, roh .	53,816	25. —	1,345,400
443	Tabakfabrikate . .	420	75. —	31,500
444	Cigarren u. Cigaretten	1,021	150. —	153,150
423	Kaffee, roh . . .	83,338	3. 50	291,683
365	Petroleum	480,732	1. 25	600,915
				6,423,311

Ein einziger Blick auf diese Positionen und Ziffern genügt, um sich zu überzeugen, daß es sich um Konsumartikel des täglichen Lebens handelt und obwohl die auf diesen Artikeln erhobenen Zölle vielfach als Finanzzölle bezeichnet werden, deren Bindung in den Handelsverträgen gerade aus diesem Grunde konsequent abgelehnt wurde, so muß schon aus volkswirtschaftlichen Gründen einer stärkern Belastung dieser großen Konsumartikel mit aller Entschiedenheit entgegengetreten werden. Bei 3 Millionen Einwohnern bedeuten unsere 45 Millionen Zolleinnahmen eine indirekte Besteuerung von 15 Franken per Kopf oder 75 Franken per Haushaltung. Das sind denn doch Ansätze, welche uns veranlassen sollten, ohne eine wirkliche finanzielle Notlage an die Erhöhung unserer Zölle überhaupt nicht zu denken.

Unter teilweiser Reproduktion der Ausführungen unseres Zolldepartements in der Beilage zur bundesrätlichen Botschaft betreffend das Gleichgewichtspostulat gestatten wir uns betreffend die einzelnen Positionen noch folgendes anzuführen:

Zucker. In der Bevölkerung unseres Landes ist der Zucker ein weitverbreiteter, man kann sagen allgemeiner Verbrauchsgegenstand, so daß man nicht ohne weiteres behaupten kann, es

handle sich um einen Luxusartikel, der eine Zollerhöhung füglich ertragen könne. Ferner ist zu bedenken, daß Zucker für viele Gewerbe und Produktionsgattungen geradezu als ein Bedürfnis, in vielen Fällen zudem als Rohstoff zur weiteren Bearbeitung zu betrachten ist. Beispielsweise würden durch allfällige Erhöhung des Zuckerzolles, namentlich nachdem der Rückzoll auf Zucker zur Fabrikation von kondensierter Milch dahingefallen ist, das Gedeihen dieser Industrie, welche eine sehr erfreuliche Bedeutung erlangt hat, bedenklich gefährdet; ein Rückgang dieser Industrie wäre aber von direkter nachteiliger Rückwirkung auf die schweizerische Landwirtschaft wegen Verminderung des Milchverbrauches in jenen Fabriken, daher auch seitens der landwirtschaftlichen Kreise Stellungnahme gegen Zollerhöhung auf Zucker vorauszusehen wäre. Eine Erhöhung des Zuckerzolles um volle 50 % würde allerdings theoretisch eine Mehreinnahme von 2 Millionen Franken zur Folge haben. Es ist aber gewiß keinem Zweifel unterworfen, daß in diesem Falle die inländische Zuckerproduktion einen solchen Aufschwung nehmen würde, daß vielleicht mit der Zeit gerade das Gegenteil von der erwarteten Wirkung eintreten würde.

Petroleum und Kaffee. Diese zwei Artikel gehören unstreitig zu den notwendigsten Verbrauchsgegenständen; eine stärkere Zollbelastung würde hier in erster Linie die ärmere Revölkerung treffen, abgesehen davon, daß bei Kaffee z. B. (durchschnittliche Einfuhr 1892 bis 1895 rund 83,000 q.) eine bedeutende Erhöhung des Zollansatzes eintreten müßte, um einigermaßen beträchtliche Mehreinnahmen zu erzielen.

Tabak und Tabakfabrikate. Die Einführung einer höhern Belastung der Tabakfabrikate behufs Äuffnung der Bundesfinanzen wird namentlich auch von solchen befürwortet, welche aus Abneigung gegen jedes Monopol oder in Verteidigung der Interessen der einheimischen Tabakfabriken dieser Zollerhöhung den Vorzug geben vor dem Tabakmonopol. Wir können uns dieser Anschauung keineswegs anschließen. Vor allem aus sei darauf hingewiesen, daß die Einfuhr von Cigarren und Cigaretten rund nur 1000 q., diejenige der Tabakfabrikate nicht einmal 500 q. beträgt. Jede auch noch so große Erhöhung multipliziert sich mit verhältnismäßig kleinen Ziffern und wirft somit wenig ab. Der Zoll auf dem Hauptartikel, den Tabakblättern, beträgt 25 Franken und es brauchte somit eine Erhöhung des Zolles von cirka 80 %, um den Betrag von 1 Million herauszuschlagen. Das Schlimmste aber, im Gegensatze zum Monopol, welches die bei den großen Massen gebräuchliche Cigarre weder verteuern noch verschlechtern würde, ist

das, daß bei der bloßen Erhöhung der Einfuhrzölle gerade dieser Teil der Bevölkerung die Hauptlast des vermehrten Eingangszolles zu tragen hätte. Nur im Vorbeigehen sei noch erwähnt, daß eine aus der Erhöhung der Tabakzölle erhoffte Vermehrung unserer Einnahmen wenigstens für eine Anzahl von Jahren ganz illusorisch gemacht werden könnte durch spekulative massenhafte Einkäufe vor Inkrafttreten des erhöhten Zolles, und daß auch hier wie beim Zucker gedenkbar wäre, daß durch eine Ausdehnung der Tabakkulturen in der Schweiz die finanzielle Wirkung der Zollerhöhung zu einem großen Teil wieder aufgehoben werden könnte. Unter diesen Umständen würden wir dem Tabakmonopol immer noch den Vorzug geben vor der Tabaksteuer.

Wir rekapitulieren unsere Anschauung deshalb dahin, daß es heute möglich erscheint, die Kranken- und Unfallversicherung mit einer Bundesleistung von 5,3 bis 5,4 Millionen wie sie aus den einstimmigen Beschlüssen der nationalrätlichen Kommission hervorgegangen ist, aus den normalen Einnahmen des Bundes zu finanzieren, daß aber ein Festhalten an den Grundlagen des bundesrätlichen Entwurfes mit einer Mehrbelastung bis auf 8 Millionen in Konkurrenz mit andern unausweichlichen Mehrausgaben auf verschiedenen Gebieten der Bundesverwaltung zur Eröffnung neuer Bundeseinnahmen, wobei das Tabakmonopol im Vordergrunde stünde, führen müßte.

Die verehrliche Kommission des Nationalrates hat dann die weitere Frage aufgeworfen, ob es sich nicht empfehlen würde, durch Bundesbeschluß zu verfügen, daß der Rechnungsüberschuß von 1896, sowie eventuell diejenigen der nachfolgenden Jahre in Reserve gelegt werden, um diese Summen nötigenfalls der Unfallversicherung dienstbar zu machen.

Die Verfügung über den Staatsrechnungsüberschuß eines Jahres hängt zusammen mit der Genehmigung der Staatsrechnung selbst, und schon dieser Umstand beweist, daß es kaum angeht, durch einen Bundesbeschluß sich derart zum voraus betreffend die Verwendung der Staatsrechnungsüberschüsse künftiger Jahre die Hände zu binden, ganz abgesehen davon, daß möglicherweise ein Überschuß nur deswegen entstanden oder vermehrt worden ist, weil nach Millionen zählende, budgetierte Ausgaben auf das folgende Rechnungsjahr haben verlegt werden müssen.

Hinwiederum steht nichts im Wege, daß die Bundesversammlung anläßlich der Genehmigung der Staatsrechnung pro 1896

einen Beschluß über die Verwendung des Einnahmenüberschusses dieses Jahres fasse. Es ist das auch zu wiederholten Malen geschehen. So erhielt der Invalidenfonds (Pensionsfonds) über die jährliche Einlage von Fr. 100,000 hinaus als außerordentliche Zuwendung aus Rechnungsüberschüssen

im Jahre	1884	Fr. 1,100,000
	1885	„ 1,000,000
	1887	„ 1,000,000
		Fr. 3,100,000

Im Jahre 1885 wurden ferner einem Anleihensamortisationsfonds Fr. 1,000,000, im Jahre 1888 dem Châtelainfonds Fr. 100,000 zugewiesen. Übertragungen auf neue Rechnung fanden statt aus den Rechnungsüberschüssen der Jahre 1886, 1888, 1889 und 1890.

Der Bundesrat kann die angeregte Idee der Bildung eines Versicherungsfonds unterstützen. Ihre Realisierung hat eine thatsächliche, innere Berechtigung. Wenn die eidgenössischen Versicherungssubventionen nur aus den laufenden Einnahmen des Bundes bestritten werden sollen, so muß mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß diese Einnahmen in Zeiten von Krisen und allgemeiner Daniederlage der Geschäfte einen erheblichen Rückgang erleiden. In solchen kritischen, ökonomisch schlechten Zeiten sind jedoch umgekehrt die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung eines Landes nicht etwa besser, sondern schlimmer. Hülfe thut da mehr not als in normalen Verhältnissen, und es wäre nur eine kluge Staatsraison, für solche Zeiten in guten Jahren etwas vorzusorgen.

Der Bundesrat nimmt deshalb keinen Anstand, dieser Anregung der verehrlichen Kommission entgegenkommend, bei Anlaß der Genehmigung der Staatsrechnung pro 1896 zu beantragen, es sei aus dem Einnahmenüberschusse dieser Staatsrechnung eine Summe von 5 Millionen Franken für Versicherungszwecke als Specialreserve beiseite zu legen, wobei wir uns vorbehalten, die nähern Modalitäten betreffend Eigentumsrechte und Verwendung eines solchen Fonds noch zu formulieren.

Selbstverständlich könnte eine solche Schlußnahme der Bundesversammlung nicht durch eine Korrektur des Rechnungsabschlusses von 1896 zum Ausdrucke gelangen. Der Einnahmenüberschuß pro 1896 ist vorhanden; unter Vermehrung der verzinslichen Anlagen aller Art: Wertschriften, Wechsel, Bankguthaben, Betriebskapitalien und Vorschüsse an die einzelnen Verwaltungen, hat das Kapital-

vermögen des Bundes um den gleichen Betrag zugenommen. Es kann sich also nur darum handeln, unter Kürzung des Kapitalvermögens um die Summe von 5 Millionen Franken in der Rechnung von 1897 einen Separatfonds in gleicher Höhe auszuscheiden.

Indem wir damit unsere besondere Vorlage über die Finanzierung der Kranken- und Unfallversicherung schließen, benützen wir diesen Anlaß, Sie, Tit., unserer vollkommenen Hochachtung zu versichern.

Bern, den 13. April 1897.

Im Namen des schweiz. Bundesrates,

Der Bundespräsident:

Deucher.

Der Kanzler der Eidgenossenschaft:

Ringier.

Schweizerisches Bundesarchiv, Digitale Amtsdruckschriften
Archives fédérales suisses, Publications officielles numérisées
Archivio federale svizzero, Pubblicazioni ufficiali digitali

Bericht des Bundesrates an die Bundesversammlung über seine Geschäftsführung im Jahre 1896.

In Dans In	Bundesblatt Feuille fédérale Foglio federale
Jahr Année Anno	1897
Band Volume Volume	2
Heft Cahier Numero	15
Geschäftsnummer Numéro d'affaire Numero dell'oggetto	---
Datum Date Data	14.04.1897
Seite Page Pagina	733-923
Ref. No	10 017 839

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.