

Schweizerisches Bundesblatt.

58. Jahrgang. VI.

Nr. 51. 19. Dezember 1906.

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 dem Entwurf
eines Bundesgesetzes betreffend die Kranken- und
Unfallversicherung.

(Vom 10. Dezember 1906.)

Tit.

Im Hinblick auf Art. 34 bis der Bundesverfassung beehren wir uns, Ihnen einen neuen Gesetzesentwurf betreffend die Kranken- und Unfallversicherung zu unterbreiten.

A. Historischer Überblick.

a. Bis zur eidg. Volksabstimmung vom 20. Mai 1900.

1. Schon bei der Ausarbeitung des Bundesgesetzes über die Haftpflicht aus Fabrikbetrieb, vom Jahre 1881, hatte die ständerätliche Kommission auf die deutsche Gesetzgebung betreffend die Unfallversicherung, als die für die Arbeiter weitest günstige Lösung, aufmerksam gemacht (Bundesbl. 1881, I, 483). Die Kommission fügte bei, dass der Erlass eines solchen Gesetzes derzeit in der Schweiz noch nicht möglich sei, sprach aber zugleich die Überzeugung aus, dass wir der Einführung des Versicherungssystems nicht immer würden die Türe verschliessen können, sobald es sich einmal in Deutschland bewährt habe.

2. Der Nationalrat hat am 25. März 1885 die Motion Klein angenommen, dahin gehend :

„Der Bundesrat wird eingeladen :

1. die Gesetze über die Haftpflicht vom 1. Juli 1875 und vom 25. Juni 1881 im Sinne der Ausdehnung der Haftpflicht und zum Zwecke der Erleichterung der Geltendmachung der Entschädigungsansprüche einer Revision zu unterstellen ;
2. die Frage zu untersuchen und darüber Bericht zu erstatten, ob nicht eine allgemeine, obligatorische Arbeiterunfallversicherung anzustreben sei.“

Während der Beratung hatten die schweizerischen Arbeitervereine eine Eingabe an die Bundesversammlung gerichtet, die u. a. folgende Stelle enthielt :

„Fassen Sie aber zugleich die Frage der Arbeiterversicherung an Stelle der Haftpflicht selbst ins Auge und überzeugen Sie sich durch das Studium derselben, dass sie das Mittel zur richtigsten Lösung aller bezüglichen Schwierigkeiten bietet ! Wir verstehen darunter ein Institut, das unter der Leitung des Bundes die direkte Versicherung der Arbeiter und kleiner Unternehmer gegen Unfall besorgt, auf dem Grundsätze der Gegenseitigkeit beruht, für möglichst weite Kreise obligatorisch ist und im wesentlichen durch Beiträge der Unternehmer und Arbeitgeber alimentiert wird.“

Während das erweiterte Haftpflichtgesetz von 1887 als die Folge der Motion Klein angesehen werden kann, gibt die Botschaft des Bundesrates betreffend den zweiten Teil dieser Motion den Aufschluss, dass die Frage der obligatorischen Versicherung noch lange Vorarbeiten forderte, um im einen oder andern Sinn entschieden werden zu können, und dass jedenfalls eine vorherige Revision der Bundesverfassung unvermeidlich sei. Es sei daher ratsam, gleichsam als „vorläufige Lösung“ die Anwendung der Haftpflicht auf weitere Gebiete auszudehnen (Bundesbl. 1886, II, 689). Die Kommission des Nationalrates betrachtete den Erlass des erweiterten Haftpflichtgesetzes „nur als eine an die dermal bestehenden Verhältnisse angelehnte Vorstufe zu der allgemeinen, obligatorischen Unfallversicherung“ (Bundesbl. 1886, III, 153). Der Bericht der ständerätlichen Kommission, vom 13. April 1887 (damals nicht erschienen, wovon ein Auszug aber im

Bundesbl. 1889, IV, 827/828 veröffentlicht wurde), spricht sich über den gleichen Gegenstand in demselben Sinne aus.

Zugleich mit dem erweiterten Haftpflichtgesetz von 1887 nahmen die eidgenössischen Räte folgendes Postulat an:

„Der Bundesrat ist eingeladen, beförderlichst Bericht und Antrag betreffend die Einführung der allgemeinen, obligatorischen, staatlichen Unfallversicherung der Arbeiter den Räten zu unterbreiten.“

3. Das Handels- und Industriedepartement hatte schon im April 1885 den Vorort des schweizerischen Handels- und Industrievereins, als Organ verschiedener Interessentenkreise, aufgefordert, über die Versicherungsfrage eine Enquete zu veranstalten. Ihr Resultat, in zwei Teilen (1890 und 1893) veröffentlicht, war der Einführung der obligatorischen Versicherung, sowohl gegen Krankheit als gegen Unfall, günstig, während das Haftpflichtsystem einstimmig verurteilt wurde.

Es handelte sich nun darum, für die Einrichtung der Versicherungen das nötige Material zu sammeln. Zu diesem Zwecke wurde für die Zeit vom 1. April 1888 bis 31. März 1891 eine Statistik der Unfälle in der Schweiz aufgestellt (Bundesbl. 1887, IV, 683; A. S. n. F. X, 430 und 481). Diese Statistik ist 1894 erschienen (95. Lieferung der Schweizerischen Statistik). Überdies hat auf Einladung des Industriedepartements hin das Arbeitersekretariat eine Unfallstatistik ausgeführt und 1891 dem Drucke übergeben, enthaltend eine „Darstellung der Körperverletzungen und Tötungen von Mitgliedern schweizerischer Kranken- und Hilfskassen in den Geschäftsjahren 1886, 1887 und 1888“.

Im Herbst des Jahres 1889 haben auf Einladung des Industriedepartements die Nationalräte Kinkelin und Forrer jeder ein Gutachten über die Versicherungsfrage eingereicht. Ihre Denkschriften wurden der Botschaft beigelegt (Bundesbl. 1889, IV, 843 ff.), mit welcher der Bundesrat beantragte, der Bundesverfassung einen Artikel 34 bis folgenden Inhalts beizufügen:

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

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

4. Nach gewalteter Diskussion in den beiden Räten (Bundesbl. 1890, II, Beilage zu Nr. 23) wurde Artikel 34 bis einstimmig in folgender Fassung angenommen (Bundesbl. 1890, III, 644):

„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.“

Dieser neue Verfassungsartikel ist in der eidgenössischen Volksabstimmung vom 26. Oktober 1890 mit 283,228 gegen 92,200 Stimmen angenommen worden; einzig der Kanton Wallis und der Halbkanton Appenzell I.-Rh. haben ihn verworfen (Bundesbl. 1890, IV, 1127).

5. Ende des Jahres 1891 erteilte das Industriedepartement Herrn Nationalrat Forrer den Auftrag, die zur Ausführung von Art. 34 bis erforderlichen Gesetze auszuarbeiten. Die von Herrn Forrer geschaffenen Gesetzesentwürfe betreffend die Kranken- und Unfallversicherung wurden einer Expertenkommission unterbreitet, die im Mai und im Oktober 1893 tagte (Stenogr. Protokoll, 2 Bde.). Nach Umarbeitung der Entwürfe unter angemessener Berücksichtigung der Verhandlungen der Expertenkommission wurden sie vom Bundesrat Ende 1895 geprüft und mit einer Botschaft vom 21. Januar 1896 an die eidgenössischen Räte geleitet (Bundesbl. 1896, I, 189). Die Kommission des Nationalrates beriet die Entwürfe im Februar und Mai 1896, sowie im Februar, März, Mai und September 1897 (s. Protokolle, 2 Bde.). Der Nationalrat selbst behandelte sie im Juni und Oktober 1897 (Stenogr. Bullet., S. 125 bis 676 und S. 1195 bis 1346). Die Kommission des Ständerates prüfte die Frage im Februar, März und April 1898 (s. Protokoll) und der Ständerat selbst im Juni gl. J. (Stenogr. Bullet. VIII, 1 bis 327). Im Juli, Oktober und November 1898 wurden die zwischen den beiden Räten bestehenden Differenzen bereinigt (Stenogr. Bullet. VIII, 335 bis 401, 447 bis 480, 497 bis 503, 520 bis 521).

Inzwischen und ganz besonders im Jahre 1899 wurde die finanzielle Lage des Bundes und die Art geprüft, wie sie den Anforderungen, welche die Einführung der Versicherungen

im Gefolge hätte, genügen könnte (Bundesbl. 1897, II, 883; 1898, III, 837; 1899, III, 293, IV, 657 und 836. Stenogr. Bullet. IX, 431 bis 580, 609 bis 742, 757 bis 771). Um dem Bunde die Durchführung der Versicherungsgesetze ohne Beschaffung neuer Einnahmequellen zu ermöglichen, beschlossen die eidgenössischen Räte Ersparnisse und die Sistierung gewisser gesetzgeberischer Arbeiten (A. S. n. F. XVII, 819; Bundesbl. 1899, IV, 1025 und 1034).

Nachdem der Bundesrat am 28. Juni 1898 den eidgenössischen Räten einen Gesetzesentwurf für die Militärversicherung gegen Krankheit und Unfall unterbreitet hatte (Bundesbl. 1898, III, 896), kam man bald dazu, die drei Vorlagen in eine einzige zu verschmelzen.

Nach der Bereinigung der letzten Differenzen zwischen den Beschlüssen der beiden Räte (Stenogr. Bullet. IX, 589 bis 608 und 743 bis 754) fand am 2. Oktober 1899 im Nationalrat die Annahme des in eine Vorlage zusammengefassten Gesetzes betreffend die Kranken- und Unfallversicherung mit Einschluss der Militärversicherung statt (Bundesbl. 1899, IV, 853) mit 113 gegen 1 Stimme und 12 Enthaltungen und am 5. Oktober 1899 im Ständerat mit Einstimmigkeit (35 Stimmen) und 1 Enthaltung (Stenogr. Bullet. IX, 608 und 755).

Innert der gesetzlichen Frist ist von 117,461 Bürgern aller Kantone das Referendum verlangt worden. In der Volksabstimmung vom 20. Mai 1900 wurde das Gesetz mit 341,914 gegen 148,035 Stimmen, nämlich mit einer Mehrheit von 193,879 Stimmen verworfen. Eine Mehrheit von Annehmenden wies nur der Kanton Glarus auf (Bundesbl. 1900, III, 293).

6. Wir werden Gelegenheit haben, anlässlich der Lösung dieser oder jener Frage durch unsern neuen Entwurf im weitem auf manche Bestimmungen des Gesetzes von 1899 zurückzukommen. Um einen orientierenden Überblick zu gewinnen, erachten wir es doch für angezeigt, die Grundzüge des Gesetzes vom 5. Oktober 1899 (unter Weglassung der die Militärversicherung betreffenden Bestimmungen) hier in Erinnerung zu bringen.

Krankenversicherung. Alle unselbständig erwerbenden Personen in der Schweiz vom zurückgelegten 14. Altersjahr an wurden der Versicherung unterstellt, sofern ihre

Beschäftigung nicht auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt war und ihr Jahresgehalt den Betrag von Fr. 5000 nicht überstieg. Tagelöhner und die selbständig erwerbenden Angehörigen der Hausindustriebetriebe konnten durch kantonalen Beschluss der Versicherungspflicht unterstellt werden. Die Personen, die der Versicherung nicht unterstellt waren, konnten als freiwillige Mitglieder der Krankenkasse ihres Versicherungskreises als voll- oder halbversicherte beitreten, unter der Bedingung, dass sie gesund, noch nicht 45 Jahre alt und zudem bezüglich der Vollversicherung wenigstens 14 Jahre alt seien. Jeder Kanton sollte einen oder mehrere Versicherungskreise von wenigstens je 2000 Einwohnern bilden; in jedem dieser Kreise sollte eine „Kreiskrankenkasse“ bestehen. Als zweite Art öffentlicher Kassen sah man die „Betriebskrankenkassen“ vor, welche der Betriebsunternehmer für sein ganzes Personal zu gründen berechtigt oder verpflichtet war. Jeder versicherte Kranke hatte während der Dauer von höchstens einem Jahre seit dem Beginn der Krankheit Anspruch auf ärztliche Behandlung und Arznei, sowie auf ein Krankengeld vom dritten Tag nach der Erkrankung an. Dieses Krankengeld betrug im Falle der gänzlichen Erwerbsunfähigkeit 60% des durch Einteilung in 10 Lohnklassen festgesetzten und in Betracht kommenden Tagesverdienstes. Die vollversicherten freiwilligen Mitglieder hatten Anspruch auf dieselben Leistungen, während die halbversicherten nur Anrecht auf die ärztliche Behandlung hatten. Bei Todesfall bezahlte die Kasse ein Sterbegeld von 20—40 Franken. Der Bund bezahlte für jedes obligatorische und jedes schweizerische freiwillige Mitglied einen Beitrag von mindestens je einem Rappen pro Tag der Mitgliedschaft. Er zahlte auch besondere Beiträge in Gegenden, wo infolge topographischer Verhältnisse die Gewährung ärztlicher Hülfeleistung besonders hohe Kosten verursachte; endlich konnte die Bundesversammlung für die der Landwirtschaft, dem Handwerk und dem Kleingewerbe angehörenden obligatorischen Mitglieder einen weitem Beitrag von einem Rappen pro Tag der Mitgliedschaft aussetzen. Der Rest der Kosten wurde durch die Beiträge gedeckt, welche die Arbeitgeber von obligatorisch Versicherten monatlich und zum voraus mit dem Rechte, die Hälfte vom fällig werdenden Lohn des Versicherten abzuziehen, einbezahlten. Diese Beiträge sollten 4% des Lohnes nicht übersteigen. Die freiwillig Versicherten bezahlten den vollen Beitrag selbst; ebenso die Tagelöhner und die selbständigen Arbeiter der Hausindustriebetriebe, oder bei deren Un-

vermögen die Kantone. Diese letztern übernahmen auch die Defizite der Kreiskrankenkassen, während diejenigen der Betriebskrankenkassen von den Betriebsunternehmern getragen wurden. Behufs Bestimmung der Beiträge und der Auszahlung des Krankengeldes waren die Vollversicherten je nach ihrem Tagesverdienst in 10 Lohnklassen von Fr. 1 bis Fr. 7. 50 eingeteilt. Die Aufsicht über die öffentlichen Kassen geschah durch die kantonalen Aufsichtsbehörden unter der Kontrolle des Bundes. Die privatrechtlichen Streitfälle wurden von kantonalen Schiedsgerichten mit Berufung an ein Bundesversicherungsgericht entschieden.

Alle nicht öffentlichen Kassen, welche sich mit der Krankenversicherung befassten, waren der kantonalen Aufsicht unterstellt. Wenn sie ihren Mitgliedern zum wenigsten die gleichen Leistungen gewährten, wie die öffentlichen Kassen ihren halbversicherten Mitgliedern (ärztliche Behandlung und Arznei), so hatten diese freien Kassen ein Anrecht auf den Bundesbeitrag für jedes Mitglied schweizerischer Nationalität. Jeder Versicherungspflichtigen Person stand es frei, eine freie Kasse A der öffentlichen Kasse vorzuziehen, wenn sie mindestens die nämlichen Leistungen gewährte, bezüglich welcher die obligatorischen Mitglieder einer Kreiskrankenkasse versichert waren, oder endlich eine freie Kasse B, die die ärztliche Behandlung und ein Krankengeld von wenigstens 1 Franken garantierte.

U n f a l l v e r s i c h e r u n g. Die versicherungspflichtigen Personen waren dieselben, wie für die Krankenversicherung. Einzig die Arbeitgeber der obligatorisch Versicherten konnten sich freiwillig versichern, unter der Bedingung, dass sie auch Mitglieder einer öffentlichen Krankenkasse seien. Der Bund schuf für alle obligatorisch Versicherten eine einzige eidgenössische Versicherungsanstalt.

Für eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bestand die Leistung in Krankenpflege und Krankengeld, wie in der Krankenversicherung; diese Arbeitsunfähigkeit fiel während der sechs ersten Wochen den Krankenkassen zur Last. Bei dauerndem körperlichem Nachteil bestand die Leistung in einer Rente von 60 % des Lohnausfalles; im Todesfall, neben einem Sterbegeld von 20—40 Franken, in einer Rente an die Hinterlassenen, deren Höhe sich nach dem Verwandtschaftsgrad richtete, und deren Gesamtsumme 50 % des Jahresverdienstes des Verstorbenen nicht übersteigen durfte. Die Prämie jedes Versicherten

war nach der Höhe der Unfallgefahr und nach seiner Zugehörigkeit zu einer bestimmten Lohnklasse abgestuft: Das eidgenössische Versicherungsamt stellte einen Gefahrentarif auf; $\frac{1}{5}$ der Prämie wurde vom Bund bezahlt, der Rest vom Arbeitgeber, der berechtigt war, einen Viertel des von ihm zu bezahlenden Prämienbetrages vom Lohn des Versicherten abzuziehen. Streitigkeiten wurden von einem Bundesversicherungsgericht entschieden. Die Haftpflichtgesetzgebung für Verletzungen bei Angestellten und Arbeitern war aufgehoben, ausser für die Berufskrankheiten.

Das Gesetz umfasste im ganzen 400 Artikel.

Die Summe und die Verteilung der Ausgaben für ungefähr 600,000 obligatorisch Versicherte war vorgesehen, wie folgt:

Anteilhaber an der Aufgabe	Kranken- versicherung		Unfall- versicherung		Kranken- und Unfallversicherung		
	Aufgabe in Prozenten des anrechen- baren Lohnes	Aufgabe	Aufgabe in Prozenten des anrechen- baren Lohnes	Aufgabe	Aufgabe in Prozenten des anrechen- baren Lohnes	Aufgabe	Anteile in Prozenten der gesamten Aufgabe
	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
1	2	3	4	5	6	7	8
Bund	0,6	2,540,000	0,6	2,624,000	1,2	5,164,000	22
Arbeitgeber	1,4	6,000,000	1,1	4,872,000	2,5	10,872,000	46
Arbeiter	1,4	6,000,000	0,4	1,624,000	1,8	7,624,000	32
Total	3,4	14,540,000	2,1	9,120,000	5,5	23,660,000	100

Für 300,000 gegen Krankheit allein freiwillig Versicherte und für 100,000 gegen Krankheit und Unfall freiwillig Versicherte hätte der Bund ausserdem noch Fr. 2,081,000 zu bezahlen gehabt; sein Gesamtbeitrag, Fr. 300,000 für die Militärversicherung inbegriffen, hätte somit die Summe von Fr. 7,545,000 erreicht.

b. Nach der Volksabstimmung vom 20. Mai 1900.

1. Da im Gesetz von 1899 der Titel betreffend die Militärversicherung nicht angefochten worden war, so wurde derselbe abgetrennt und nach seiner Umarbeitung zum Gesetze vom 28. Juni 1901 gemacht (Bundesbl. 1900, III, 367; A. S. n. F. XVIII, 803, 849 und 940).

2. Der Bundesversammlung wurde am 1. Juni 1900 durch Herrn Staatsschreiber Stüssi in Zürich eine Denkschrift eingebracht unter dem Titel: „Einige Gedanken zur Gestaltung der schweizerischen Kranken- und Unfallversicherung“. Der Verfasser schlug vor, der Bund solle jedem Kanton auf je 2000 Einwohner Fr. 5000 per Jahr ausrichten, sofern der Kanton die Verpflichtung übernehme, allen seinen Einwohnern unentgeltlich ärztliche Behandlung und die nötige Arznei zur Verfügung zu stellen. Die Haftpflicht der Arbeitgeber für Unfälle sollte weiterbestehen und erweitert werden, eventuell sollte der Bund eine fakultative Versicherungsanstalt für die Arbeitgeber errichten.

3. Unmittelbar nach dem 20. Mai äusserten sich in einer Delegiertenversammlung die glarnerischen Krankenkassen dahin, der Bund sollte den Kantonen die jährliche Summe abgeben, die ihn das Gesetz von 1899 gekostet hätte, damit diese ihrerseits sie für die Zwecke der Kranken-, Alters- und Invalidenversicherung verwenden.

4. Diese Anregung wurde in Zürich am 9. September 1900 in einer Delegiertenversammlung ost- und nordschweizerischer Krankenkassen, die Kantone Zürich, Glarus, Thurgau, St. Gallen, Graubünden und beide Basel umfassend, geprüft und verworfen. Die Versammlung nahm eine Resolution zu gunsten der Neuschaffung eines eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzes an und beschloss die Einberufung einer allgemeinen Delegiertenversammlung aller Krankenkassen der Schweiz.

5. Im Verein mit einem Komitee, das sich die Aufgabe gestellt hatte, den Beschlüssen der Zürcher Versammlung Folge zu geben, hatte das schweizerische Arbeitersekretariat im Februar 1901 eine Enquete veranstaltet über die Ansichten der schweizerischen Krankenkassen, besonders hinsichtlich der Vorschläge Stüssis. Das Ergebnis dieser Enquete ist im Juli 1902 erschienen.

6. Am 23. und 24. September 1901 ist in der Jahresversammlung des schweizerischen Juristenvereins die Revision der Haftpflichtgesetze behandelt worden. Es wurde eine Resolution angenommen, die diese Revision für wünschenswert erklärte und der kompetenten Behörde eine baldige Anhandnahme derselben empfahl. Im Hinblick auf diese Resolution und infolge eines Beschlusses des Arbeitertages vom 31. März 1902 in Bern hat uns der leitende Ausschuss des schweizerischen Arbeiterbundes am 29. Juli 1902 eine Petition gleichen Inhalts eingereicht. Diese Petition zielte, ebenso wie die Berichterstattung am schweizerischen Juristentag, darauf hin, eine ganze Anzahl neuer Betriebe der Haftpflicht zu unterstellen, die Opfer von Unfällen besser zu entschädigen und die Arbeitgeber anzuhalten, sich gegen die Folgen der Haftpflicht zu versichern. Wir haben die Frage den eidgenössischen Fabrikinspektoren unterbreitet, die in ihrem Bericht vom 5. März 1903 zu folgendem Schlusse gelangen: „Die allgemeine, obligatorische, staatliche Unfallversicherung ist die einzig richtige Lösung der grossen Frage; sie ist mit allen Kräften anzustreben, und nur, wenn sie in absehbarer Zeit nicht erreicht werden kann, erscheint die Revision der Haftpflicht angezeigt.“

7. Auch das Zentralkomitee der „Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande“ richtete unterm 6. Dezember 1901 an den Nationalrat ein Gesuch um Wiederaufnahme der Versicherungsgesetzgebung auf Grundlage der Subventionierung der gegenseitigen Hilfsgesellschaften durch den Bund.

8. Die Kommission für Gemeinnützigkeit des Kantons Bern stellte ebenfalls ein Gesuch an die Bundesversammlung, d. d. 6. Juni 1902, es möchte ein Gesetz ausgearbeitet werden, im Sinne folgender Grundsätze:

- „1. sämtlichen auf Gegenseitigkeit aller Mitglieder beruhenden Krankenkassen der Schweiz ist aus dem Ertrag des für die Kranken- und Unfallversicherung angelegten Fonds ein Beitrag zuzusichern, sofern der betreffende Kanton den Beitritt zur Krankenversicherung von einem gewissen Alter hinweg allgemein obligatorisch erklärt hat und in den betreffenden Kassen die Versicherung nach der kantonalen Gesetzgebung erfüllt werden kann;

2. denjenigen Krankenkassen, welche sich auf dieser Basis organisiert haben, wird auch die Steuer-, Stempel- und Portofreiheit zugesichert ;
3. unter den subventionierten Krankenkassen soll vollständige Freizügigkeit herrschen ;
4. für Äufnung des Fonds sollen neue Einnahmequellen geschaffen werden ;
5. kantonale Gesetzgebung betreffend die Details der Versicherung.“

Der gemeinnützige Verein des Amtes Thun spricht sich dagegen in einer an den Bundesrat gerichteten Eingabe vom 1. August 1902 für eine allgemein obligatorische Krankenversicherung bei öffentlichen Krankenkassen aus.

9. Eine Eingabe des Frauenkomitees Bern, vom 24. November 1902, bezog sich auf die Berücksichtigung der Frauen und Kinder bei der Krankenversicherung.

10. Am 30. November 1902 tagte in Olten die Delegiertenversammlung der schweizerischen Krankenkassen. An dieser Versammlung vertraten 453 Delegierte aus 22 Kantonen und Halbkantonen 274 Krankenkassen mit zirka 170,000 Versicherten ; sie nahm einstimmig eine Resolution betreffend die Schaffung eines eidgenössischen Gesetzes an, welches auf folgender Grundlage beruhen würde :

- „1. der Bund richtet den Kantonen für die Krankenversicherung Subventionen soweit möglich in gleicher Höhe aus, wie sie in dem Gesetzesentwurfe vom Jahre 1899 in Aussicht genommen waren ;
2. es steht den Kantonen frei, unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen (Art. 34 bis der Bundesverfassung), die Bundesmittel, sei es für die Krankengeldversicherung, sei es für die unentgeltliche Arznung, oder auch für beides zugleich zu verwenden ;
3. die kantonalen Vorschriften betreffend Verwendung der Bundesmittel bedürfen der Genehmigung der Bundesbehörden. Die letztern üben die Oberaufsicht aus und es ist ihnen alljährlich Rechenschaft abzulegen.“

Diese Resolution bildete den Gegenstand einer an die Bundesversammlung gerichteten Petition (ohne Datum) der „Zen-

tralkommission der schweizerischen Krankenkassen“, die uns im Juni 1903 zugekommen ist. Die Petition machte geltend, dass ein Bundesgesetz, das die Subvention nur einer der beiden Lösungen der Frage — Krankenversicherung oder unentgeltliche Krankenpflege — mit Ausschluss der andern gewährte, wenig Aussicht hätte, im Volke eine Mehrheit zu erlangen. Darum haben die Vertreter der beiden Richtungen sich auf einen Kompromiss geeinigt. Wenn die Oltener Versammlung, fährt die Petition fort, den ganzen Betrag der Bundessubvention, die das Gesetz von 1899 in Aussicht stellte, also auch den Betrag der Subvention für die Unfallversicherung, glaubt beanspruchen zu dürfen, so muss die Einrichtung der letztern notwendigerweise hinausgeschoben werden. Das Bundesgesetz müsste die Krankenversicherung obligatorisch erklären oder die Frage entscheiden, ob das Obligatorium durch die Kantone eingeführt werden könne; es wird an die Ausrichtung des Bundesbeitrages an die Krankenversicherung gewisse, die Freizügigkeit und andere Punkte betreffende Bedingungen knüpfen.

11. Die Eingabe der Brugger Versammlung von 250 Vertretern aargauischer Krankenkassen, d. d. 14. Juni 1903, enthält den Wunsch, es sei eine beförderliche Wiederaufnahme der Krankenversicherung anzustreben, und dabei namentlich auch der Versicherungszwang und die Freizügigkeit im Auge zu behalten. Es geziemt sich, fährt die Eingabe fort, dass man den Kantonen in der Art und Weise der Verwendung einer eidgenössischen Subvention so weit freie Hand lasse, als darunter der von der Bundesverfassung verfolgte allgemeine soziale Versicherungszweck nicht gefährdet erscheint.

12. Auch der schweizerische Gewerbeverein befasste sich auf einer von ihm einberufenen Versammlung in Olten, 30. November 1903, an der die Delegierten von 20 verschiedenen Berufsvereinen teilnahmen, mit der Versicherungsfrage. Laut Protokoll, das dem Bundesrate vom Bureau der Versammlung zugestellt wurde, hat sich diese der Wiederaufnahme der Kranken- und Unfallversicherung günstig gezeigt. Es wird speziell gewünscht, dass die Unfallversicherung gleichzeitig mit der Krankenversicherung wieder aufgenommen, und dass beide Vorlagen gemeinsam in den Räten behandelt und dem Referendum unterstellt werden möchten. Die Versammlung hat eine Kommission beauftragt, die Grundzüge einer Unfallversicherung festzustellen. Diese Kommission, aus je 3 Vertretern des

schweizerischen Handels- und Industrievereins, des Bauernbundes und des Gewerbevereins bestehend, hat uns ihre Schlussfolgerungen am 29. Juli 1905 bekannt gegeben.

13. Im Mai 1904 ging der Bundesbehörde vom „Bund der schweizerischen Frauenvereine“, welcher 41 Vereine mit ungefähr 12,000 Mitgliedern umfasst, — und von der „Kommission zur Förderung der Wöchnerinnenversicherung“ — eine Petition zu mit dem Postulate, dass unter die Bedingungen für die den Krankenkassen zu gewährende Subvention folgende einzureihen seien :

- „1. die Aufnahme von Frauen als Kassenmitglieder unter gleichen Rechten und Pflichten, wie die männlichen Versicherten ;
2. die Aufnahme der Wöchnerinnen in die Kassen und ihre Versicherung in der Weise, dass die Dauer der Kassenleistungen für sie den Bestimmungen des eidgenössischen Fabrikgesetzes über die Schonzeit entspricht.“

14. Am 5. Juni 1904 hat in Wald eine Delegiertenversammlung des Krankenkassenverbandes für Freizügigkeit im Kanton Zürich eine Resolution zu unsern Händen angenommen, dahin gehend, dass das neue Versicherungsgesetz für die unentgeltliche Arznung eine bedeutende Bundessubvention ins Auge fasse.

15. Am 26. Juni 1904 vereinigte in Solothurn der schweizerische Gewerbeverein 228 Delegierte von 112 seiner Sektionen und nahm eine Resolution an, welche die Wiederaufnahme der Vorberatungen zur Kranken- und Unfallversicherung begrüsst und erklärte: „Eine Verbindung der beiden Versicherungen ist wünschbar. Sollte eine solche als nicht opportun betrachtet werden, so ist mindestens die Beratung über beide Versicherungen gemeinsam vorzunehmen und die Unfallversicherung vor der Krankenversicherung durchzuführen.“

16. Die schweizerische Ärztekommision hat am 29. April 1905 unserm Industriedepartement eine Denkschrift eingereicht, die eine Anzahl von Wünschen betreffend die Krankenversicherung enthält und begründet, wie sie am 2. April von der schweizerischen Ärztekammer angenommen worden waren.

17. Am 16. Juli 1905 richtete der „Altersverein“ des Kantons Baselland, versammelt in Waldenburg, eine Resolution an uns, dahin gehend, der Bund solle die Altersversicherung einführen.

18. Der schweizerische Apothekerverein verlangte mit einer an das Industriedepartement gerichteten Eingabe vom 1. November 1905, dass in der künftigen Versicherung die Lieferung der Arzneimittel den öffentlichen Apotheken vorbehalten bleiben solle.

19. Der Verband schweizerischer Metzgermeister, sowie der Verein schweizerischer Metzgerburschen haben unterm 15. März 1906 an das Departement des Inneren das Begehren gestellt, dass die Krankenversicherung durch das Gesetz obligatorisch erklärt werde.

20. Vom April bis Juli 1906 haben Vertreter des Handels- und Industrievereins, des Bauernbundes, des Gewerbevereins, sowie des Arbeiterbundes und des Zentralkomitees der schweizerischen Hilfskassen in Olten fünf Sitzungen abgehalten, zum Zwecke, sich über die Prinzipien einer neuen Versicherungsgesetzgebung zu verständigen; es war die Meinung, dass die vertretenen Verbände durch die Beschlüsse der Kommission nicht gebunden werden sollten. Diese Beschlüsse, sowie die Protokolle der Sitzungen sind uns am 25. Juli 1906 übermittelt worden.

21. Mit Eingabe vom 12. Oktober 1906 stellt die Geschäftsführung des Unfallversicherungsverbandes schweizerischer Sekundärbahnen an das Industriedepartement das Gesuch, zu prüfen, ob dem genannten Verbände nicht auch nach Einführung der staatlichen Unfallversicherung die Versicherung des Bahnpersonales der Verbandsmitglieder belassen werden könne.

22. Die schweizerische Zentralkommission zur Bekämpfung der Tuberkulose hat in ihrer Versammlung vom 18. November 1906 in Olten beschlossen, uns folgende Postulate vorzulegen:

1. das eidgenössische Krankenversicherungsgesetz soll der Tuberkulose in weitgehender Weise Rechnung tragen, und zwar sowohl hinsichtlich der Behandlung der Kranken als in bezug auf die Unterstützung ihrer Familien;

2. das Gesetz soll bestimmen, dass ein erheblicher Teil der den Versicherungsverbänden zur Verfügung stehenden Geldmittel zur Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose verwendet werde.

23. Auch von privater Seite sind uns Eingaben eingereicht worden. Sie haben zu Verfassern die Herren Widmer, Schuhmachermeister in Basel, Stolz, Techniker in Winterthur, Magnin, Advokat in Genf, P. Wild in Zürich, P. Resin in Cronay und Peter Harder, Mechaniker in Liestal.

Es ist in diesem historischen Überblick nicht der Ort, die in den vorerwähnten Eingaben und Petitionen enthaltenen Ideen aufzuzählen und eingehend zu besprechen. Wir werden Gelegenheit haben, anlässlich der Behandlung verschiedener Fragen in dieser Botschaft auf sie zurückzukommen.

Wir fügen hier eine Bibliographie der offiziellen und privaten Veröffentlichungen bei, die seit 1900 in der Schweiz erschienen sind und die Versicherungsgesetzgebung betreffen.

Amtliche Publikationen.

1. Schweizerische Fabrikstatistik vom 5. Juni 1901, veröffentlicht durch das schweizerische Industriedepartement im Jahre 1902.

2. Das Verhältnis der Hausindustrie zur Kranken- und Unfallversicherung, verfasst von A. Pfleghart, Advokat in Zürich, und vom schweizerischen Industriedepartement im Jahre 1905 veröffentlicht.

Private Publikationen.

1. Die schweizerische Hausindustrie, von Dr. F. Schuler, alt Fabrikinspektor, erschienen in der „Zeitschrift für schweizerische Statistik“ im Jahre 1903.

2. Die Krankenkassen und die gesetzliche Regelung der Krankenversicherung, von H. Greulich, schweizerischer Arbeitersekretär in Zürich, erschienen in der „Monatsschrift für christliche Sozialreform“, vom Jahre 1903, 8. und 9. Lieferung, in Basel.

3. Neue Vorschläge zur eidgenössischen Kranken- und Unfallversicherung, Bericht genehmigt vom Zentralvorstande zu Händen der Delegiertenversammlung des schweizerischen Gewerbevereins in Solothurn, XXII. Lieferung der „Gewerblichen Zeitfragen“, Bern 1904.

4. Über das heutige Krankenkassenwesen und die zukünftige Krankenversicherung in der Schweiz, von Dr. H. Häberlin, Speidel-Zürich, 1904.

5. Die auf Gegenseitigkeit beruhenden Hilfsgesellschaften und ihre technische Organisation, von A. Le Cointe, Genf, 1902.

6. Die Grundlagen und soziale Bedeutung der gegenseitigen Hilfsgesellschaften der Schweiz, von Frau Ryff, Bern, 1903.

7. Überblick über die Gegenseitigkeit in der Schweiz, von A. Le Cointe, Genf-Brüssel, 1905.

8. Die Schulkassen, von G. Correvon, Präsident des Verbandes der freiwilligen Krankenkassen der französischen Schweiz, erschienen im „Educatteur“, Nr. 5 des Jahrganges 1905, in Lausanne.

* * *

Wir haben noch anzuführen, was von den eidgenössischen Behörden für die Wiederaufnahme der Versicherungsgesetzgebung getan wurde.

Bei Behandlung der Motion Baldinger im Nationalrat am 21. und 22. März 1901, die den Bundesrat aufforderte, „eine neue Vorlage zum Vollzuge des Art. 34 bis der Bundesverfassung (Kranken- und Unfallversicherung) einzubringen“, teilte der Bundesrat seine Absichten mit. Die Motion wurde nach gewalteter Diskussion von Herrn Baldinger zurückgezogen. Ebenso fand am 11. Juni 1902 im Nationalrat bei Anlass der Prüfung des Geschäftsberichtes des Jahres 1901 ein Meinungs austausch statt; ferner am 13. April 1904 infolge der Interpellation der Herren Greulich und Mitunterzeichner, die die Stellungnahme des Bundesrates zu den Beschlüssen der Delegiertenversammlung der schweizerischen Krankenkassen in Olten, vom 30. November 1902, zu kennen wünschten (s. Stenogr. Bulletin XIV, 195 ff.). Erwähnen wir noch die Diskussion im Nationalrate vom 22. Dezember 1904 anlässlich der Motion der Herren

Bucher und Mitunterzeichner und die Annahme dieser Motion in folgender Fassung: „Der Bundesrat wird eingeladen, zu prüfen und den eidgenössischen Räten zu berichten, ob nicht ein Bundesbeschluss zu fassen sei in dem Sinne, dass in die künftigen Jahresbudgets ein ständiger Ausgabeposten zur Äufnung des eidgenössischen Versicherungsfonds einzustellen sei.“

Inzwischen, d. h. schon im Januar 1901, hatte unser Industriedepartement bei der schweizerischen statistischen Gesellschaft angefragt, ob sie geneigt wäre, wie für die Jahre 1865 und 1880, eine Statistik der auf Gegenseitigkeit beruhenden Hülfs-gesellschaften aufzunehmen. Infolge einer Vereinbarung mit dieser Gesellschaft schritt sie im Februar 1903 zur Verteilung der Fragebogen. Die Antworten, die auf das Jahr 1903 Bezug hatten, wurden dem statistischen Bureau unseres Departements des Innern überliefert. Am 14. Oktober 1904 haben wir beschlossen, das ganze Material dem Industriedepartement abzugeben, das so mit der Ausarbeitung dieser Statistik betraut wurde. Zur Leitung dieser Arbeit und zugleich für die technischen Studien, welche die Wiederaufnahme der Versicherungsgesetzgebung erfordern würde, haben wir am 1. November 1904 einen Mathematiker in der Person des Herrn Dr. A. Gutknecht gewonnen. Im Juli 1906 waren wir schon im Besitze der wichtigsten statistischen Ergebnisse, die uns für die neue Gesetzgebung nötig waren. Wir werden in dieser Botschaft vielerorts Gelegenheit haben, auf diese Ergebnisse hinzuweisen; die Statistik selbst wird im Verlaufe des Jahres 1907 erscheinen, sobald sie vollständig festgestellt ist.

Im Schosse des Bundesrates wurde am 5. Januar 1904 eine Delegation bezeichnet, aus den Herren Deucher, Forrer und Comtesse bestehend, die den Auftrag erhielt, sich speziell mit der Kranken- und Unfallversicherungsgesetzgebung zu befassen. In ihren Sitzungen vom März und Juni 1904 hat diese Delegation beschlossen, die Wiederaufnahme der Gesetzgebung zu beschleunigen. Es schien ihr, es habe, eher als eine einheitliche Krankenversicherung, die Subventionierung der bestehenden Krankenkassen Aussicht, von den Räten und vom Volk angenommen zu werden. Die Unfallversicherung dagegen solle wiederum auf eidgenössischen Boden zu stehen kommen.

Am 14. Oktober 1904 wurde ebenfalls beschlossen, dem Industriedepartement einen Juristen beizugeben, mit dem besondern Auftrage, die neuen Entwürfe auszuarbeiten. Dieser

Jurist, Herr Dr. E. Ceresole, hat seine Funktionen am 1. November übernommen. Im Dezember 1904 unterbreitete er dem Industriedepartement einen Vorentwurf für die Krankenversicherung und im Februar 1905 einen solchen für die Unfallversicherung. Diese Vorentwürfe, welche inzwischen durchgearbeitet und näher bestimmt wurden, sind durch unsere Delegation im März und Juli 1905 und im Juli 1906 durchberaten worden. Sie haben in Berücksichtigung der Beschlüsse der Delegation zu dem Gesetzesentwürfe geführt, den wir die Ehre haben, Ihnen hiermit zu unterbreiten.

B. Allgemeiner Teil.

Vorbemerkungen.

a. Es ist die Volksabstimmung vom 20. Mai 1900 wohl nicht dahin auszulegen, als begehre unser Volk nunmehr überhaupt keine eidgenössische Gesetzgebung in Sachen der Kranken- und Unfallversicherung, und als sei die beträchtliche Mehrheit — 75 % der Stimmenden —, die 1890 den neuen Verfassungsartikel 34 bis angenommen, anderer Meinung geworden. Die zahlreichen Kundgebungen seit der Abstimmung von 1900 beweisen das Gegenteil und bezwecken alle die Wiederaufnahme der Gesetzgebung; auch lassen sie keinen Zweifel darüber, dass die Verwerfung von 1900 einzig der vorgeschlagenen Form der Versicherungen galt.

* * *

b. Das Problem der Kranken- und Unfallversicherung ist an sich schon ein sehr verwickeltes. Aber die gesetzliche Lösung wird noch bedeutend erschwert durch die grosse Verschiedenheit der Tendenzen und der in Frage stehenden Interessen. Die Meinungen gehen bezüglich aller Hauptfragen auseinander: Gleichzeitigkeit der Gesetzgebung für beide Versicherungsweige, oder Priorität des einen oder des andern, obligatorischer oder fakultativer Charakter der einen oder andern Versicherung, Umfang des Versicherungszwanges, Form der Versicherungsorgane, Verteilung der Lasten u. s. w. Schon von vorneherein ist jedoch klar, dass die ausschliessliche Berücksichtigung der einen oder andern der sich gegenüberstehenden Tendenzen nicht zu einer Lösung führen kann, die in un-

sern Volke eine Mehrheit auf sich vereinigen würde. Andererseits dürfen die Behörden einen neuen Versuch der Gesetzgebung einem wahrscheinlichen Misserfolg nicht aussetzen, denn nach der Verwerfung des Gesetzes von 1899 würde eine neue Niederlage auf lange Jahre hinaus den toten Punkt in jeglicher gesetzgeberischen Tätigkeit betreffend die Versicherungen herbeiführen. Diese Erwägung hat uns notwendigerweise dazu gebracht, für unsern neuen Entwurf den Boden des Kompromisses zu betreten.

In einem so weiten und für die Schweiz so neuen Gebiet kann auch vernünftigerweise im ersten Anlauf eine vollständige und endgültige Lösung nicht erwartet werden, um so weniger, als die unserm Lande ganz eigenen Verhältnisse, seine gegenwärtige Gesetzgebung, seine Institutionen, das Temperament unseres Volkes und seine Bedürfnisse — eine einfache Verpflanzung von anderswo Angenommenem verunmöglichen und im Gegenteil in fast allen Punkten eine selbständige Lösung verlangen. Man muss sich also dazu verstehen, etappenweise vorzugehen und heute nur das anzustreben, was praktisch erreichbar ist. Nichts hindert uns später, mit Zustimmung des Volkes unsere Gesetzgebung nach den Lehren der Erfahrung zu entwickeln.

Dieses doppelte Prinzip — Kompromiss und etappenweises Vorgehen — ist übrigens keine Spezialität unseres Entwurfes; es beherrscht vielmehr die ganze schweizerische Gesetzgebung und überhaupt, in jeder verwickelten und neuen Sache, die gesetzgeberische Politik eines Referendumsstaates.

So wagen wir denn, zu hoffen, dass die eidgenössischen Räte — und nach ihnen alle die in unserm Volke, die in bezug auf die Linderung der Folgen von Krankheit und Unfall eine Verbesserung der jetzigen Situation wünschen — den grossen Fortschritt, den zu verwirklichen wir uns vornehmen, begrüssen werden, selbst wenn unser Entwurf nicht ganz den Wünschen jedes Einzelnen entspricht.

* * *

c. Ist es angezeigt, gleichzeitig über beide Versicherungszweige, Krankheit und Unfall, zu legislieren, oder zuerst nur den einen oder den andern von ihnen zu behandeln? Nach reiflicher Erwägung und aus besondern Gründen, die hier einem etappenweisen Vorgehen widersprechen, haben wir uns für die Gleichzeitigkeit entschieden.

Obschon Art. 34^{bis} der Bundesverfassung von der „Kranken- und Unfallversicherung“ spricht und daher beide Versicherungszweige genau auf dieselbe Linie stellt, wäre es offenbar gestattet, vorerst nur über den einen von ihnen zu legislieren. Für die Priorität der Unfallversicherung könnte man die Tatsache anrufen, dass die ganze Bewegung für eine Versicherungsgesetzgebung im Jahre 1885 aus den Übelständen des Haftpflichtsystems und aus der allgemein anerkannten Notwendigkeit entstanden ist, dieses System zu ersetzen.

Aus Opportunitätsgründen empfiehlt sich jedoch eine gleichzeitige Gesetzgebung: die mit den gegenseitigen Hülfskassen in Berührung kommenden Kreise interessieren sich natürlich mehr für die Krankenversicherung, während die Unfallversicherung vor allem aus von denen gewünscht wird, die unter der Unvollkommenheit der Haftpflicht zu leiden haben. Wenn wir unter solchen Umständen nur bezüglich einer Versicherung gesetzgeberisch vorgehen wollten, so ist klar, dass dieser Versuch sich am Widerstand der Anhänger des andern Versicherungszweiges stossen würde, und dass dieser Widerstand, mit Zuzug der Gegner des Entwurfs selbst, zu einer Niederlage führen müsste. Ein Entwurf also, der z. B. nur die Krankenversicherung behandelte, müsste unbedingt die Gegnerschaft der sich für die Unfallversicherung interessierenden Kreise herausfordern; diese befürchteten, die Krankenversicherung erschöpfe für sich allein die dem Bund zur Verfügung stehenden Mittel und es bleibe dann nichts anderes mehr übrig, als die Haftpflicht beizubehalten, sie eventuell zu verschärfen und auf neue Berufsarten auszudehnen; es wäre diesen Befürchtungen nicht von vorneherein jede Berechtigung abzuspochen. Eine sukzessive Behandlung der beiden Versicherungszweige würde somit zu nichts führen, und auch wenn unwahrscheinlicherweise ein partieller Entwurf Gesetzeskraft erlangte, würden später hinsichtlich der Einführung des zurückgestellten Versicherungszweiges dieselben Schwierigkeiten infolge von Gleichgültigkeit oder Gegnerschaft der Interessierten des bereits eingeführten Zweiges zu Tage treten.

Ein anderer Grund, über beide Versicherungszweige gleichzeitig zu legislieren, ist technischer Art: Die Unfallversicherung könnte sich mit den kleinen Unfällen, d. h. mit den ersten Wochen der Arbeitsunfähigkeit aus Unfall, nicht selbst befassen; es ist notwendig, die Sorge dafür den Krankenkassen zu überbinden, um sowohl der Simulation, als auch den allzu grossen Verwaltungskosten zu begegnen. Wenn man aber zuerst nur über die

Unfallversicherung legiferieren würde, so hätte man die Garantie einer Mitwirkung der Krankenkassen nicht, weil diese Garantie nur in Form einer Verpflichtung eingeführt werden kann, die den Kassen als Bedingung ihrer Subventionierung auferlegt wird (Art. 13).

Es ist daher angezeigt, die beiden Zweige der Versicherung gleichzeitig und zwar durch ein einziges Gesetz einzuführen, da sonst das eine der beiden Gesetze angenommen, das andere verworfen werden könnte. Bei Ausarbeitung des Gesetzes von 1899 hat sich dieselbe Notwendigkeit der Verschmelzung geltend gemacht. Die Botschaft vom Januar 1896 legte der Bundesversammlung die Entwürfe zweier verschiedener Gesetze vor, aber im Laufe der Verhandlungen wurde die Verschmelzung der beiden Gesetze in ein einziges beschlossen, dem dann noch die Militärversicherung beigefügt wurde.

* * *

d. Wir haben schon in unserer Botschaft vom Januar 1896 (Bundesbl. 1896, I, 217) auseinandergesetzt, dass die eidgenössische Gesetzgebung sich gegenwärtig auf die Kranken- und Unfallversicherung beschränken solle, mit Ausschluss jeder anderen Versicherungsart. Diese Notwendigkeit hat ihren hauptsächlichsten Grund in der Verfassung: Art. 34 bis erwähnt nur die Kranken- und Unfallversicherung, und diese Tatsache entspricht der überlegten Absicht, in das jetzige eidgenössische Programm weder die Alters- noch die Invalidenversicherung einzubeziehen (Bundesbl. 1889, IV, 839). Selbst so beschränkt ist die Aufgabe eine beträchtliche, und vor der Anhandnahme neuer Versicherungszweige ist es ratsam, eine erste Etappe zu beobachten, um den Erfolg konstatieren zu können und sich zu vergewissern, dass ein erweitertes Programm die finanziellen Hülfquellen der Interessenten und des Staates nicht übersteigen würde.

Freilich ist das in Art. 34 bis aufgestellte Programm kein vollständiges; man möchte eine Versicherung wünschen, die alle Risiken der Arbeitsunfähigkeit umfasste. Es ist namentlich zu bedauern, dass man nur der Invalidität begegnen kann, die sich aus einem Unfall ergibt und also in die Unfallversicherung gehört, während die gewöhnliche Invalidität nur sehr ungenügend durch die Krankenversicherung geschützt

ist. In der Unterscheidung nach Ursache oder Dauer der Arbeitsunfähigkeit liegt in der Tat etwas gekünsteltes. Aber, wir wiederholen es, die Verfassung steht einem andern Vorgehen entgegen, wie auch der Einführung einer Sterbeversicherung auf eidgenössischem Boden.

* * *

e. Da wir bezüglich der Krankenversicherung auf die Einführung des Versicherungszwanges durch den Bund und auf die Schaffung öffentlicher Kassen verzichten, so wird hierdurch unser Entwurf — im Vergleich zum Gesetze vom Jahre 1899 — beträchtlich entlastet.

Wir haben es übrigens vermieden, in unsern Entwurf Bestimmungen aufzunehmen, die nicht absolut notwendig wären. Eine Bedingung für die Annahme des Gesetzes durch das Volk besteht nämlich darin, dass der Entwurf so einfach und allgemein verständlich als möglich sei. Einzelheiten der Anwendung und des Verfahrens interessieren die Massen des Volkes nicht, ja, mehr als dies, ihre Regelung im Gesetze lässt seine Grundzüge aus den Augen verlieren, schadet seiner Verständlichkeit und gibt dem ganzen System einen Anschein von Schwerfälligkeit und Komplikation. Die Erfahrung lehrt, dass im Referendumsfalle ein Gesetzesentwurf schon einzig und allein wegen seines Umfangs ernstlich gefährdet ist.

Übrigens ist es auch bei einem sehr ausführlichen Gesetze nicht möglich, Vollziehungsverordnungen ganz zu vermeiden. Die Erfahrung weniger Jahre wird zweifellos gewisse, die technischen Einzelheiten oder die praktische Anwendung betreffende Abänderungen wünschenswert erscheinen lassen. Um nun diese Abänderungen treffen zu können, ohne den ganzen gesetzgeberischen Apparat in Bewegung zu setzen, und um somit im stande zu sein, praktische Erfahrungen sofort zu verwerten, empfiehlt es sich, diese Einzelheiten nicht im Gesetze selbst aufzunehmen. Das will jedoch nicht sagen, dass die Vollziehungsbehörde dadurch völlige Freiheit erhalten solle, sie wird sich in den vom Gesetze bestimmten Schranken zu bewegen haben.

Wir haben somit im Gesetz selbst vorgesehen, was als wesentlich erschien, und für alles übrige im allgemeinen durch Artikel 99 bestimmt, dass „der Bundesrat mit der Vollziehung

dieses Gesetzes beauftragt ist und die hierzu erforderlichen Verordnungen erlässt⁴. Wir empfehlen Ihnen dringend, im Interesse der Annahme und der leichten Anwendung des Gesetzes, sich unserm Standpunkt anzuschliessen.

I. Krankenversicherung.

Förderung der Versicherung.

1. Unser Entwurf verzichtet auf die Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung; er beschränkt sich auf die Förderung der Versicherung (Art. 1).

Als Anhänger des Obligatoriums entschlossen wir uns nur ungern, es hier aufzugeben. Doch ist es in einem demokratischen Lande, wie die Schweiz, Pflicht der Behörden, sich vor dem Volkswillen zu beugen. Dieses Nachgeben ist übrigens das einzig Vernünftige, da das Beharren auf einem vom Volk verworfenen System ganz aussichtslos wäre.

Es ist eine allseitig anerkannte Tatsache, dass die Verwerfung des Gesetzes von 1899 zum grossen Teil dem Umstand zuzuschreiben ist, dass dieses Gesetz den Versicherungszwang für die Krankenversicherung enthielt. Ohne von denen zu reden, die schon grundsätzlich das Obligatorium verwarfen, gab es auch eine sehr grosse Zahl von Wählern, die zwar das Prinzip in der Theorie annahmen, sich jedoch der konkreten Form, in die es gekleidet war, nicht anzupassen vermochten. So ist das Gesetz von 1899 auf den Widerstand derjenigen gestossen, welche die Versicherung auf die gesamte Bevölkerung ausdehnen wollten und die Beschränkung auf die unselbständig Erwerbenden als einen Akt der „Klassengesetzgebung“ bezeichneten. Andererseits wieder hat man behauptet, dass die Einführung des Versicherungszwanges dem Staate die Verpflichtung auferlege, alle ihre Kosten zu tragen. Andere Kritiken beschäftigten sich mit dem Minimalalter von 14 Jahren, dem Minimaldienstverhältnis von einer Woche, der obersten Grenze des Einkommens von Fr. 5000 u. s. w. (s. Art. 1—4). Schwierigkeiten entstanden ebenfalls bezüglich der Personen, die, soweit es ihre Arbeit für Dritte betrifft, in eine Art Grenzzone gehören: Tagelöhner, Hausindustriearbeiter, Personen, die für ihre eigene Familie arbeiten u. s. w. Man konnte auch bemerken, dass der Versicherungszwang unter denen, die davon nicht

betroffen worden wären, zahlreiche Anhänger hatte, während unter den dem Versicherungszwang Unterworfenen eher der Wunsch vorherrschte, davon enthoben zu sein. Gewisse unvermeidliche Konsequenzen des Prinzips des Obligatoriums haben ebenfalls zu Befürchtungen Anlass gegeben: wir meinen die Gründung öffentlicher Kassen, in der man einen Anfang von „Staatssozialismus“ und eine unmittelbare oder kommende Gefahr für den Bestand der freien Hilfskassen zu erblicken glaubte; die Haftbarkeit der Kantone für die Defizite der Kreis-krankenkassen sowohl, als auch für die Beiträge, welche Tagelöhner und selbständig erwerbende Angehörige der Hausindustrie nicht selbst bezahlen würden; die Kosten, die aus der obligatorischen Versicherung für die Versicherten, ihre Arbeitgeber und den Staat entstünden; die Einmischung der Behörden und die vermeintliche Tatsache, dass der obligatorische Charakter der Versicherung der Simulation Tür und Tor öffne.

Wir können hier auf alle diese Einwände nicht eintreten, noch auch nachweisen, wie die meisten von ihnen unbegründet waren. Wir halten heute noch dafür, dass die Beschaffenheit und die Grenzen der obligatorischen Versicherung, wie sie im Gesetz von 1899 festgesetzt waren, ihre volle Berechtigung hatten. Wenn wir in diesem unserm neuen Entwurf auf das Prinzip des Obligatoriums verzichten, so ist es gerade deshalb, weil es unmöglich erscheint, auf seiner Grundlage eine andere, als die im Gesetz von 1899 enthaltene Lösung zu finden; anderseits darf nicht darauf abgestellt werden, es sei in der beträchtlichen Mehrheit vom 20. Mai 1900 schon eine solche Wandlung eingetreten, dass die damals verworfene Lösung jetzt angenommen würde.

2. Durch Förderung der freiwilligen Versicherung nähert man sich mehr dem von der Bundesverfassung verfolgten Ziel — Ausbreitung der Versicherung —, als durch eigensinniges Beharren auf einem Boden, der heute unwegsam ist. Die neue Statistik der gegenseitigen Hilfgesellschaften weist nach, dass diese Kassen Ende 1903 schon rund 435,000 gegen Krankheit Versicherte, d. h. 13 Mitglieder auf 100 Einwohner, aufwiesen, während die Botschaft vom Januar 1896 die Zahl der Versicherten auf höchstens 260,000 schätzte. Diese beträchtliche Überzahl trägt dazu bei, es zu rechtfertigen, dass die Förderung der freiwilligen Versicherung für die neue Gesetzgebung

als Grundlage dient. Wenn angenommen wird, dass $\frac{3}{4}$ der 435,000 gegenwärtigen Versicherten unselbständig Erwerbende sind, so findet man, dass 54 % der im Gesetze von 1899 der Versicherung unterstellten 600,000 Personen schon jetzt versichert sind. Dank dem Bundesbeitrage werden die Kassen die Beiträge ihrer Mitglieder merklich herabsetzen, oder für denselben Beitrag ihre Leistungen erhöhen können. Infolge der Freizügigkeit und grösserer, durch die Aufsicht geschaffener Sicherheit wird die Krankenversicherung an Ansehen und an Popularität gewinnen. Es ist somit klar, dass die Zahl der Versicherten bedeutend anwachsen wird. So hat in Frankreich die im Jahre 1898 stattgefundene Einführung eines Subventions- und Aufsichtsgesetzes über die gegenseitigen Hilfskassen schon die Wirkung gehabt, dass die Zahl der gegen Krankheit Versicherten sich rasch vermehrte und heute 7 auf hundert Einwohner beträgt. Unter einem ähnlichen System ist dieses Verhältnis in Belgien und in England 11 %, mit Versicherungszwang in Deutschland 18 % und in Österreich 10 %.

Der Kanton Genf hat mit seinem Gesetz vom 27. Mai 1903 ein Subventions- und Aufsichtssystem eingeführt, das hier anzuführen von einigem Interesse sein mag. Er gewährleistet während wenigstens 10 Jahren eine Subvention von zwei Franken fünfzig Rappen per Jahr und per Mitglied den im Kanton Genf bestehenden Krankenkassen, die folgende hauptsächliche Bedingungen erfüllen: Die Beiträge oder Eintrittsgelder der Versicherten sollen dem Eintrittsalter nach einer vom Staatsrat genehmigten Progression entsprechen. Jede Kasse hat eine detaillierte Jahresbilanz aufzustellen, in der die künftigen Ausgaben und Einnahmen nach der angenommenen Morbiditätstabelle berechnet sind. Die Kasse ist gehalten, nach einheitlichem Muster eine Statistik der Krankheitsfälle ihrer Mitglieder nach Altersklassen zu führen; diese Statistik wird nach einer Reihe von Jahren dazu dienen, die Morbiditätstabelle nötigenfalls richtigzustellen. Das Krankengeld läuft spätestens vom vierten Tage an und wird während wenigstens sechs Monaten entrichtet. — Nach den zwei bis heute erschienenen Berichten der Kommission, die mit der Prüfung der Subventionsgesuche beauftragt ist, war die Zahl der subventionierten Kassen in den Jahren 1904 und 1905 von 21 auf 38 und ihr Mitgliederbestand von 4059 auf 4785 gestiegen. Die durchschnittliche Beitragsleistung ist höher, die Zahl der Krankheitstage und die durchschnittliche Belastung für einen Versicherten sind ge-

ringer geworden. Die Gesamtheit der technischen Bilanzen weist auf eine verbesserte Lage hin. Die Kommission sieht in diesen Erscheinungen „den deutlichen Beweis, dass im Leben der Kassen eine bessere Beaufsichtigung und der beständige Wunsch besteht, Einnahmen und Ausgaben ins Gleichgewicht zu bringen, was zum guten Teil daher rührt, dass die Kassen durch das Gesetz gezwungen werden, mehr als früher auf die Einzelheiten ihrer Verwaltung acht zu geben“.

3. Je nach den Bedürfnissen und dem Stand der öffentlichen Meinung in jedem Kanton kann dieser die obligatorische Versicherung auf seinem Gebiet einführen (Art. 2), was weniger Schwierigkeiten bietet, als wenn sie auf einmal in der ganzen Schweiz eingeführt werden sollte.

Unter dem System des kantonalen Obligatoriums und sonst dank den Beiträgen und der Beaufsichtigung des Bundes wird der Gedanke der Krankenversicherung an Popularität gewinnen, manche Vorurteile werden beseitigt werden, und ein gesunder Wettstreit sich unter den verschiedenen Kassen fühlbar machen. Zudem wird eine gewisse Einheit bezüglich der Versicherungsformen eintreten zu gunsten derjenigen, die sich bewährt haben werden. Sowohl den eidgenössischen, als den kantonalen Behörden wird eine genauere praktische Kenntnis der Krankenversicherung ermöglichen, sich über Mittel und Bedürfnisse besser zu unterrichten. Auf einem Boden, der so urbar gemacht, geebnet und gleichsam schon angesät ist, dürfte das Schweizervolk in einigen Jahren, wenn das Bedürfnis dazu sich noch fühlbar macht, eher geneigt sein, die obligatorische Versicherung in der ganzen Schweiz einzuführen.

4. Ohne ihre Vorliebe für das Obligatorium aufzugeben, haben die verschiedensten Kreise mit uns die Notwendigkeit erkannt, die gegenwärtig einzig durchführbare Lösung anzunehmen, welche gegenüber dem jetzigen Zustand einen gewaltigen Fortschritt bedeutet und der obligatorischen Versicherung jedenfalls nicht schaden wird. Wir hoffen, dass nach Prüfung obiger Erwägungen auch die unsere Ansicht teilen werden, welche bei Kenntnisnahme der Grundzüge unseres Entwurfes den Verzicht auf das Obligatorium auf eidgenössischem Boden getadelt haben. In bezug darauf war unsere Lösung Gegenstand zweier Einwände, die wir noch zu untersuchen haben:

a. Der erste von ihnen gründet sich auf die dem Art. 34 bis der Bundesverfassung schuldige Rücksicht. Es wird behauptet,

die Förderung der freien Versicherung entspreche diesem Artikel nicht. Wir geben zu, dass im Jahre 1890 der Art. 34 bis in einer der obligatorischen Versicherung im allgemeinen günstigen Stimmung angenommen worden ist. Aber den Fall gesetzt, es sollte im Sinne der Verfassung daraus die Notwendigkeit abgeleitet werden, die „Einrichtung“ der Versicherung nach diesem Prinzip vorzunehmen, so könnte man es den Behörden, die dem Volke gegenüber verantwortlich sind, nicht verübeln, wenn sie nicht mehr versuchen, konstitutionelle Bestimmungen in einer Art auszuführen; die dem Volke selbst nicht beliebte. Wir brauchen uns aber auf dieses Argument nicht zu berufen, denn bei der Bestimmung des Textes von Art. 34 bis hat man sich ausdrücklich vorgenommen, die Form, in welcher das verfolgte Ziel verwirklicht werden sollte, nicht zu präjudizieren (Bundesbl. 1889, IV, 838). Art. 34 bis führt eine einfache Befugnis ein, wenn er bestimmt, der Bund könne die Versicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären. Die Verfassung schreibt somit keineswegs das Prinzip des Obligatoriums als die einzig mögliche Lösung vor, und wir haben soeben nachgewiesen, dass die Förderung der freiwilligen Versicherung und deren Vervollkommnung ebenfalls ein Mittel sind, um den konstitutionellen Zweck, d. h. die Ausbreitung der Krankenversicherung zu erreichen. Die Wahl dieses Mittels findet seine volle Rechtfertigung in dem Umstande, dass unser Volk augenblicklich dem rascheren Wege der Zwangsversicherung nicht günstig gestimmt ist.

Man hat in der den Kantonen erteilten Befugnis zur Einführung des Obligatoriums sogar eine dem Art. 34 bis der Verfassung zuwiderlaufende Bestimmung zu erblicken geglaubt. Wir haben Mühe, diesen Vorwurf zu begreifen, so klar scheint uns, dass der eidgenössische Gesetzgeber das Recht besitzen würde, den Kantonen die Kompetenzen, die dem Bund zufallen, aber die er selbst nicht ausüben will, zu übertragen. Übrigens handelt es sich hier nicht um eine eigentliche Machtübertragung: übt der Bund gewisse ihm zugeteilte Kompetenzen nicht selber aus, so bleiben diese von Rechts wegen laut des in Art. 3 der Bundesverfassung enthaltenen allgemeinen Prinzipes bei den Kantonen. Indem Art. 2 unseres Entwurfes bestimmt, dass die Kantone das Recht besitzen, die obligatorische Versicherung einzuführen, gewährt er ihnen somit keine neue Befugnis, überträgt ihnen nicht eigentlich eine Kompetenz. Er bestätigt nur den Kantonen ein Recht, das ihnen schon vor der Revision

von 1890 zukam, und welches ihnen selbst seit dieser Revision von Rechts wegen verblieben ist für so lange, als der Bund seine Befugnisse nicht selbst ausübt. Eigentlich ist Art. 2 demnach überflüssig, da die kantonale Kompetenz schon allein aus dem Mangel jeglicher entgegengesetzter Verfügung in der eidgenössischen Gesetzgebung hervorgeht. Wenn wir trotzdem diesen Artikel in unsern Entwurf aufgenommen haben, so geschah es, um die Situation völlig klar zu machen und keinen Zweifel bestehen zu lassen.

b. Ein letzter Einwand geht dahin, dass die Unterstützung einer bloss freiwilligen Versicherung den Unbemittelten, die der Versicherung am meisten bedürfen, sie jedoch vernachlässigen, wenn sie nicht dazu angehalten werden, wenig nützen wird. Wir anerkennen in dieser Hinsicht die praktische Überlegenheit des Obligatoriums, insofern es die gesamte Bevölkerung umfassen würde. Aber eine ähnliche Kritik wurde auch am Gesetz von 1899 deshalb ausgeübt, weil es das Obligatorium nur auf die Lohnarbeiter ausdehnte und diejenigen Personen gezwungenerweise beiseite liess, die nicht im stande waren, einen Beitrag zu leisten (Bundesbl. 1896, I, 239). So wenig als irgend eine Versicherung, ob obligatorisch oder fakultativ, ein Universalmittel sein kann, ebensowenig macht Art. 34 bis Anspruch darauf, für sich allein die soziale Frage zu lösen. Es ist schon eine grosse Wohltat, dass in Voraussicht auf Krankheit der Staat den in bescheidenen pekuniären Verhältnissen lebenden Versicherten einen Beistand gewährt. Dies ist unstreitig auch bei unserm Entwurfe der Fall. Wir gewähren einen jährlichen Beitrag von Fr. 3.65 jeder Person, wenn sie sich auch nur für Krankenpflege und Arznei versichert (Art. 10 und 19). Schätzt man diese Leistung der Versicherung auf 80 Rappen pro Tag der Krankheit, so ergibt sich, dass der Bundesbeitrag 60 % der jährlichen Prämien (Fr. 6.12) ausmacht, die ein Versicherter mit Eintrittsalter von 30 Jahren für eine solche Versicherung zu bezahlen hat. Dieser Beitrag wird somit eine beträchtliche Entlastung für die Versicherten bedeuten, unter denen Personen in bescheidenen Verhältnissen sich in grosser Mehrheit befinden und sich immer mehr befinden werden. Man wird weiter unten (s. Seite 298 und 300, Ziffer 2 und 4) sehen, dass wir die niedern Versicherungen in höherm Masse unterstützen, als die grössern Versicherungen. Diejenigen Personen aber, deren Mittel ihnen nicht einmal erlauben, den Restbeitrag (von jährlich Fr. 2.47) zu leisten und so des Bundesbeitrages teil-

haftig zu werden, fallen, schon in bezug auf andere Bedürfnisse, der öffentlichen Unterstützung anheim. Es ist dies ein beklagenswerter Zustand, aus dem jedoch ein Argument gegen eine Versicherungsinstitution nicht gezogen werden kann, die in ihrer Sphäre eine grosse soziale Wohltat verwirklichen wird. Nichts hindert übrigens Kantone und Gemeinden, denen die Armenpflege ausdrücklich zukommt, den Beitrag für ihre Armengenössigen zu entrichten, selbst ohne dass sie das Obligatorium der Versicherung einführen.

Bundesaufsicht über die Hülfskassen.

1. Schon Art. 34, Abs. 2, der Bundesverfassung stellte fest: „Der Geschäftsbetrieb . . . von Privatunternehmungen im Gebiete des Versicherungswesens unterliegt der Aufsicht und Gesetzgebung des Bundes.“ Auf diese Weise war die Zuständigkeit des Bundes zur Beaufsichtigung aller Versicherungsanstalten, somit auch der auf Gegenseitigkeit beruhenden Hülfskassen begründet. Aber in seinem Entwurf zu einem Bundesgesetz über die Ausführung von Art. 34 behielt sich der Bundesrat die Befugnis vor, solche Kassen auf ihr Begehren dieser Aufsicht zu entheben (s. Botschaft des Bundesrates, Bundesblatt 1885, I, 122—123 und 130). Die Bundesversammlung ging noch weiter und beschloss die Enthebung von Rechts wegen, da diese Kassen „ihre Interessen ohne besondern Staatsschutz leicht zu besorgen im Falle sein werden“ (Bericht der Kommission des Ständerates, Bundesbl. 1885, I, 636). Somit ist das Bundesgesetz vom 25. Juni 1885 betreffend Beaufsichtigung von Privatunternehmungen im Gebiete des Versicherungswesens (A. S. n. F. VIII, 171) gemäss Art. 1 auf die „Vereine mit örtlich beschränktem Geschäftsbetriebe, wie Krankenkassen, Sterbevereine u. s. w.“, nicht anwendbar.

Die Erfahrung hat gezeigt, wie bedauerlich dieser Ausschluss gewesen ist, denn, wenn man auch den guten Geist anerkennen muss, der die gegenseitigen Hülfskassen allgemein beseelt, sowie auch die Tatsache, dass sie viel dazu beigetragen haben, in unserm Volke das Streben nach Vorsorge zu verbreiten, ist es doch notwendig, auf den sehr mangelhaften Zustand der technischen und finanziellen Grundlagen einer allzu grossen Zahl dieser Kassen hinzuweisen. Schon am 15. Juni 1886 hatte der Nationalrat auf Grund einer Motion

Curti und Mitunterzeichner den Bundesrat eingeladen, „zu untersuchen, ob und auf welche Weise der Bund es erreichen könnte, die Grundlagen der gegenseitigen Hilfsgesellschaften zu prüfen“. Der Bundesrat sowohl, als auch die Kommission des Ständerates schlugen jedoch vor, aus Opportunitätsgründen nur über die Hilfskassen der Eisenbahngesellschaften zu legiferieren (siehe Bundesbl. 1888, IV, 801 und 1889, III, 779 ff.). So entstand das Bundesgesetz vom 28. Juni 1889 betreffend die Hilfskassen der Eisenbahn- und Dampfschiffgesellschaften, das dieselben einer speziellen Aufsicht unterwirft (A. S. n. F. XI, 265).

In seinem klassischen Werke: „Die gegenseitigen Hilfsgesellschaften der Schweiz 1880“, hat Herr Prof. Kinkelin in klarer Weise die Regeln auseinandergesetzt, denen diese Kassen nachleben sollten, und auf die beklagenswerten Folgen hingewiesen, die aus einer schlechten Gebarung entstehen müssen. Ohne hier im einzelnen auf die Frage zurückkommen zu wollen, erinnern wir doch daran, dass der Hauptfehler einer allzu grossen Zahl von Kassen darin besteht, die Art des Risikos, mit dem sie sich befassen, zu verkennen und ihre Mittel nicht ernstlich mit ihren Ausgaben ins Gleichgewicht zu bringen. Man rechnet nicht mit der Tatsache, dass die Zahl der Krankheitstage per Jahr mit dem Alter sehr zunimmt, und dass schon deswegen der Beitrag eines Versicherten je nach seinem Eintrittsalter beträchtlich verschieden sein sollte. Unter dem Vorgeben von „Gegenseitigkeit“, von „Solidarität“ etc. setzt man ein System ein, das ganz willkürlich und deshalb notwendigerweise schwankend ist, nach dem ein Teil der Versicherten zu viel und andere nicht genug bezahlen, wo doch die wahre Gegenseitigkeit eine gerechte Verteilung der Lasten voraussetzt und nicht in einer Gruppierung von Begünstigten einerseits und Ausgebeuteten andererseits bestehen kann. Viele Kassen, deren Mitglieder sich aus Vorsorge für die Zukunft aufnehmen lassen, geben selbst Beweise von höchster Unvorsichtigkeit; sie gleichen einem Fahrzeug, das ohne Karte und Kompass dahinfährt, da doch, wenn auch das Gefühl der Motor sein kann, nichtsdestoweniger der Verstand das Steuer lenken soll. Diese Unvorsichtigkeit erklärt zur Genüge die Auflösung, zu der sich eine grosse Zahl von Kassen nach einer bewegten Existenz entschliessen mussten, ohne im stande gewesen zu sein, ihren Verpflichtungen nachzukommen. Sie erklärt ebenfalls die fortwährenden Abänderungen der Statuten. Je nachdem eine Kasse glaubt, einen verfügbaren Überschuss

zu haben, oder im Gegenteil Mühe hat, ihre Verpflichtungen einzuhalten, unterzieht sie ihre Statuten einer Abänderung, ohne in Wirklichkeit ihre gegenwärtige finanzielle Lage und die finanzielle Tragweite der vorgenommenen Abänderungen genau zu kennen. Diese bedeuten nichts anderes als Versuche nach verschiedenen Richtungen, die einer grossen Zahl von Statuten den Stempel der Verworfenheit aufdrücken. Es kommt nicht selten vor, dass man, entgegen dem Prinzip der Nichtrückwirkung, die Beiträge der gegenwärtig Versicherten erhöht, die Leistungen, für deren Entgegennahme sie sich haben aufnehmen lassen, vermindert, ja schon verfallene Leistungen streicht oder verkürzt. Ein solches Vorgehen, das dem Begriff „Versicherung“ zuwiderläuft, bedeutet faktisch den Bankrott einer Kasse, wenn auch die Statuten dasselbe gestatten, oder kein Mitglied dagegen auftritt. Die ältern Mitglieder, die ausser stande sind, sich anderswo zu versichern, sind eben genötigt, sich diese Verschlimmerung ihrer Lage gefallen zu lassen. Dagegen wird die Rekrutierung junger Elemente von Jahr zu Jahr schwieriger, das Durchschnittsalter der Versicherten nimmt zu und die Katastrophe wird beschleunigt. Lieber, als einer wegen des hohen Durchschnittsalters ihrer Mitglieder kostspieligen Kasse beizutreten, gründen die jungen Leute unter sich eine neue Kasse. Sie verfallen dabei oft in dieselben Irrungen, wie ihre Vorgänger, und gehen so demselben Schicksale entgegen. Daher kommt im Leben so vieler Kassen die unvermeidliche Aufeinanderfolge dreier Perioden vor: die allzu grosse Billigkeit und der scheinbar blühende Stand beim Beginn, wenn das Durchschnittsalter der Versicherten ein niedriges ist, die laufenden Ausgaben infolgedessen gering sind, und man nicht in Voraussicht auf das Älterwerden der Versicherten die nötigen Reserven bestellt, — dann die Erhöhung des Durchschnittsalters, und also der Ausgaben, die Notwendigkeit, die Beiträge zu erhöhen oder die Leistungen herabzusetzen, stationärer Zustand, steigende Schwierigkeit bei der Rekrutierung, — endlich der Zusammenbruch, plötzlich oder langsam, aufsehenerregend oder unauffällig. Vom Jahre 1880 bis zum Jahre 1903 haben sich 31 % der Kassen aufgelöst, die im Jahre 1880 noch bestanden, ebenso wie eine unbestimmte, aber jedenfalls beträchtliche Zahl derer, die seit 1880 gegründet worden waren.

Hier sind die Interessen einer grossen Zahl von Personen im Spiel, von denen viele in finanziellen Fragen unerfahren sind und die den Hilfskassen im Hinblick auf Tod, Alter, Invalidität oder Krankheit ihre sauer erworbenen Ersparnisse an-

vertrauen. Diese, welche gegenwärtig die Summe von Fr. 9,250,000 jährlich ausmachen, verdienen die besondere Fürsorge der Behörden.

2. Die vorangehenden Betrachtungen rechtfertigten die Einführung einer Aufsicht über sämtliche gegenseitige Hilfskassen; ja, man kann sagen, dass diese Aufsicht mehr noch als für die Krankenkassen bei den Sterbe-, Alters- und Invaliditäts-Versicherungen angezeigt wäre. Denn diese letzteren Versicherungsarten, mit langen Terminen und höherem Durchschnittswerte, sind auch die, für welche die Beobachtung einer genauen Technik am notwendigsten ist.

Nichtsdestoweniger schlagen wir vor, zurzeit die Aufsicht nur auf die Kassen anzuwenden, welche die Krankenversicherung betreiben. Das Gesetz von 1899 (Art. 188; s. Botschaft des Bundesrates, Bundesbl. 1896, I, 319/320) war zu demselben Schlusse gelangt. Bei Erlass des vorliegenden Gesetzes die Aufsicht über alle Hilfskassen — Krankheit, Unfall, Tod, Invalidität, Alter etc. — einzusetzen, hiesse aus dem konstitutionellen Rahmen dieses Gesetzes — Krankheit und Unfall — heraustreten und unsern Entwurf ernstlich gefährden. Es scheint uns deshalb richtig und klug, heute wiederum bis zu einem gewissen Grade den praktischen und Opportunitätsgründen nachzugeben, die, wie wir gesehen haben, den Gesetzgeber veranlassten, in bezug auf die gegenseitigen Hilfskassen eine zuwartende Stellung einzunehmen, und auch dazu führten, die Bestimmungen des Gesetzes über den **Versicherungsvertrag** (Art. 79 des gegenwärtig den eidgenössischen Räten unterbreiteten Entwurfs) auf diese Hilfs-gesellschaften als nicht anwendbar zu erklären. Statt auf einmal zu viel zu unternehmen und nichts zu erreichen, beschränken wir uns hier auf die Aufsicht über Kassen, welche die **Krankenversicherung** allein oder in Verbindung mit andern Versicherungszweigen betreiben. Es ist Sache einer Revision des Aufsichtsgesetzes von 1885, weiter vorzuschreiten; bis dahin verlassen wir uns diesbezüglich, wie jetzt, auf die Kantone (s. Seite 37, Ziff. 2).

3. Aber auch selbst unter den Kassen, welche die Krankenversicherung betreiben, möchten wir — entgegen dem Gesetz von 1899 (Art. 188) — einen Unterschied machen, indem wir vorläufig nur die der Bundesaufsicht unterstellen, die **anerkannt und daher zum Bezug des Bun-**

des Beitrages berechtigt sind (Art. 1 unseres Entwurfes). Eine praktische Erwägung nach zwei Seiten hin schreibt uns diese Lösung vor:

a. Die Aufsicht wird die Bewilligung eines Bundesbeitrages involvieren, und wenn eine Kasse den Vorschriften nicht mehr genügt, wird die ganz natürliche Folge davon der Entzug des Bundesbeitrages sein. Jedem Beitrag entspricht eine Aufsicht und umgekehrt jeder Aufsicht ein Beitrag. Würden wir auch die nicht subventionierten Krankenkassen der Aufsicht unterstellen, so bliebe hinsichtlich einer Kasse, die den Anforderungen der Aufsicht nicht genügt, als einzig mögliche Folge nur ein Verbot jeder Fortsetzung ihrer Tätigkeit übrig. Damit käme man notwendigerweise zum System der Konzessionen, wie im Gesetze von 1885, wonach einzig solche Unternehmungen ihre Tätigkeit ausüben können, welche die behördliche Bewilligung hierzu erhalten haben.

Das Konzessionssystem, das vom Prinzip der Handels- und Gewerbefreiheit abweicht, eignet sich nur für Unternehmungen von gewisser Ausdehnung. Seine praktische Anwendung wird schwierig, sobald es sich, wie bei den Hilfskassen, um kleine Verbände handelt, deren Existenz selbst den Behörden oft nur durch ein Subventionsbegehren bekannt wird. Wir halten nicht dafür, dass es von Nutzen wäre, dieses System für die Krankenkassen einzuführen, einzig um solche Kassen unter Aufsicht stellen zu können, die weder auf die Anerkennung, noch auf den Bundesbeitrag Anspruch machen werden.

b. In der Praxis werden übrigens die nicht anerkannten Krankenkassen, die infolgedessen auch nicht der Aufsicht des Bundes unterstehen, von vorneherein wenig zahlreich sein. Einige Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes wird ihre Zahl noch mehr zurückgegangen sein infolge der pekuniären Nachteile, die für sie aus dem Mangel einer Subvention entstehen, und infolge des Misskredits, der sich gerade aus dem Fehlen einer Aufsicht ergeben wird. Somit werden wir, ohne genötigt zu sein, zu einem misslichen Konzessionssystem Zuflucht zu nehmen, dennoch das Ziel erreicht haben, dem zuliebe man alle Krankenkassen unter Aufsicht stellen möchte, das Ziel nämlich, in der Schweiz nur ernst zu nehmende Krankenkassen zu besitzen.

4. Die Bundesaufsicht wird sich vor allem mit der Sicherheit der anerkannten

Krankenkassen befassen; es ist dies die natürliche Folge dessen, was oben angeführt wurde (Ziff. 1). Der Bund nähme eine Art moralischer Mitschuld auf sich, wenn er Kassen, die ihren Verpflichtungen nicht nachzukommen vermögen, anerkennen und subventionieren würde. Die Bewilligung und die Beibehaltung der Anerkennung werden somit hauptsächlich davon abhängen, ob die Kassen die nötige Sicherheit (Art. 5, Abs. 1, und Art. 17, Abs. 3), d. h. die Garantie für ein dauerndes Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben bieten.

Die vorerwähnte Arbeit des Herrn Kinkelin setzt mit vollendeter Klarheit die technischen Grundzüge auseinander, die zu diesem Gleichgewicht führen und in einer entsprechenden Abstufung der Beiträge je nach dem Eintrittsalter, sowie der periodischen Aufstellung einer Situationsbilanz bestehen. Obschon die Anwendung strenger technischer Vorschriften mit Hilfe der von Kinkelin aufgestellten Tabellen nur elementare arithmetische Berechnungen erfordert, so widerstrebt es doch den meisten Kassen, sich dazu zu entschliessen. Es macht sich hier wieder die irrige Meinung geltend, „kalte Berechnung“ habe mit Institutionen, die sich auf schöne Grundsätze der Gegenseitigkeit stützen, nichts gemein; dazu kommt die instinktive Besorgnis, durch eine genaue Untersuchung die Gebrechlichkeit oder die schlimme Lage einer Gesellschaft aufgedeckt zu sehen. Das genferische Gesetz vom 27. Mai 1903 (Art. 3 und 4) konnte freilich als Bedingung für die Gewährung der kantonalen Subvention von den Krankenkassen eine genaue Abstufung der Mitgliederbeiträge und die Aufstellung einer technischen Bilanz fordern. Was aber in einem städtischen Kanton, wie Genf, möglich ist, kann doch nicht von einem Tag auf den andern für die ganze Schweiz eingeführt werden.

Wir glauben daher, es sei vorzuziehen, in unserm Entwurf nur die ganz allgemein gehaltene Forderung einer genügenden Sicherheit zu stellen. Gelegentlich eines Gesuches um Anerkennung wird die Behörde die Lage prüfen. Ergibt sich daraus, dass die Kasse ihren Verpflichtungen auf den von ihr festgestellten Grundlagen nachzukommen vermag, so wird ihre Anerkennung stattfinden; im andern Falle dagegen und in Ermangelung einer Reform wird die Anerkennung der Kasse verweigert werden. Nach und nach werden die Krankenkassen unter dem dreifachen Einfluss der Aufsichtsbehörden, des Wett-eifers unter den Kassen und eines aufgeklärten Urteils zu einer

genaueren Geschäftsführung gelangen. Viele Vorurteile werden verschwinden, man wird die Vorzüge der technischen Regeln und ihre leichte Anwendung immer mehr anerkennen. Morbiditäts(Krankheits-)Tabellen werden aus genügenden Erfahrungen der Kassen selbst abgeleitet werden können; sie werden das Ansehen geniessen, das den bestehenden Tabellen infolge ungenügender, zu alter oder ausser Landes gemachter Beobachtungen abgeht.

Die Aufsicht wird gleichfalls die Erfüllung der andern Subventionsbedingungen zum Gegenstande haben. Wir nehmen uns nämlich vor, im Sinne der Vervollkommnung der Versicherung einen direkten Einfluss auszuüben; unser Bestreben geht dahin, die Krankenversicherung nicht allein billiger und sicherer, sondern auch besser zu machen durch die Garantie gewisser Eigenschaften, die in den Art. 6 bis 13 unseres Entwurfes bezeichnet sind (Freizügigkeit, Zulassung der Frauen, Minimalleistungen etc., s. Seite 268 bis 293).

5. Die Ausübung der Bundesaufsicht über die anerkannten Krankenkassen wird natürlicherweise Sache des Bundesrates als Vollziehungsbehörde sein, sowie er auch mit der Ausführung des Aufsichtsgesetzes von 1885 betraut ist. Das schon seit dem Jahre 1886 bestehende „eidgenössische Versicherungsamt“, das dem Bundesrat als Organ für die Anwendung dieses Gesetzes dient, kann auch bezüglich der Krankenkassen die gleiche Rolle übernehmen. Wir vermeiden dadurch die Einfügung eines neuen Räderwerkes in die Bundesverwaltung, und es wird genügen, das Personal des gegenwärtigen Bureaus nach Bedarf zu vermehren.

Die Aufsicht, die wir im Auge haben, soll selbstverständlich keine lästige oder übelwollende sein; wir wünschen im Gegenteil, dass diese Krankenkassen, die wir subventionieren, und denen wir eine so wichtige soziale Rolle anvertrauen, immer mehr wachsen und sich vervollkommen. Das eidgenössische Versicherungsamt hat sich in der Schweiz und im Auslande in seinen Beziehungen zu den beaufsichtigten Unternehmungen den unbestrittenen Ruf von Wohlwollen, Unparteilichkeit und Sachverständnis erworben. Dieser gute Ruf kann nur bestätigt werden, wenn dasselbe Amt mit der Aufsicht über die Krankenkassen betraut sein wird.

Ohne Zweifel werden die Kassen selbst eine so verständene Aufsicht gerne annehmen. Wird doch allseitig anerkannt,

dass sie notwendig sei, weshalb man ihre Einführung als Bedingung für die Subventionierung erwartet. Denn es ist einleuchtend, dass der Bund sich nicht darauf beschränken kann, die Gelder für die Subventionierung zu beschaffen, ohne darüber zu wachen, dass sie ernsthaften Versicherungen zu gute kommen. Ja, mehr noch, die Bundesaufsicht wird allen den Kassen willkommen sein, die wirklich den Fortschritt wollen, indem einerseits der Bundesbeitrag einer grossen Zahl von Personen die Versicherung erleichtern und anderseits die Aufsicht für die Kassen eine Quelle aufklärender Ratschläge, sowie eine Ursache moralischen Kredits sein wird.

6. Wenn nicht Konflikte entstehen sollen, so muss die oberste Entscheidung über Bewilligung oder Rückzug der Anerkennung, sowie auch — als die Bewilligung oder den Rückzug bestimmend — in Sachen der Genehmigung von Statuten oder Bussenerteilung einer und derselben Behörde zukommen. Wir bezeichnen als solche den Bundesrat (Artikel 4, 5 und 17). So wenig als im Aufsichtsgesetz von 1885 und im Gesetz von 1899 (Artikel 191 und 200), nehmen wir in unsern Gesetzesentwurf gegen Beschlüsse des Bundesrates eine Weiterziehung an die Bundesversammlung auf. Es sind dies tatsächlich Dinge, die zur Überprüfung durch eine politische Versammlung nicht geeignet sind; sie gehören auch nicht in den eigentlichen Rahmen der Rechtsprechung eines Gerichtshofes für privates Recht, wie das Versicherungsgericht (Art. 88).

Betätigung der Kantone.

1. Die Kantone sind befugt, die Krankenversicherung obligatorisch zu erklären (Art. 2, lit. a). Wir haben schon von dieser Befugnis gesprochen (s. Seite 255) und gesehen, dass sie eigentlich selbstverständlich ist, solange die Bundesgesetzgebung nicht das Gegenteil bestimmt.

Das Gleiche kann man vom Rechte der Kantone sagen, öffentliche Krankenkassen einzurichten und die Arbeitgeber zur Leistung von Beiträgen für die obligatorische Krankenversicherung unselbstständig erwerbender Personen zu verpflichten (Art. 2, lit. b und c). Die Schaffung öffentlicher Krankenkassen ist nur eine Folge der Einführung des Versicherungszwanges; der

Staat ist logischerweise gehalten, den Personen, die er zur Versicherung verpflichtet, auch die Garantie zu bieten, dass sie tatsächlich Versicherer finden. Nun besteht diese Garantie nur, wenn der Staat öffentliche Kassen gründet, ausser im schwer durchführbaren Falle, dass er sogenannte freie Kassen nötig, versicherungspflichtige Personen aufzunehmen. Was die Verpflichtung der Arbeitgeber zur Beitragsleistung betrifft, ist sie nur eine Modalität der obligatorischen Versicherung.

Wir haben auch hier ausdrücklich die kantonalen Befugnisse erwähnt, um so jeden diesbezüglichen Zweifel auszuschliessen. Schon jetzt sieht die Verfassung oder das Gesetz mehrerer Kantone die Verpflichtung zur Krankenversicherung für die Gesamtbevölkerung oder für gewisse Klassen vor, oder führt sie ein und macht die Arbeitgeber für die Bezahlung der Beiträge derjenigen Personen haftbar, die sie beschäftigen.

Es ist bereits bemerkt worden, dass die Gründung öffentlicher Krankenkassen in den Kantonen, die den Versicherungszwang einführen wollen, kaum umgangen werden kann. Unser Entwurf schreibt aber selbst für diesen Fall die Gründung nicht vor. Umgekehrt können öffentliche Krankenkassen errichtet werden, auch ohne dass der Kanton den Versicherungszwang einführt. Es wird z. B. einem Kanton freistehen, öffentliche Krankenkassen einfach deshalb zu gründen, um darin Personen aufzunehmen, die einer freien Kasse nicht beitreten können oder wollen.

Je nach Bedarf und vorherrschender Meinung werden also die Kantone alle Fragen betreffend Versicherungszwang, Gründung öffentlicher Kassen, Beitragsleistung der Arbeitgeber frei bestimmen. Gegebenen Falles werden sie die Klassen der versicherungspflichtigen Personen bezeichnen, das Verhältnis der öffentlichen Kassen zu den freien Kassen ordnen, etc.

Wir haben immerhin für diese kantonalen Bestimmungen die Genehmigung des Bundesrates vorbehalten.

2. Selbst ohne über die obligatorische Versicherung zu legiferieren, werden die Kantone über die gegenseitigen Hülfskassen eine Aufsicht ausüben können (Art. 3). Diese Befugnis stellt nichts Neues dar; sie besteht schon jetzt durch die Tatsache, dass das Gesetz von 1885 (Art. 1, Abs. 2) „Vereine mit örtlich beschränktem Geschäftsbetriebe, wie Krankenkassen, Sterbevereine u. s. w.“, von der Bundesaufsicht ausschliesst.

Die kantonale Aufsicht wird sich auf die gegenseitigen Hilfskassen, gleichviel welcher Kategorie, erstrecken können. Der eine Kanton wird eine gleichmässige Beaufsichtigung aller gegenseitigen Hilfskassen organisieren, ein anderer wird je nach der Art der Kassen (Krankenkassen, Sterbekassen, Alterskassen etc.) unterscheiden. Die Kantone werden nicht gehalten sein, eine Aufsicht einzuführen; im System unseres gegenwärtigen Entwurfes besteht ja kein Grund, dass das Bundesgesetz unbedingt — wie das im Gesetz von 1899 der öffentlichen Kassen wegen nötig war — die Institution kantonaler Aufsichtsbehörden vorschreibe. So wird die Aufnahme von Normen für die Ausübung der kantonalen Aufsicht in das Bundesgesetz oder in eine Verordnung, wie sie Art. 188 des Gesetzes von 1899 vorsah, unnötig.

Gegenwärtig übt kein Kanton eine allgemeine Aufsicht über die gegenseitigen Hilfskassen aus. Seit 1890 ist die Tätigkeit der Kantone auf diesem Gebiet begrifflicherweise durch die Erwartung einer den neuen Art. 34 bis ausführenden eidgenössischen Gesetzgebung zurückgehalten worden. Die hauptsächlichste und bleibende Ursache der geringen Tätigkeit der Kantone bezüglich der Überwachung der gegenseitigen Hilfskassen liegt jedoch im Mangel fachkundigen Personals und in der Furcht vor den Kosten. Da eine ernsthaftige Durchführung der Aufsicht den Kantonen beträchtliche Kosten verursachen und andererseits eine nur formell oder ohne genügende Kenntnisse ausgeübte Überwachung mehr schaden als nützen würde, so ziehen die Kantone vor, von einer Aufsicht ganz abzusehen.

Art. 3, Abs. 2, unseres Entwurfes trägt dieser Situation Rechnung, indem er bestimmt: „Auf Wunsch der Kantone wird ihnen die Bundesbehörde mit bezug auf eine kantonale Beaufsichtigung von Hilfskassen unentgeltlich beratenden Beistand leisten.“ Welche Vorteile die Kantone aus dieser Beihilfe werden ziehen können, ist klar, entspricht sie doch einer kostenfreien, vorsorgenden Konsultation von Experten, während heutzutage, aus Furcht vor den Kosten, die Beiziehung von Sachverständigen gemeiniglich erst erfolgt, wenn es zu spät ist. Das eidgenössische Versicherungsamt, dem wir neben seinen andern Befugnissen auch diese Rolle zu überbinden gedenken, wird somit die Funktionen eines zentralen und kostenfreien technischen Auskunftsbureaus ausüben. Es werden daraus infolge der notwendigen Vermehrung der Zahl des Personals dieses Amtes für den Bund Mehrauslagen entstehen; doch werden weitaus grössere Kosten wegen doppelter Anstellung

in den Kantonen vermieden und zugleich ein absolut geeignetes Personal zu jedermanns Verfügung gestellt. Dieser letztere Umstand wird auch den Kassen nicht gleichgültig sein, da hierdurch deren Aussichten auf eine verständnisvolle Behandlung seitens der Kantone erhöht werden.

Die Mithilfe der Bundesbehörde kann auf alle Arten von Kassen Anwendung finden und nicht nur auf die Krankenkassen allein. Gerade für Kassen, die sich mit Operationen befassen, in denen die Technik eine besonders wichtige Rolle spielt, wie die Sterbe-, Invaliditäts- oder Alterskassen, werden Ratschläge von Experten wertvoll sein. Jedenfalls kann unser Art. 3, Abs. 2, selbst die grösste kantonale Empfindlichkeit nicht verletzen, sieht er doch ausdrücklich vor, dass die Bundeshilfe einem Kanton nur auf sein Verlangen und in rein beratendem Sinne geboten werden solle.

Die kantonalen Bestimmungen werden von der über die „anerkannten“ Krankenkassen ausgeübten Bundesaufsicht ganz unabhängig sein. Der Bund anerkennt und subventioniert die Krankenkassen, welche die von ihm gestellten Bedingungen erfüllen; seine Aufsicht betrifft die Erfüllung eben dieser Bedingungen. Es ist dies eine Sache für sich, die dem Bestehen oder der Art einer kantonalen Aufsicht in nichts vorgreift. Die Kantone können nach eigenem Ermessen für irgend eine Kategorie von Hilfskassen dieses oder jenes anordnen. Es ist dies selbstverständlich für die Kassen, die nicht Krankenkassen sind, und für die nicht anerkannten Krankenkassen. Aber selbst betreffend die anerkannten Kassen besteht kein Hindernis, dass ein Kanton sie z. B. als öffentliche Kassen oder als freie Kassen, die Versicherungspflichtige aufnehmen können, oder hinsichtlich der Erlangung einer kantonalen Subvention noch zu andern Bedingungen verpflichte, als die, von denen die Bundessubvention abhängig gemacht wird.

Zum Schlusse sei noch bemerkt, dass ein Aufsichtsrecht der Kantone, wie Art. 3, Abs. 1, unseres Entwurfes ausführt, für die Hilfskassen, die dem Bundesgesetz von 1885 unterstellt sind, d. h. also für andere Kassen als die, deren Betriebsfeld lokal beschränkt ist, nicht besteht. Schon jetzt sind diese Kassen, die ihren Wirkungskreis über das Gebiet mehrerer Kantone ausdehnen, ausschliesslich von der Bundesaufsicht abhängig (Art. 1 und 15 des Gesetzes von 1885).

3. Im letzten Absatz von Art. 3 sind Berichte der Kantone an den Bundesrat über ihre Tätigkeit auf dem Gebiet des

Hilfskassenwesens vorgesehen. Dadurch wird die Bundesbehörde bezüglich der kantonalen Tätigkeit auf diesem Gebiete offiziell auf dem Laufenden gehalten.

4. Den Kantonen wird ferner durch Art. 19, Abs. 4, unseres Entwurfes eine besondere Rolle zugebracht: „Die Auszahlung des Bundesbeitrages geschieht durch Vermittlung der Kantonsregierung an Hand eines von ihr aufgestellten und als richtig bescheinigten Ausweises betreffend die anerkannten Kassen, welche ihren Sitz in dem Gebiete des Kantons haben.“ Diese Bestimmung bezweckt die Entlastung der Bundesbehörde, indem den Kantonen die Sorge für die Prüfung der Belege der Kassenrechnung und namentlich auch der Zahl der Versicherungstage übertragen wird, von denen eben die Höhe des Bundesbeitrages abhängt.

Die Bundesbehörde wird Gelegenheit haben, den kantonalen Ausweis bei Empfang der ihr von den Kassen direkt zugestellten Jahresrechnungen (Art. 5, Abs. 2) oder anlässlich der bei diesen Kassen vorgenommenen Inspektionen zu prüfen. Aber nichtsdestoweniger soll der Ausweis jegliche Garantie bezüglich Genauigkeit bieten. Deshalb sehen wir für den Fall von Ungenauigkeit zum Nachteil des Bundes die Ersatzpflicht des Kantons vor, der seinerseits wiederum die betreffende Kasse belangen kann.

Bedingungen der Anerkennung durch den Bund.

Diese Bedingungen sind Gegenstand der Art. 4 bis 13.

Sitz in der Schweiz etc. (Art. 4).

Die Anerkennung wird nur solchen Kassen gewährt, die „ihren Hauptsitz in der Schweiz haben“. Diese Bestimmung rechtfertigt sich selbst; die Bundesbeiträge werden also nicht den in der Schweiz oder im Ausland ansässigen Mitgliedern einer fremden Kasse zu gute kommen. Die Lage der im Ausland wohnenden Mitglieder einer schweizerischen Kasse werden wir dagegen bei Art. 91 (s. Seite 397) besprechen.

Die anerkannten Kassen können reine Krankenkassen oder auch Hilfskassen sein, die die Krankenversicherung „in Verbindung mit andern Ver-

sicherungsarten“ betreiben. Diese kombinierten Krankenkassen bilden laut Statistik 68 % aller Krankenkassen und vereinigen in sich 71 % der gegen Krankheit Versicherten. Sie sind zahlreich, wie man sieht, und der Effektivbestand ihrer Mitglieder übersteigt die Durchschnittszahl; unter ihnen befinden sich viele der bestorganisierten Krankenkassen. Es besteht kein Grund, sie von der Anerkennung auszuschliessen. Das Gesetz von 1899 liess ebenfalls stillschweigend (Art. 188 und 189) die freien kombinierten Kassen zur Subventionierung zu. Nur für die öffentlichen oder eingeschriebenen Kassen war die Kombination von Versicherungsarten nicht gestattet (Art. 119, lit. a, Art. 158 und 194, lit. d).

Die kombinierten Kassen werden einzig im Hinblick auf ihre Leistungen in Krankheitsfällen „anerkannt“ und subventioniert. Die Aufsicht jedoch wird sich nichtsdestoweniger auf ihre ganze Geschäftsführung erstrecken, denn, wenn auch die verschiedenen Versicherungsarten einer kombinierten Kasse je eine eigene Buchführung und eigene Einnahmen haben, so besteht doch für die Gesamtheit der verschiedenen Arten Einheit des Vermögens, und die finanzielle Lage des Krankenversicherungszweiges kann durch diejenige der andern Versicherungsarten beeinflusst werden. Aus dem gleichen Grunde wird die durch das Gesetz von 1885 eingeführte Bundesaufsicht gegenüber einer Versicherungsgesellschaft auf ihren ganzen Geschäftsbetrieb ausgedehnt, selbst wenn sie in der Schweiz nur für einen Teil der in ihren Statuten vorgesehenen Zweige konzessioniert ist.

Die anerkannten Krankenkassen können verschiedener Art sein, nicht allein in bezug auf das versicherte Risiko (reine oder kombinierte Krankenkassen), sondern auch hinsichtlich ihres Charakters (private oder öffentliche Kassen, mit freiwillig oder obligatorisch Versicherten), — ihrer örtlichen Ausdehnung (lokale, regionale, kantonale, schweizerische oder internationale Kassen mit Sitz in der Schweiz), — ihrer Bestimmung (jedermann zugängliche Kassen oder im Gegenteil Kassen für bestimmte Berufe, Unternehmungen, mit politischen oder konfessionellen Tendenzen). Damit eine Kasse anerkannt und subventioniert werden kann, genügt es, dass sie auf dem Gebiete der Krankenversicherung gewisse Dienste leiste.

Genehmigung der Statuten und Rechnungen (Art. 5).

Die Genehmigung der Statuten wird zu einer allgemeinen Prüfung der Kasse namentlich in bezug auf ihre Sicherheit Anlass geben. Wir haben schon nachgewiesen (s. Seite 261, Ziff. 4), dass die Garantie einer genügenden Sicherheit das Hauptziel der Bundesaufsicht bilden soll.

Ebenso haben wir eine Sicherheitskontrolle im Auge, wenn wir die Kassen dazu anhalten, dem Bundesrat ihre Jahresrechnungen einzureichen. Bei Prüfung dieser Rechnungen kann man sich darüber Gewissheit verschaffen, ob die genehmigten Statuten wirklich angewendet wurden. Man wird darüber wachen, dass die Rechnungen die wahre pekuniäre Situation der Kasse klarstellen. Ihre Prüfung bildet ausserdem, verbunden mit den Kasseninspektionen, auch ein Mittel, die Genauigkeit der kantonalen Ausweise für die Berechnung des Bundesbeitrages zu konstatieren (Art. 19, Abs. 4). Sie wird auch durch Darlegung der gegenwärtigen Situation der Kasse und der von ihr auf den bestehenden Grundlagen gemachten Erfahrungen gestatten, die Möglichkeit oder Notwendigkeit bestimmter Abänderungen dieser Grundlagen zu beurteilen.

Es ist zu hoffen, dass diese Kontrolle im Anschluss an wohlgemeinte Ratschläge alle Kassen ohne Mühe dazu bringen wird, Rechnungen aufzustellen, die vollständig, klar und der Wirklichkeit entsprechend sind.

Freizügigkeit (Art. 6).

1. Es handelt sich hier darum, den Nachteilen vorzubeugen, die einem Versicherten aus dem Umstande entstehen, dass er eine Kasse aufgeben muss, wegen Wohnungs- oder Berufswechsels, oder weil er aufhört, einer gewissen Unternehmung anzugehören. Beispiele: Ein bei der Ortskasse X Versicherter muss diese Kasse verlassen, weil er sich in Y niederlässt; ein ehemaliger Typograph hört auf, Mitglied der Typographenkasse zu sein, weil er seinen Beruf gewechselt hat und Schreiner geworden ist; ein Mitglied der Hilfskasse der Unternehmung A ist genötigt, diese Kasse zu verlassen, weil er nicht mehr im Dienste der Unternehmung steht. In allen diesen Fällen besteht der Nachteil für den Versicherten hauptsächlich darin, dass, nachdem er lange Zeit der Kasse, die er verlässt, Beiträge entrichtete, er einer andern Kasse

wegen Alters oder Kränklichkeit nicht beitreten kann, oder bei dieser Kasse eine abermalige Karenzzeit durchmachen muss.

Laut Statistik betragen Austritte anderer Art als durch Todesfall jährlich 20 % des Effektivbestandes der Mitglieder. Man kennt die Zahl der Austritte wegen Wegzuges, Berufs- oder Anstellungswechsels in diesem Totalbetrage nicht. Sie ist aber jedenfalls beträchtlich, weil einerseits die Wohnungs- und Anstellungswechsel immer häufiger werden und andererseits die Krankenkassen, die sich nur über eine Gemeinde oder eine industrielle Anstalt erstrecken, 76 % der Gesamtzahl der Krankenkassen und 62 % des Effektivbestandes der Versicherten ausmachen.

Schon die vom Nationalrat am 15. Juni 1886 angenommene Motion Curti und Mitunterzeichner zielte darauf hin, „so weit möglich, die engere Verbindung der gegenseitigen Hilfsgesellschaften zu erleichtern“. Damals glaubte man jedoch nicht, in diesem Sinne etwas tun zu können (Bundesbl. 1888, IV, 806—814 und 1889, III, 784—786).

Heute stellt sich die Frage in anderem Lichte dar: Bei Einführung einer Aufsicht und Subventionierung der Krankenkassen scheint es wünschbar und gerecht, diese Kassen zu veranlassen, den Nachteilen, die gegenwärtig für die Versicherten aus einem Wegzug, Berufs- oder Anstellungswechsel entstehen, möglichst vorzubeugen. Von allen Seiten, und nicht zuletzt von den Kassen selbst, wird der Wunsch ausgesprochen, es möchte eine gewisse Freizügigkeit eingeführt werden. Mehr noch, man erwartet, dass diese Freizügigkeit eine der Bedingungen für die Subventionierung werde. Eine Einführung derselben wird übrigens die Rekrutierung von Neuversicherten wesentlich erleichtern und sowohl den Kassen, als der Verbreitung der Versicherung von Nutzen sein. Die Lösung der Frage ist jedoch infolge der grossen Verschiedenheit der Kassen äusserst schwierig. Es muss ein System eingeführt werden, das gleichzeitig praktisch und gerecht ist, da es für alle anerkannten Kassen vorzusehen ist.

2. Ein erstes System bestände darin, zu erklären, Wohnungs-, Berufs- oder Anstellungswechsel dürfe auf die Mitgliedschaft keinen Einfluss haben, indem der Versicherte bei seiner gegenwärtigen Kasse verbleibe. So würde die Freizügigkeit nicht von einer Kasse zur andern, wohl aber von einer Situation in die andere gemeint sein.

a. Sehen wir uns dieses System zuerst für den Fall eines Wegzuges näher an. Wären die Kassen anzuhalten, einen Domizilwechsel in derselben Gemeinde, in dem gleichen Bezirk oder Kanton, in der ganzen Schweiz oder einem gewissen kilometrischen Umkreis zuzulassen? Würde man sich darauf beschränken, die Zulassung für den Fall eines „zeitweiligen“ Wegzuges im bestimmten Umkreis vorzuschreiben, oder würde man die Freizügigkeit auch ausserhalb dieses Umkreises unter der Bedingung fordern, dass dieselbe nur zeitweilig sei? Woran würde man einen zeitweiligen Wezug erkennen? Was wäre zu tun, wenn ein als zeitweilig angenommener Wegzug z. B. infolge seiner Fortdauer sich als definitiv erweisen würde? Man erkennt sofort, wie die alle diese Fragen ordnenden Bestimmungen gekünstelt und schwer aufzustellen wären; auch ständen sie dem Lokalcharakter, den die meisten Kassen nicht ohne Grund aufweisen, entgegen. Es ist aber noch weiteres zu beachten: Wenn die Kasse mit ihren eigenen Organen dem Versicherten in seinen neuen Wohnort folgen sollte, d. h. — wäre es auch nur für einen einzigen Versicherten — ihre ganze Organisation tatsächlich auf diesen neuen Ort ausdehnen müsste, so hätte sie dort Arzt und Krankenbesucher anzuwerben, den Betrag der Entschädigungen dorthin zu senden und die Beiträge dort einzukassieren. Dies alles wäre schon wegen der daraus entstehenden Verwaltungskosten unausführbar. Somit kämen wir dazu, als notwendige Ergänzung zum Recht des Versicherten, fernerhin Mitglied der Kasse seines alten Wohnortes zu bleiben, die Verpflichtung auszusprechen, es habe die Kasse des neuen Wohnorts — auf Rechnung der bisherigen Kasse — die Verwaltung des Versicherten zu übernehmen. Welcher von mehreren vorhandenen Kassen würde man diese Verpflichtung auferlegen? Vielleicht wäre die in Aussicht genommene Kasse nicht organisiert, um gewisse versicherte Leistungen (z. B. die in Naturalien) liefern zu können. Der Bezug der Beiträge, die Aufsicht und die Auszahlung der Entschädigungen im Krankheitsfalle würden zwischen der Kasse des gegenwärtigen und derjenigen des früheren Wohnortes Schreibereien und Abrechnungen nötig machen und Streitigkeiten herbeiführen. Die Kasse des Wohnortes sollte für ihre Mühewaltung eine angemessene Entschädigung erhalten, da die gegenseitigen Dienstleistungen zwischen den Kassen sich doch nicht ausgleichen würden. Es wäre sogar nötig, die Kasse des Wohnortes an den Kosten der

ihrer Obsorge zugeteilten Krankheitsfälle zu beteiligen, um ihre Aufsicht wach zu erhalten. Die Simulation, dieser Schrecken aller Kassen, würde sonst bei einer gleichgültig ausgeübten Aufsicht seitens einer Kasse, die auf ausschliessliche Rechnung einer andern bezahlt, über alle Massen sich ausbreiten. Man sollte daher, wenigstens zum Teil, die Mitglieder bei der Kasse des Wohnortes rückversichern. Wie würden aber die Kommissionsgebühren und die Rückversicherungsprämien bestimmt? Wer schlichtete die Streitigkeiten, die notwendigerweise aus diesen Beziehungen zwischen den Kassen entstehen?

b. Wenn es sich dagegen um einen Berufs- oder Anstellungswechsel handelte, d. h. um einen Versicherten, der nicht mehr dem Berufe oder dem Betriebe angehört, für die seine bisherige Kasse errichtet ist, so hiesse es die Eigenart dieser Kasse verletzen, wenn man sie anhalten wollte, einen solchen Versicherten beizubehalten. Wie würde diese Zumutung z. B. mit der Tatsache in Einklang zu bringen sein, dass ein Arbeitgeber die Verwaltungskosten trägt, einen Teil der Beiträge bezahlt oder die Zahlungsfähigkeit der Hilfskasse seines Betriebes gewährleistet? Eine Berufs- oder Betriebskasse würde geradezu entartet werden durch die Verpflichtung, Personen als Versicherte beizubehalten, deren berufliche oder andere Interessen denjenigen, die sich die Kasse nebenbei zum Ziele gesetzt hat, fremd oder entgegengesetzt geworden wären. Sollte nicht zwischen der Dauer der Zugehörigkeit zu einem Berufe oder Betriebe und der Dauer des Rechts bezüglich des Verbleibens in der betreffenden Kasse ein gewisses Verhältnis bestehen und welches?

Wenn man endlich — was logisch wäre — trotz einem doppelten Wechsel (Wegzug und Berufs- oder Anstellungswechsel) das Recht statuierte, in der bisherigen Kasse zu verbleiben, so würden alle Übelstände, die wir soeben bezeichnet haben, zusammentreffen.

Wir glauben genugsam nachgewiesen zu haben, dass die Einführung der „Freizügigkeit“ nicht auf die Verpflichtung einer Kasse, ihre Versicherten beizubehalten, gegründet werden kann. Dies hatte man schon bei der Ausarbeitung des Gesetzes von 1899 eingesehen: Ein Vorentwurf sah „ständige Mitglieder“ vor, die trotz des Wegzuges Mitglieder der gleichen öffentlichen Kasse bleiben sollten, aber man hat bald darauf verzichtet. Ist das System, das wir soeben geprüft haben, somit nicht geeignet, als

ein gesetzliches für alle anerkannte Kassen vorgesehen zu werden, so besteht dagegen kein Hindernis, dass die Kassen selbst es freiwillig einführen, indem sie ihre Mitglieder trotz des angeführten Wechsels beibehalten und unter sich Vereinbarungen bezüglich gegenseitiger Aufsicht und eventueller Rückversicherung der entfernt vom Sitze der Kasse wohnenden Versicherten treffen. Solche stets kündbare Vereinbarungen sind unter gleichartigen Kassen, die sich kennen, ähnliche Leistungen gewähren und deren wechselseitige Dienste sich nach Zahl und Beschaffenheit ungefähr ausgleichen, wohl denkbar. So verbindet ein „Übereinkommen betreffend die Aufsicht über die zerstreut wohnenden Mitglieder“, vom 10. Dezember 1893, fast alle Kassen des Verbandes der gegenseitigen Hülfsesellschaften der welschen Schweiz. Freilich handelt es sich hier nur um den ausnahmsweisen und zufälligen Fall, wo ein Versicherter ausserhalb des Bezirkes seiner Kasse erkrankt. Bei mehr oder weniger definitiver Verlegung des Wohnorts ausserhalb ihres eigenen Wirkungskreises sind die Kassen jedoch durch das Übereinkommen keineswegs verpflichtet, ihre Mitglieder zu behalten. Das Übereinkommen hat denn auch während eines 10jährigen Bestandes nur ungefähr hundertmal Anwendung gefunden, obschon es etwa 100 Hülfsesellschaften der Kantone Waadt, Genf, Wallis, Neuenburg und Bern mit zirka 26,000 Versicherten umfasst.

3. Unser Entwurf hat deshalb das System des Übertrittes von einer Kasse zur andern vorgezogen, und Art. 6 bestimmt die Bedingungen dieses Übertrittes. Es sind im allgemeinen dieselben Grundsätze, wie die eines Konkordates, das gegenwärtig ungefähr 400 Kassen der Kantone Zürich, Thurgau, St. Gallen, Appenzell, Glarus, Basel-Stadt, Basel-Land, Graubünden und Solothurn etc. mit zirka 100,000 Mitgliedern vereinigt.

Wir machen sämtliche anerkannte Kassen der Schweiz in dem Sinne unter sich solidarisch, dass jede Person, die einer dieser Kassen angehört hat, eine Art Niederlassungsrecht genießt und dank demselben sich unter gewissen Bedingungen in einer andern anerkannten Kasse aufnehmen lassen kann. Die Freizügigkeit darf jedoch, wie gesagt, keine unbedingte sein, in dem Sinne, dass der „Züger“ in der neuen Kasse einfach seine frühere Versicherung weiter fortsetzen könnte, möge dieselbe gewesen sein, wie sie wolle. Sind die Interessen des Zügers der Fürsorge noch so würdig, so dürfen die

der neuen Kasse doch nicht geopfert werden. Namentlich darf die Freizügigkeit keine derartige sein, dass sie den Ruin der solid gegründeten und gut geführten Kassen herbeiführte. Die Notwendigkeit, zuwiderlaufende Interessen in gleicher Weise zu berücksichtigen, bildet die Hauptschwierigkeit des Problems und begründet die dem Art. 6 beigefügten Vorbehalte.

Die Einzelheiten dieser Vorbehalte werden wir im besondern Teil dieser Botschaft (s. Seite 346 bis 355) näher prüfen. Doch können wir hier schon bemerken, dass die Freizügigkeit, wie unser Entwurf sie vorsieht, für den Züger einen grossen Vorteil bedeutet, da sie ihm ein Aufnahme recht anerkennt, und zwar ohne neue Karenzzeit und ohne Rücksicht auf Alter und Gesundheitszustand.

Der Austausch von Versicherten unter verschiedenen Kassen wird sich weder in Zahl noch in Beschaffenheit ausgleichen. So wird z. B. der Übertritt altersschwacher Versicherter von städtischen nach ländlichen Kassen ein intensiverer sein, als umgekehrt. Es besteht nämlich bei jungen Landarbeitern ein Zug, ihr Leben in der Stadt zu verdienen und sich dann in den alten Tagen wieder auf das Land zurückzuziehen. Das vom Gesetz eingeführte System muss also an sich gerecht sein.

Da die Kassen von einander wesentlich verschieden sind, so kann das Gesetz nur ein gewisses Minimum von Freizügigkeit vorschreiben. Dagegen besteht kein Hindernis, dass die Kassen sich statutengemäss entgegenkommender zeigen, oder dass sie mit andern Kassen — von gleicher Art, mit ähnlichen Leistungen und gegenseitigem gleichwertigem Austausch — ein Abkommen treffen, das eine grössere Freizügigkeit vorsieht. Die Kantone können dies auch beispielsweise bezüglich der von ihnen gegründeten öffentlichen Kassen oder der von ihnen versicherungspflichtig erklärten Personen tun.

Nach dem Gesetze von 1899 vollzog sich die Freizügigkeit zwischen öffentlichen Kassen sozusagen automatisch bezüglich der der Versicherung unterstellten Personen, da ihre Zugehörigkeit von Rechtswegen durch den Wohn- oder Arbeitsort bestimmt war (Art. 26, 27 und 151). Was die freiwillig Versicherten betrifft, war die Freizügigkeit nur gegenüber den Kreis-krankenkassen (Art. 33 bis 36), mit Ausschluss der Betriebs-krankenkassen, eingeführt (Art. 153). Gegenüber den freien Kassen, selbst den eingeschriebenen, bestand eine Freizügigkeit auch zu gunsten der versicherungspflichtigen Perso-

nen nicht (Art. 193; s. Bundesbl. 1896, I, 362—363, Ziff. 4). Unser gegenwärtiger Entwurf geht somit weiter, indem er freien Kassen eine gewisse Freizügigkeit auferlegt, obschon es sich nur um freiwillige Versicherung handelt.

4. In Kreisen der Versicherten, die Anhänger des Systems der „Überwachung der zerstreut wohnenden Versicherten“ sind, im Gegensatz zu denen der wahren „Freizügigkeit“, ist man der Ansicht, es sollte genügen, jeder anerkannten Kasse die Wahl zwischen dem einen oder andern Systeme anheimzustellen. Wir hätten diese Wahl gerne zugelassen, ein Beispiel wird aber zeigen, dass dies unmöglich ist: Eine genferische Kasse A hat das Überwachungssystem angenommen, während eine zürcherische Kasse B Freizügigkeit vorsieht. Ein Versicherter der Kasse A, der von Genf nach Zürich zieht, bliebe Mitglied dieser Kasse, die jedoch von Kasse B verlangen würde, dass sie auf Rechnung von A den Versicherten beaufsichtige und entschädige. Somit müsste die Kasse B verpflichtet werden, sich dem Überwachungssystem, das von ihr nicht angenommen und für das sie nicht eingerichtet ist, zu widmen. Handelte es sich im Gegenteil um einen Versicherten, der sich von Zürich nach Genf begibt, so würde Kasse B erwarten, dass gemäss dem von ihr ausgeübten System der Freizügigkeit diese Person, die nun nicht mehr bei B versichert sein kann, als Mitglied von Kasse A angenommen werde. Diese letztere würde dies jedoch verweigern und nur die Aufsicht auf Rechnung von B anbieten.

Zwei Kassen müssen notwendig dasselbe System anwenden, wenn zwischen ihnen Anschluss stattfinden soll. Das Gesetz muss daher ein System als gesetzliche Norm aufstellen, und wir haben oben ausgeführt, warum wir der wahren Freizügigkeit den Vorzug geben. Dies ist, wir wiederholen es, für die Kassen kein Hindernis, unter sich vertraglich das System der einfachen Überwachung einzuführen. Beispiel: Die genferische Kasse A wird durch das Gesetz gezwungen sein, den von der zürcherischen Kasse B kommenden Versicherten als Mitglied anzunehmen; sie kann aber mit der neuenburgischen Kasse C einen Vertrag schliessen, laut welchem — Gegenseitigkeit vorbehalten — jeder von Neuenburg kommende Versicherte, der sich in Genf niederlässt, Mitglied der Kasse C bleibt, während die Kasse A die Aufsicht über ihn ausübt. So bleibt das System einfacher Überwachung zwischen den Kassen bestehen, die es für ihre gegenseitigen Beziehungen wählen.

5. Die Freizügigkeit könnte vervollkommenet werden im Sinne einer einfachen Fortsetzung der Versicherung bei der neuen Kasse, wenn die bisherige Kasse dem Übertretenden bei seinem Austritt seine Individualreserve zur Einzahlung in die neue Kasse aushändigte. Gleichwohl verzichten wir darauf, eine diesbezügliche Bestimmung aufzunehmen. Denn, damit kraft einfacher Übertragung der Reserve die bisherige Versicherung unverändert bei der neuen Kasse fortbestehen könnte, wäre es nicht nur notwendig, dass beide Kassen technische Grundlagen benutzen, sondern auch dass sie dieselben Grundlagen, Tarife und Leistungen aufweisen. Diese Voraussetzungen jedoch wären heutzutage sehr selten vereinigt zu finden, und die bezügliche Bestimmung würde daher fast nie ihren Zweck erreichen.

Die Erfahrung Österreichs ist in dieser Hinsicht lehrreich. Das österreichische Gesetz vom 30. März 1888, betreffend die Krankenversicherung, stellte im wesentlichen folgendes fest (Art. 13 und 28): Im Falle des Übertrittes des Versicherten in eine andere Kasse erhält die neue Kasse von der alten den dem Versicherten zukommenden Reserveanteil. Dieser Anteil ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen der Totalsumme der Beiträge des Übertretenden und der Totalsumme der Beiträge aller gegenwärtigen Mitglieder der Kasse. Diese Bestimmungen sind aber schon durch das Gesetz vom 4. April 1889 als unausführbar aufgehoben worden. Sie begnügten sich doch, wie man sieht, damit, die Abgabe eines Teils des tatsächlichen Reservefonds vorzusehen.

Nicht-Ausschluss der Schweizerbürger, Aufnahme der Frauen.

(Art. 7 und 8.)

1. Wie wir auf Seite 303, lit. e, des nähern ausführen, bewilligt unser Entwurf (Art. 19) im Prinzip den Bundesbeitrag auch für nichtschweizerische Versicherte. Es wäre jedoch offenbar zu weit gegangen, wenn man auch eine Kasse subventionieren wollte, die laut Statuten nur Fremde versichert. Wir sehen voraus, dass eine derartige Kasse nicht anerkannt werden kann. Das genferische Gesetz vom 27. Mai 1903 (Art. 9) verweigert ebenfalls den kantonalen Beitrag „allen Gesellschaften, deren Statuten die Schweizerbürger ausschliessen“.

2. Einer der Fortschritte, der gleichsam als das Gegenstück der Subventionierung der Hilfskassen anzustreben ist, besteht in

der Förderung der Frauenversicherung. Die Fabrikstatistik von 1901 stellt im Zeitraum von 1888 bis 1901 eine Zunahme von 26 % im Effektivbestande der Arbeiterinnen fest. Er betrug im Jahre 1901 92,331 Arbeiterinnen, d. h. 38 % der Gesamtzahl der Fabrikarbeiterschaft. Diese Tatsache ist an sich schon ein Beweis, dass der ökonomische Wert der Arbeitsfähigkeit der Frau gestiegen ist. Andererseits hebt die Statistik der gegenseitigen Hilfskassen von 1880 bis 1903 eine Vermehrung um 110 % im Effektivbestand der versicherten Frauen hervor (117 % für die männlichen Versicherten). Es ist dies eine erfreuliche Tatsache, aber nichtsdestoweniger stellen die 86,599 weiblichen Versicherten nur 20 % der Gesamtzahl der erwachsenen Versicherten dar. Eine von den Herren Schuler und Burckhardt im Jahre 1889 veröffentlichte Erhebung („Untersuchungen über die Gesundheitsverhältnisse der Fabrikbevölkerung, mit besonderer Berücksichtigung des Krankenkassenwesens“, Sauerländer, Aarau) wies nach, dass selbst in Fabriken nur 21 % der Frauen gegen Krankheit versichert waren, während die Versicherungsfrequenz bei den Männern 29 % betrug. Laut Statistik der Hilfskassen von 1903 gibt es im allgemeinen auf 100 erwachsene Frauen nur 7 gegen Krankheit versicherte, während 30 % der erwachsenen Männer versichert sind. Dieser sehr beträchtliche Unterschied in der Versicherungsfrequenz der Frauen, je nachdem es sich um die weibliche Bevölkerung im allgemeinen, oder speziell um Fabrikarbeiterinnen handelt, hat seinen Grund in der Tatsache, dass die grosse Mehrheit der weiblichen Versicherten nur deshalb versichert sind, weil sie in einem industriellen Betriebe arbeiten, der eine obligatorische Krankenkasse für sein ganzes Personal besitzt.

Die Kassen, die den Frauen zugänglich, oder ausschliesslich für sie bestimmt sind, bildeten im Jahre 1865 25 %, 1880 35 % und 1903 42 % von der Gesamtzahl der schweizerischen Kassen. Hier wiederum offenbart sich ein gewisser Fortschritt, der dem Geiste bessern Entgegenkommens und auch dem Anwachsen der Zahl der obligatorischen Fabrikassen, welche Arbeiter beiderlei Geschlechts aufweisen, zuzuschreiben ist. Doch bleibt immer noch eine allzugrosse Zahl von Kassen den Frauen verschlossen. Ihre Aufnahme stösst auf verschiedene Vorurteile und egoistische Ansichten: in gewissen Kassen würde man sich gedemütigt glauben, nicht mehr „unter Männern“ zu sein; man fürchtet, sich lächerlich zu machen, wenn Frauen an den öffentlichen Umzügen und Festen teilnehmen würden; man scheut

das Geschwätz, das aus der Begegnung der beiden Geschlechter in den Versammlungen, oder auch in den meist abends stattfindenden Komitee-Sitzungen entstehen könnte. Ferner will man nicht den Frauen die den Männern auf dem Arbeitsmarkt gemachte Konkurrenz durch die Krankenversicherung erleichtern. Wir werden uns bei derartigen Motiven nicht aufhalten, die, wenn auch nicht immer ausgesprochen, ja selbst nicht immer bewusst, nichtsdestoweniger eine grosse Rolle spielen.

3. Es empfiehlt sich dagegen, ein anderes Argument hervorzuheben, nach welchem die Frauen geneigter wären, Arbeitsunfähigkeit zu simulieren und auch in Wirklichkeit mehr als die Männer dem Kranksein unterworfen wären. Diese doppelte Tatsache müsste sich in der vergleichenden Statistik offenbaren. Nun sagt aber die früher genannte Erhebung von Schuler und Burekhardt, die auf der jährlichen Beobachtung von 71,000 Personen, wovon 28,000 Frauen, beruht, dass von 1000 versicherten Frauen jährlich 257 krank sind (Männer 291). Somit ist die Krankheitsfrequenz bei den Frauen eine geringere, als bei den Männern. Da jedoch bei ersteren eine Krankheit durchschnittlich länger anzudauern pflegt (25 Tage), als bei letzteren (22 Tage), so gleicht sich die Morbidität — d. h. die jährliche Zahl der Krankheitstage — für beide Geschlechter merklich aus ($6\frac{1}{2}$ Tage für die Frauen, $6\frac{1}{4}$ für die Männer). Ein klassisches Werk von Heym (Anzahl und Dauer der Krankheiten in gemischter Bevölkerung; 25 Jahre Erfahrungen der Gesellschaft „Gegenseitigkeit“; Strauch, Leipzig, 1884), das 82,000 Beobachtungen, wovon 37,000 an Frauen, umfasst, kommt bezüglich Frequenz und Dauer der Krankheiten zu ähnlichen Schlüssen, wie die Arbeit von Schuler und Burekhardt, und hebt eine geringere Morbidität bei den Frauen (6,88) als bei den Männern (7,07) hervor. Nachstehende Tabelle weist die Resultate der in Deutschland, in Österreich und in Frankreich gemachten Erfahrungen auf.

	Kranke auf je 100 Versicherte, per Jahr		Durchschnittsdauer einer Krankheit, Tage		Krankheitstage auf je 1 Versicherten, per Jahr	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Deutschland (1888 bis 1902)	37,4	32,1	16,9	19,1	6,8	6,-
Österreich (1902)	49,4	41,8	17,2	19,8	8,6	8,2
Frankreich (1902)	30,6	30,-	20,7	20,6	6,-	5,-

Die relative Morbidität beider Geschlechter hängt natürlich in hohem Masse vom Berufe und vom Alter der beobachteten Personen ab. Es wäre namentlich unstatthaft, junge Leute des einen Geschlechts mit alten des andern Geschlechts zu vergleichen; ausserdem ist wahrscheinlich die relative Morbidität verschieden, je nachdem dieses oder jenes, wenn auch für beide Geschlechter gleiche Alter in Betracht kommt. Ebenso ist die Zahl der angegebenen Krankheitstage verschieden, je nach der Maximaldauer der von jeder Kasse für den gleichen Fall geleisteten Unterstützung, indem die dem Ablauf dieser Zeitdauer folgenden Krankheitstage nicht mehr gezählt werden. Die Statistiken geben demnach kein streng vergleichbares Resultat, da für jede derselben das beobachtete Personal bei beiden Geschlechtern in bezug auf Beruf, Alter und Dauer der Unterstützung wahrscheinlich nicht identisch ist. Aber gerade durch die Tatsache der Verschiedenheit dieser Statistiken ist man hinwiederum berechtigt, anzunehmen, dass ihre Gesamtheit eine annähernde Idee von der relativen Morbidität beider Geschlechter bei der Allgemeinheit der Kassen ergibt.

Laut Fabrikstatistik sind 20 % der Arbeiterinnen unter 18 Jahre alt und nur 7 % haben das fünfzigste Altersjahr überschritten. Bei den Arbeitern ergibt jede dieser Altersklassen 11 % der Gesamtzahl der Männer; Schuler und Burckhardt haben desgleichen konstatiert, dass 64 % weiblicher Versicherte, gegen 47 % männlicher, jünger als 31 Jahre alt sind. Dieses niedrigere Durchschnittsalter des weiblichen Fabrikpersonals im Verhältnis zum männlichen rührt hauptsächlich daher, dass viele Frauen in einem gewissen Alter die Fabrik verlassen, um ihrem Haushalt

vorzustehen. Auch in den andern als in den Betriebskassen und aus gleichen Gründen haben wohl die weiblichen Versicherten ein geringeres Durchschnittsalter, als die männlichen. Dies wird die Versicherung der Frauen günstiger gestalten. Tatsächlich verlassen die Frauen öfter ihre Kassen in einem Alter, wo infolge Steigerung der Morbidität bei beiden Geschlechtern die Versicherungsbeiträge aufhören, den Kosten zu entsprechen. In jungen Jahren ein- und austretend, sind die weiblichen Versicherten ein günstiges Element für die zahlreichen Kassen, welche die Beiträge nicht genügend nach dem Eintrittsalter abstufen und keine technischen Reserven bilden.

4. Wir glauben, nachgewiesen zu haben, dass die Versicherung der Frauen möglich ist, und zwar zu den gleichen Bedingungen, wie die des andern Geschlechts. Eine Bestimmung, welche die Versicherung der Frauen erleichtert, hat zudem einen grossen ethischen Wert; sie ist von einem allgemeinen und in die Augen springenden Interesse, und macht sich noch besonders dadurch empfehlenswert, dass die Frauen keine politischen Rechte haben.

Die Kassen gewärtigen selbst, dass die Versicherung der Frauen eine der Subventionsbedingungen werde; denn sie verstehen wohl, dass die eidgenössische Gesetzgebung ihnen durch Erteilung von Subventionen keine so wichtige soziale Rolle, wie die der Verbreitung der Versicherung zuerkennen kann, wenn sie diese ihre Aufgabe nur bezüglich der Hälfte der Bevölkerung zu erfüllen gedächten. Die Kassen können sich übrigens nur Glück dazu wünschen, dass sie durch die Versicherung der Frauen eine Erweiterung ihrer Grundlagen, ein neues Rekrutierungselement, d. h. eine Stärkung erfahren. Es ist uns keine Kasse bekannt, die es zu bereuen gehabt hätte, die Versicherung der Frauen eingeführt zu haben und die aus diesem Grunde gefährdet worden wäre.

(Bezüglich Einzelheiten von Art. 8, siehe den speziellen Teil dieser Botschaft, Seite 355.)

Mindestleistungen.

(Art. 9, 10 und 11.)

1. Die Subventionierung und also die Anerkennung müssen bei einer Kasse notwendig mit der Verpflichtung verbunden sein, ihren Mitgliedern im Krankheitsfalle ein gewisses Minimum von

Leistungen zu entrichten. Nur die Versicherung verdient subventioniert zu werden, die einen gewissen ökonomischen und sozialen Wert bietet, und die Subvention muss in einem entsprechenden Verhältnis zu den garantierten Leistungen sein. Diese Erwägung bezieht sich auf die verschiedenen Elemente, deren Gesamtheit den ökonomischen Wert der Leistungen bildet, d. h. auf den Bestand (Art und Betrag) dieser letztern, sowie auf deren Entrichtungsbedingungen.

Um das Minimum, das bezüglich jedes dieser Elemente gefordert werden kann, zu bestimmen, muss man sich die gegenwärtige Praxis der Krankenkassen, wie sie aus der Statistik von 1903 ersichtlich ist, vor Augen halten. Indem man die Verwirklichung eines Fortschrittes seitens der Kassen zum Ziele nimmt, ist es doch angezeigt, nicht derartige Anforderungen zu stellen, dass nur sehr wenige Kassen ihnen genügen könnten, was das Anwendungsgebiet und die Nützlichkeit der neuen Gesetzgebung ungebührlich schmälerte. Durch eine angemessene Feststellung der geforderten Mindestleistungen muss im Gegenteil danach getrachtet werden, dass die Mehrzahl der bestehenden Kassen die Anerkennung erlangen können, und zwar, dank dem Bundesbeitrage, ohne ihre gegenwärtigen Versicherungsbeiträge merklich erhöhen zu müssen.

2. Wie in Art. 19 (Seite 298, Ziff. 2) zu sehen ist, setzen wir zwei verschiedene Beträge der Bundessubvention fest, je nachdem eine Kasse nur das Minimum der Leistungen, das für die Anerkennung verlangt wird, oder noch einen gewissen Mehrbetrag zahlt. Diese Abstufung des Bundesbeitrages beugt dem Nachteil vor, der bei der einheitlichen Subventionierung darin besteht, relativ zu hoch für die kleinen Versicherungen oder zu niedrig für die grösseren zu sein. Sie gestattet für die Versicherungen, auf die der geringere Bundesbeitrag Anwendung findet, sich mit einem sehr bescheidenen Minimum der garantierten Leistungen zu begnügen — und erlaubt dadurch die Unterstützung der ärmsten Leute —, ohne Schädigung der höheren Versicherungen.

3. Gleich wie das Gesetz von 1899 (Art. 189 und 30) sehen wir die Anerkennung und infolgedessen auch die Subventionierung einer Kasse vor, wenn sie wenigstens die ärztliche Behandlung und die Arznei liefert (s. Art. 10 unseres Entwurfes). Im Jahre 1903 waren es 72 Kassen, die nur Leistungen in Naturalien boten; diese Kassen gewähren heute schon alle das geforderte

Minimum an Naturalleistungen oder werden es, dank dem Bundesbeitrage, ohne Erhöhung ihrer Versicherungsbeiträge gewähren können.

4. Das Gesetz von 1899 bewilligte den Kassen, die nur Barleistungen, d. h. nur ein Krankengeld zahlen, nur vorübergehend einen Beitrag (Art. 395). Die Leistung der ärztlichen Behandlung und Arznei konnte also durch Barentschädigung, selbst wenn letztere mehr als gleichwertig war, nicht ersetzt werden. Unser Entwurf (Art. 10) zeigt sich aus folgenden Gründen weitherziger:

Man hat geltend gemacht, dass die Leistung eines Krankengeldes der Simulation Vorschub leiste und den Versicherten gestatte, das von den Kassen erhaltene Geld zu allerlei Ausgaben zu verwenden, statt es für die Heilung zu gebrauchen, die ja das vornehmste Ziel der Krankenversicherung ist. Hätte wirklich dieser Einwurf einen praktischen Wert, so würden die Kassen selbst, die ihre Interessen kennen und wahren, nicht ermangeln, auf das System der Geldleistung zu verzichten.

Ein Krankengeld, auch wenn es nicht für die Behandlung im eigentlichen Sinn verwendet wird, trägt doch zum Versicherungszweck bei. Die Heilung hängt nicht ausschliesslich von ärztlichen Ratschlägen und der Anwendung von Arzneien ab, sie wird auch durch entsprechende Nahrung, Körper- und Gemütsruhe gefördert, alles Dinge, die nur ein Krankengeld gestattet. Es ersetzt den entgangenen Lohn, der zum Unterhalt des Versicherten und seiner Familie notwendig ist. Also ist sowohl die eine als auch die andere Art der Hülfeleistung im Krankheitsfalle — Naturalleistung oder Krankengeld — der Aufmunterung wert, und da das Gesetz nicht beide vorschreibt, so ist es angezeigt, die eine oder andere in gleicher Weise zuzulassen.

Laut Statistik von 1903 zahlen 819 Krankenkassen mit 184,928 Mitgliedern, d. h. 45 % der Kassen mit 44 % des Totalbestandes der Versicherten, ausschliesslich Krankengeld. Ein Gesetz, das alle diese Kassen dazu zwingen würde, das Prinzip zu ändern und ihre Organisation unter Androhung des Entzuges des Bundesbeitrages umzugestalten, wäre schon aus diesem Grunde allein einer Verwerfung sehr ausgesetzt.

Für den Fall gänzlicher Arbeitsunfähigkeit setzen wir das Minimum der Entschädigung, das die anerkannten Krankenkassen mangels Naturalleistungen zu bezahlen haben, auf 1 Franken pro Tag.

Laut Statistik von 1903 garantieren Kassen, deren Leistungen nur in Geld bestehen, ein tägliches Krankengeld

	Kassen	%
von weniger als 1 Franken	90	11
von 1 Franken oder mehr	729	89

Somit gewähren 89% derartiger Kassen schon jetzt die festgesetzte Mindestleistung. Da ausserdem der Bundesbeitrag von Fr. 3.65 per Jahr die Prämie für die Gewährung eines täglichen Krankengeldes von zirka 48 Rappen darstellt (für einen Versicherten mit dem Eintrittsalter von 30 Jahren), können alle Kassen, die gegenwärtig ein Krankengeld von zirka 52 Rappen bis 1 Franken zusichern, dank dem Bundesbeitrage und ohne Prämien-erhöhung in Zukunft zum wenigsten das verlangte Krankengeld von 1 Franken ausrichten. Wenn man diese letztere Kategorie hinzuzählt, so ergibt sich, dass von den Kassen, die nur Krankengeld entrichten, 776, d. h. 95%, der Bedingung einer Mindestleistung entsprechen können, ohne genötigt zu sein, die Beiträge ihrer Mitglieder zu erhöhen.

5. Es erübrigt noch, die Kassen mit Leistungen beider Arten (in natura und in Geld) zu erwähnen, die heute schon das geforderte Minimum in wenigstens einer Art von Leistungen gewähren, oder es, dank dem Bundesbeitrage, ohne Erhöhung ihrer Versicherungsbeiträge werden gewähren können; diese Kassen waren 1903 912 an der Zahl.

6. Somit werden auf eine Gesamtheit von 1814 Krankenkassen, die Mitte des Jahres 1903 424,434 Mitglieder zählten; der Bedingung der Minimalleistung, sei es in Naturalien oder in Geld, selbst ohne Beitrags-erhöhung zu entsprechen im stande sein:

	Kassen	Effektivbestand
Kassen mit Naturalleistung	72	55,036
Kassen mit Geldleistung	776	177,409
Kassen mit beiderlei Leistungen	912	182,031
Zusammen	1760 (97%)	414,476 (98%)

7. Für die Kassen, die ärztliche Behandlung und Arznei liefern, wird eine gewisse Begünstigung aus der Tatsache entstehen, dass wir diese Leistung einem Krankengeld von 1 Franken per Tag gleichstellen. Auf Seite 71 seines in unserer Bibliographie erwähnten Werkes (Seite 244, Ziff. 4)

schätzt Häberlin die Kosten dieser Naturleistung pro Krankentag auf 80 Rappen, und in seinem „Voranschlag über die jährlichen Kosten der staatlichen Krankenpflege in der Schweiz“ (1893, S. 8 und 11) gelangte unser Industriedepartement zu einer Annahme von 81,6 Rappen. Die Kassen, die ihre Leistungen in natura liefern, werden sich somit mit einer Ausgabe von zirka 80 Rappen pro Krankheitstag, statt 1 Franken, begnügen können, und sie werden dessenungeachtet denselben Bundesbeitrag erhalten. Für sie macht dieser Beitrag 60 % der Versicherungsbeiträge aus, wenn er für die Kassen mit Krankengeld von 1 Franken 48 % betragen wird. (Für Einzelheiten, siehe Seite 300, Ziff. 4.)

8. Der ökonomische Wert der Leistungen hängt nicht allein von ihrem Betrage, sondern auch von den Zahlungsbedingungen ab. Wenn z. B. Leistungen, selbst von höherem Betrage, erst nach einer unendlich langen Mitgliedschaft bezahlt würden, so wäre ihr ökonomischer Wert gleich Null. Das will sagen, es sei für das Gesetz nötig, auch das Maximum der Dauer der Mitgliedschaft zu bestimmen, das eine anerkannte Krankenkasse verlangen kann, bevor ein Versicherter ein Recht auf die garantierten Leistungen erhält. Dies bildet den Gegenstand unseres Art. 9.

Diese Dauer der Mitgliedschaft, die Zeit, während welcher ein Mitglied im Krankheitsfalle noch keine Rechte genießt, ob schon es seine Beiträge entrichtet, bildet die sogenannte Karenzzeit. Technisch hat die Institution der Karenzzeit den Zweck, das zu ersetzen, was die ärztliche Untersuchung bei der Aufnahme an sich Ungenügendes hat. Gleich wie diese Untersuchung, soll die Karenzzeit einer „Antiselektion“ vorbeugen, die darin bestehen würde, dass eine Person sich vorzugsweise erst dann versicherte, wenn sie sich krank fühlte. Aus diesem Grunde begegnet man einer Karenzzeit nicht nur allgemein bei den Krankenkassen, sondern auch bei andern Versicherungsarten, wie z. B. bei der sogenannten Volksversicherung auf den Todesfall, wo die ärztliche Untersuchung ebenfalls nur summarisch ist.

Im Jahre 1903 betrug die Dauer der Karenzzeit 3 Monate oder weniger: Bei 1649 Kassen (91 %); mehr als 3 Monate bei 165 Kassen (9 %).

Wenn wir das Maximum der Karenzzeit, das den anerkannten Kassen gestattet sein wird, auf 3 Monate festsetzen (Art 9), so stellen wir eine Forderung, die 91 % der bestehenden Krankenkassen mit

92 % der Gesamtheit der Versicherten, selbst ohne Statutenänderung, erfüllen können. Was die andern Kassen betrifft, wird der Bundesbeitrag ihnen mehr als die nötigen Mittel bieten, um die bisherige Dauer ihrer Karenzzeit herabzusetzen, ohne die Versicherungsbeiträge erhöhen zu müssen. Die Dauer der Karenzzeit ist im Grunde ohne grossen Einfluss auf die Summe der pekuniären Lasten einer Kasse, weil die Karenzzeit nie mehr als einmal auf den gleichen Versicherten Anwendung findet.

9. Gleich wie für die Karenzzeit und aus denselben Gründen muss das Gesetz gewisse Forderungen stellen betreffend die Dauer, d. h. Beginn und Ende, der Leistungen für jede Krankheit, die nicht in die Karenzzeit fällt (Art. 10, Abs. 2).

Bei den Kassen, die ärztliche Behandlung und Arznei gewähren, ist es natürlich, dass dem Versicherten diese Leistungen vom Beginn seiner Krankheit an verabreicht werden. Die Kasse selbst hat daran ein Interesse, denn je eher eine geeignete Behandlung beginnt, um so grösser werden die Aussichten auf eine rasche Heilung sein. Von 72 Kassen, deren Leistungen in Naturalien bestehen und die 55,036 Mitglieder zählen, verabreichen nur 3 Kassen mit einer Mitgliederzahl von 232 diese Leistungen nicht vom Beginn der Krankheit an.

Was dagegen die Bezahlung eines Krankengeldes betrifft, setzen die meisten Kassen fest, dass diese Bezahlung für eine erste Krankheitsperiode, genannt Wartefrist, nicht stattfindet. Die Einsetzung einer Wartefrist geht von der Annahme aus, dass die eigenen Mittel des Versicherten hinreichen, ihn und seine Familie während einiger Tage der Arbeitslosigkeit ohne Unterstützung seitens der Versicherung zu erhalten. Die Wartefrist bildet andererseits für die Kasse eine namhafte Ersparnis durch die Summierung aller Krankheitsfälle, bei welchen sie Anwendung findet. Man nimmt auch an, die Auszahlung eines Krankengeldes für einfaches Unwohlsein würde zu Simulation führen und die Verwaltungskosten in einem Masse vermehren, das in keinem Verhältnis zu dem Betrag dieser Entschädigungen selbst stehen würde.

Es ist jedoch angezeigt, zu verhindern, dass die Wartefrist eine zu lange sei, was den ökonomischen Wert der Leistungen herabsetze und auch der Kasse insofern schädlich wäre, als der Versicherte während der Wartefrist besonders wenig geneigt ist, sich ärztlich behandeln zu lassen.

Laut Statistik von 1903 sehen für die Gewährung von Krankengeld eine Wartefrist vor von weniger oder gleich 3 Tagen 1423 Kassen mit 303,243 Mitgliedern, von mehr als 3 Tagen 319 Kassen mit 66,155 Mitgliedern.

Indem wir das Maximum der Wartefrist auf 3 Tage festsetzen und anordnen, dass die Leistungen in natura von Beginn der Krankheit an entrichtet werden sollen, nehmen wir die gleiche Lösung an, wie das Gesetz von 1899 (Art. 53, 54 u. 189).

10. Die Bestimmung des Zeitpunktes, wo die Leistungen trotz der Fortdauer der Krankheit aufhören können, ist noch wichtiger, als die des Zeitpunktes für den Beginn der Leistungen.

Es ist selbstverständlich, dass, je länger die Unterstützungsdauer, um so nützlicher auch die Versicherung für den Versicherten ist. Ja, man kann sagen, dass der Weiterbezug der Unterstützung in Fällen andauernder Krankheit für den Versicherten gerade dann besonders wertvoll wäre, wenn eine lange Krankheit, trotz der empfangenen Unterstützung, seine eigenen Mittel erschöpft hat, und er es dann doppelt nötig hätte, nicht sich selbst überlassen zu sein. Die Dauer der Unterstützung kann trotzdem keine unbegrenzte sein, wegen der Vermehrung der Lasten, die dadurch für die Gesamtheit der Versicherten entstehen würde. Durch die Tatsache ihrer relativen Seltenheit und der grossen Ausgaben, die jede einzelne derselben auferlegt, bilden übrigens sehr lang andauernde Krankheiten ein nicht zu versicherndes Risiko für eine Kasse, deren Effektivbestand nicht gross genug ist, um auch in bezug auf solche Fälle die nötige Gleichmässigkeit der Belastung zu erzielen.

Ihre Deckung ist Sache einer besonderen, entsprechend organisierten Versicherung, nämlich der Invalidenversicherung.

Im Jahre 1903 betrug die Unterstützungsdauer weniger als 6 Monate bei 1210 Kassen mit 213,522 Mitgliedern, 6 oder mehr Monate bei 604 Kassen mit 210,912 Mitgliedern, wovon 12 Monate oder mehr bei 219 Kassen mit 114,908 Mitgliedern.

Unser Entwurf (Art. 10, Abs. 2) fordert eine Unterstützungsdauer von wenigstens 6 Monaten, 33 % der bestehenden Kassen mit 50 % der Versicherten erfüllen jetzt schon diese Forderung. Für andere wird, wie bezüglich der Karenzzeit, der Wartefrist etc., der Bundesbeitrag die Mittel liefern, um die gesetzlichen Vorschriften zu erfüllen, selbst ohne die Versicherungsbeiträge erhöhen zu müssen.

Die Lasten der Versicherung wachsen übrigens nicht im Verhältnis zu der Unterstützungsdauer. So kostet z. B. eine Versicherung, deren Leistungen während einer Dauer von 12 Monaten im Maximum geboten werden, nicht das Doppelte einer solchen, deren Leistungen schon nach 6 Monaten aufhören; denn eine grosse Zahl der nach Ablauf dieser ersten 6 Monate noch bestehenden Krankheiten verschwinden schon im Verlauf der nächstfolgenden 6 Monate. Wir geben nachstehend die aus der Erfahrung (Schweiz) abgeleiteten „Reduktionsfaktoren“, welche die aus irgend einer Unterstützungsdauer resultierende Belastung angeben, im Vergleich zu der mit 1 ausgedrückten Belastung aus einer Unterstützungsdauer von 6 resp. 12 Monaten.

	Im Vergleich zu 6 Monaten	Im Vergleich zu 12 Monaten
3 Wochen	0,52	0,49
6 „	0,71	0,66
13 „ (3 Monate)	0,89	0,82
26 „ (6 „)	1,00	0,93
39 „ (9 „)	1,05	0,97
52 „ (12 „)	1,08	1,00

Man ersieht aus dieser Tabelle, dass die Kosten einer Versicherung mit einjähriger Unterstützungsdauer nur 8 % höher zu stehen kommen, als die einer Versicherung von 6 Monaten, — ferner, dass eine Versicherung von dreiwöchentlicher Unterstützungsdauer beinahe die Hälfte (49 %) einer einjährigen Versicherung kostet, — dass eine sechswöchentliche Versicherung ungefähr $\frac{2}{3}$ einer neunmonatlichen Versicherung ausmacht (0,7 zu 1,05 oder 0,66 zu 0,97), — etc.

Das Gesetz von 1899 (Art. 56 und 189) stellte als Bedingung für die Subventionierung eine Mindestdauer der Unterstützung von 1 Jahr auf. Indem wir diese Dauer auf 6 Monate beschränken, entlasten wir die Kassen im allgemeinen um 7 % und um noch mehr hinsichtlich der Versicherung der Frauen; denn wir haben bereits gesehen (Seite 279, Ziff. 3), dass die mittlere Krankheitsdauer bei den Frauen grösser ist, als bei den Männern. Jede Verkürzung der Unterstützungsdauer trifft somit erstere empfindlicher, als die letzteren; wenn wir also die Mindestdauer der Unterstützung auf nur 6 Monate festsetzen, ermöglichen wir es den Krankenkassen noch mehr, die Frauen zu den gleichen Bedingungen wie die Männer zu versichern.

11. Art. 11 unseres Entwurfes führt eine spezielle Bestimmung zu gunsten der Wöchnerinnen ein; er stellt den Grundsatz auf, dass die anerkannten Kassen den Wöchnerinnen die für einen eigentlichen Krankheitsfall vorgesehenen Leistungen zu gewähren haben.

Von den gegenwärtig bestehenden Krankenkassen mit Frauenversicherung verweigern die meisten jegliche Leistung, wenn eine Arbeitsunfähigkeit infolge Wochenbettes oder Fehlgeburt entsteht, oder sie bestimmen für diese Fälle eine besondere Wartezeit von einigen Wochen. Wenn aber während dieser Wartezeit die Versicherte von einer Krankheit befallen wird, die von ihrem Wochenbett unabhängig ist, so werden die Leistungen für diese Krankheit gewährt. Es braucht nicht auf die Spitzfindigkeit einer solchen Unterscheidung hingewiesen zu werden. In welchem Masse wird z. B. eine Brustfellentzündung oder eine allgemeine Infektion durch ein Wochenbett verursacht oder verschlimmert? Übrigens ist, vom ökonomischen Standpunkte aus betrachtet, die sich aus einem Wochenbett ergebende Arbeitsunfähigkeit die gleiche, wie die wegen einer gewöhnlichen Krankheit. Sie wird sogar noch erschwert durch das Hinzukommen des Neugeborenen, dessen Ernährung und Pflege besondere Kosten nach sich ziehen.

Es scheint uns daher angezeigt, die Mutterschaft zu ehren und zu ermuntern, indem wir für Wöchnerinnen Leistungen vorsehen. Diese Bestimmung, von offenkundig ethischem Werte, bietet vom Standpunkt der Geburtsfrequenz und demjenigen der Gesundheit der kommenden Geschlechter ein grosses Interesse. Sie ist um so mehr am Platze, als eine spezielle und eigene Versicherung für Wöchnerinnen sich kaum in genügendem Masse einbürgern würde. Das Gesetz von 1899 ging vom gleichen Standpunkte aus, wenn es die öffentlichen Kassen und folglich auch die subventionierten freien Kassen (Art. 189) anhielt, den Wöchnerinnen die geburtshilflichen Kosten zu ersetzen und ihnen gegebenenfalls auch ein Krankengeld zu bezahlen (Art. 72). Diese letztere Entschädigung wurde jedoch nur für 6 Wochen im Maximum vorgesehen, während, „wenn die Wöchnerin vor oder im Verlauf des Wochenbettes erkrankte, sie für diese Krankheit auf die gleichen Leistungen, wie in einem andern Krankheitsfalle, Anspruch besass“ (Art. 73), d. h. gegebenenfalls auf ein Krankengeld während eines Jahres. (Art. 56). Es war somit nötig, je nach der Ursache der Arbeitsunfähigkeit einer Wöchnerin zu unterscheiden.

Wir möchten schon hier einen Schritt weitergehen als das Gesetz von 1899, und — auf eine sowieso spitzfindige und vom ökonomischen Standpunkte aus nicht zu begründende Unterscheidung Verzicht leistend — das Wochenbett in Bezug auf die von der Versicherung zu entrichtenden Leistungen einer eigentlichen Krankheit gleichstellen. Es ist übrigens wahrscheinlich, dass bei der praktischen Anwendung des Gesetzes von 1899 die Beschränkung auf 6 Wochen für die Bezahlung des Krankengeldes, bei einem gewöhnlichen Wochenbett, kaum eine praktische Tragweite gehabt hätte. Schon aus dem anormalen Umstande, dass nach Ablauf von 6 Wochen eine Wöchnerin noch nicht genesen wäre, hätte man geschlossen, sie sei „im Verlaufe ihres Wochenbettes erkrankt.“

Durch Art. 11, Abs. 2, vervollständigen wir die Massnahmen zu gunsten der Wöchnerinnen in einem wichtigen, vom Gesetze von 1899 nicht berührten Punkte. Selbst nachdem die Wöchnerin sich erholt hat und physisch wieder arbeitsfähig geworden ist, verbietet ihr manchmal das Gesetz die Wiederaufnahme ihres Berufes noch für eine bestimmte Zeit. So verfügt das Bundesgesetz betreffend die Arbeit in den Fabriken, vom Jahre 1877, in seinem Art. 15, dass eine Arbeiterin nicht vor Ablauf von 6 Wochen seit ihrer Niederkunft wieder in die Fabrik zurückkehren dürfe, während sie doch im allgemeinen nach 18 oder 20 Tagen wiederhergestellt ist.

Der humane Zweck und der Nutzen einer solchen Bestimmung sind unbestreitbar. Es genügt aber nicht, dass der Gesetzgeber die Mutter dem Kinde nach ihrer Wiederherstellung belässt; er hat auch darüber zu wachen, dass die bezweckte Wohltat nicht, infolge der aus dem Arbeitsverbot entstehenden ökonomischen Übelstände, undurchführbar oder illusorisch werde. Nun bringen die Berichte der Fabrikinspektoren mit Nachdruck zur Kenntnis, dass, wenn der vorerwähnte Artikel 15 des Gesetzes von 1877 allzuoft ein toter Buchstabe bleibe, oder wenn seine Vorschriften den Arbeiterinnen selbst als eine unberechtigte Härte erscheine, dies dem Umstande zuzuschreiben sei, dass die durch das Gesetz von der Fabrik ausgeschlossene Wöchnerin den Lohn in einem besonders kritischen Augenblick entbehren muss. Es ist somit an der Zeit, die rein negative Schutzmassnahme, die in diesem Verbot enthalten ist, durch eine Bestimmung, die der durch das Gesetz am Arbeiten verhinderten Wöchnerin zu Hülfe kommt, zu vervollständigen.

Dies sind die Gründe, warum wir vorschreiben, dass, wenn die Wöchnerin zur Zeit, wo sie wieder arbeitsfähig wird, noch gesetzlich verhindert ist, ihren Beruf wieder auszuüben, die Kasse bis zur Aufhebung dieses Hindernisses wenigstens die Hälfte des Krankengeldes zu bezahlen habe. Die Herabsetzung des Krankengeldes scheint uns hier durch die Tatsache gerechtfertigt, dass die physisch nicht arbeitsunfähige Versicherte eine der allgemein geltenden Bedingungen für die Bewilligung des Krankengeldes nicht erfüllt, und dass sie ausserhalb ihres Berufes ihre Zeit anders verwenden kann.

Welches wird, hinsichtlich der erwiesenen Morbidität, die praktische Tragweite der in Art. 11 zu gunsten der Wöchnerinnen enthaltenen Bestimmungen sein? Laut der Fabrikstatistik vom Jahre 1901 sind auf 100 Arbeiterinnen zirka 24 verheiratet und im Alter der Gebärfähigkeit. Es ist anzunehmen, dass das gleiche Verhältnis bei den weiblichen Versicherten allgemein bestehe, da es die Fabrikarbeiterinnen sind, die die grosse Mehrzahl der Versicherten bilden und auch ferner bilden werden. Die Erhebungen des eidgenössischen statistischen Bureaus für die Jahre 1871 bis 1890 (112. Lieferung der Schweizerischen Statistik) zeigen andererseits, dass unter 100 verheirateten und im gebärfähigen Alter stehenden Frauen jährlich 25 Geburten vorkommen. Wenn man diese beiden Faktoren miteinander verbindet, findet man auf je 100 versicherte Frauen und per Jahr 6 Geburten. Wir nehmen an, dass jede Geburt im Durchschnitt eine Arbeitsunfähigkeit von 20 Tagen verursacht, und erhalten so 120 Tage per Jahr auf 100 Versicherte, d. h. für jede Versicherte 1,20 Tage. Hier sind noch diejenigen mit einem halben Krankengeld zu bezahlenden Tage beizufügen, die zwischen der Genesung der Wöchnerin und dem Zeitpunkt liegen, wo das Gesetz ihr erlaubt, ihren Beruf wieder aufzunehmen; laut Fabrikgesetz sind es 22 Tage — nämlich 6 Wochen abzüglich der bereits entschädigten 20 Tage —, die für 11 volle Tage zu berechnen sind. Für 100 Versicherte ergibt das bei 6 Geburten per Jahr 66 Tage, d. h. 0,66 Tage auf 1 Versicherte. Diese letzte Zahl sollte eine Reduktion erleiden, weil die Kassen, die nur Naturalleistungen gewähren, nach der Genesung nichts mehr zu leisten haben werden, und weil ein gesetzliches Hindernis, ihren Beruf gleich nach der Genesung wieder aufzunehmen, nicht für alle Wöchnerinnen bestehen wird.

Somit ergibt sich für die Kassen per versicherte Frau und per Jahr ein Zuwachs von $1,20 + 0,66 = 1,86$ Krankheitstagen in-

folge der Unterstützung von Wöchnerinnen. Selbst wenn man annimmt, dass die Frauen einen Drittel des Gesamtbestandes der Kassen bilden, wird dieser Zuwachs von Krankheit per Versicherten und per Jahr 0,6 Tage ausmachen.

Wir geben uns gerne der Hoffnung hin, dass die freien gegenseitigen Hilfskassen in gerechter Würdigung der wichtigen sozialen Aufgabe, die unser Entwurf ihnen anvertraut, die allgemeine Nützlichkeit und den Billigkeitscharakter der Leistungen an Wöchnerinnen und überhaupt der Frauenversicherung erkennen, und freudig den im Vergleich zum Bundesbeitrag übrigens bescheidenen Opfern zustimmen werden, die diese Massnahmen erfordern.

Kontrolle der Arztetarife; Mitwirkung bei der Unfallversicherung
(Art. 12 und 13.)

1. Es wurde der Wunsch ausgesprochen, der eidgenössische Gesetzgeber möge bei einer Subventionierung der Krankenkassen darauf achten, dass Ärzte und Apotheker, die den Mitgliedern dieser Kassen ihre Hülfe und die nötigen Arzneien erteilen, anständig entschädigt werden. Man hat geltend gemacht, dass gewisse Krankenkassen, in einem übrigens schlecht angebrachten Sparsamkeitsbestreben, von vorneherein den billigsten Ärzten und Apothekern den Vorzug zu geben geneigt seien und so unter den Mitgliedern dieser Berufsarten eine heftige Konkurrenz verursachen, welche ihre materielle und moralische Stellung gefährdet. Indem wir anerkennen, was diese Behauptungen Wahres enthalten, setzen wir (Art. 12) ein Recht zum Rekurs an den Bundesrat gegen die Verträge oder Tarife ein, die, von anerkannten Krankenkassen aufgestellt, keine angemessene Entschädigung für ärztliche Bemühungen und Arzneien vorsehen. Es ist allerdings zu bedauern, dass diese beiden Berufsarten nicht imstande zu sein scheinen, durch ihre individuellen oder gemeinschaftlichen Anstrengungen das zu erreichen, was sie heute von einer gesetzlichen Schutzbestimmung verlangen.

Für die Einzelheiten über Art. 12, s. besonderer Teil, Seite 358.

2. Art. 13 stellt für die anerkannten Krankenkassen die Verpflichtung auf, nach Massgabe von Art. 33 bis 37 bei der Unfallversicherung mitzuwirken. Bei näherer Betrachtung dieser Artikel (s. Seite 328, Ziff. 7) werden wir sehen, worin diese Mitwirkung besteht.

Betonen wir aber jetzt schon, dass sie für die anerkannten Kassen nichts Belastendes hat, dass deren Dienste vollständig entschädigt werden, und dass die Kassen ausserdem gewisse indirekte Vorteile (Propaganda u. s. w.) aus dieser Mitwirkung ziehen. Nichtsdestoweniger ist es notwendig, hier den anerkannten Kassen die Verpflichtung aufzulegen, Beihilfe zu leisten, damit die Unfallversicherungsanstalt, der diese Beihilfe unentbehrlich ist, von Gesetzes wegen darauf zählen kann. Das Gesetz von 1899 (Art. 194, lit. b) enthielt eine gleiche Bestimmung hinsichtlich der freien eingeschriebenen Kassen.

Weitere eventuelle Bedingungen der Anerkennung.

Die bis jetzt geprüften und eingeführten Bedingungen rechtfertigen sich, weil sie auf wesentliche Eigenschaften hindeuten, ohne die eine Kasse nicht verdient, subventioniert zu werden. Anders verhält es sich mit gewissen übrigen Bedingungen, welche man von verschiedenen Seiten den anerkannten Kassen auferlegen möchte, und die wir hier noch zu durchgehen haben.

1. Bei Behandlung von Art. 6 (Seite 270, Ziff. 1) haben wir durch besondere Gründe das Verlangen gerechtfertigt, dass die anerkannten Kassen eine gewisse Freizügigkeit gewähren, d. h. dass sie unter gewissen Umständen und nach gewissen Regeln bisherige Versicherte anderer anerkannter Kassen als Mitglieder aufnehmen. Wir haben schon darauf hingewiesen, dass durch Aufstellung dieser Forderung gegenüber freien Kassen unser Entwurf weiter geht, als das Gesetz von 1899.

Dagegen könnten wir, im allgemeinen, anerkannte Kassen nicht dazu verhalten, diese oder jene Person aufzunehmen. Ein derartiger Zwang wäre nur dann unvermeidlich — und folglich gerechtfertigt —, wenn diese Kassen die einzigen Organe wären, die versicherungspflichtigen Personen zur Verfügung ständen. Diese doppelte Bedingung trifft jedoch nicht zu, da das Bundesgesetz keine Versicherungspflicht ausspricht, und die Kantone durch nichts gehindert sind, öffentliche Kassen zu gründen. Auch das Gesetz von 1899 nötigte eine freie Kasse, selbst wenn sie eingeschrieben war, nicht, eine sogar versicherungspflichtige Person aufzunehmen (Art. 193), und machte, selbst gegenüber einer öffentlichen Kasse, das Beitrittsrecht einer nichtversicherungspflichtigen Person von Alters- und Gesundheitsbedingungen abhängig (Art. 31).

Wollte man grundsätzlich die anerkannten Kassen verpflichten, irgend eine Person zu versichern, so sollten die Bedingungen über Wohnort, Alter, Gesundheit, Beruf etc. genau festgestellt werden, von denen die Kassen die Aufnahme einer Person abhängig machen dürften; es müssten auch für die Versicherungsbeiträge und Eintrittsgelder gewisse Maxima bestimmt werden. Dazu käme aber noch die Zuteilung der Personen, die zu den vom Gesetze festgesetzten Bedingungen von keiner Kasse gerne aufgenommen würden. Die Annahme dieser lästigen Risiken ist nämlich nur in der Masse möglich, als durch die Versicherung guter Risiken ein Ausgleich stattfindet. Deswegen kann eine Kasse nur dann verpflichtet werden, unter gewissen Umständen und zu gewissen Bedingungen selbst lästige Risiken aufzunehmen, wenn andererseits unter denselben Umständen für die guten wie schlechten Risiken die Verpflichtung besteht, in diese Kasse einzutreten, d. h. wenn die Antiselektion nicht zu befürchten ist, die sich daraus ergeben würde, dass jeder Einzelne der Versicherung fernbleiben, oder seinen Versicherer selbst wählen könnte. Freie Kassen, bei denen niemand gezwungen ist, sich zu versichern, können deshalb auch nicht verpflichtet werden, jemanden zu versichern.

Infolge der Konkurrenz und ohne Aufnahmezwang werden die Krankenkassen sich sowieso entgegenkommend zeigen. Schon jetzt zielen ihre Anstrengungen auf eine intensivere Rekrutierung hin. Sind einmal ihre Grundlagen durch die allgemeine Zunahme des Bestandes befestigt, die sowohl die Subventionierung, als auch der bessere moralische Kredit der Versicherung herbeiführen werden, so können sie sich noch freigebiger, als heute, bezüglich der sanitärischen Aufnahmebedingungen zeigen. Sie werden eingedenk sein, dass von der Weitherzigkeit bei der Aufnahme, nämlich von der Masse, in welchem die freien Kassen dem Versicherungsbedürfnis der ganzen Bevölkerung entsprechen werden, in Zukunft die Möglichkeit der Verzichtleistung auf die Schaffung öffentlicher Kassen abhängt.

2. Eine ganze Reihe anderer Punkte könnten, und sollten nach gewissen Ansichten, Gegenstand weiterer Bedingungen für die Anerkennung einer Kasse sein, so z. B.:

Verfahren beim Bezug der Beiträge.

Enthebung von der Beitragspflicht während einer Krankheit.

Kontroll- und Meldedienst.

Entrichtung von Leistungen bei anderweitig versicherten Unfällen oder solchen, die Anlass zur Haftbarkeit seitens eines Dritten geben; in Fällen von Erkrankung im Militärdienst, von Verhaftung des Versicherten, von Simulation, oder Verheimlichung einer schon bei der Aufnahme vorhandenen Krankheit.

Verwirkung der Ansprüche infolge eigenen Verschuldens (Nachlässigkeit, Trunksucht, venerische Krankheit, Keilerei, Vergehen), infolge verspäteter Einzahlung der Beiträge oder verspäteter Anzeige, infolge Ungehorsams gegenüber dem Arzte, oder wegen Inanspruchnahme eines nicht autorisierten Arztes oder Apothekers.

Freie Wahl des Arztes und des Apothekers (gänzliche oder begrenzte freie Wahl, Tarifsysteem); nicht patentierte Ärzte und Apotheker.

Ausschluss des Versicherten wegen rückständiger Zahlung der Beiträge, Verletzung anderer Pflichten u. s. w.

Freiwilliger Austritt.

Leistungen für eine nach dem Austritt aufgetretene Krankheit (Nachgenuss).

Rekurs der Kasse gegen verantwortliche Dritte.

Rechnungswesen, Deckung eines Defizits, Hinterlegung der Wertschriften bei einer Bank.

Zusammensetzung und Verfahren der Kassenorgane (Ausschuss, Generalversammlung etc.).

Kompetente Organe für die Bestimmung der Beiträge und Eintrittsgelder, für Aufnahmen und Ausschlüsse, für die Festsetzung der Leistungen und den Entscheid über Verwirkung, für die Genehmigung der Rechnungen und die Revision der Statuten, für die Schlichtung von Streitigkeiten.

3. Indem man über alle diese Punkte Bestimmungen als ebensoviele Bedingungen der Anerkennung aufstellte, käme man dazu, ein eigentliches Gesetzbuch zwingenden Rechts über Krankenversicherung zu erlassen.

Bestimmungen über die gegenseitigen Pflichten der Kassen und Versicherten gehören im Prinzip eher in den Rahmen eines Gesetzes über den Versicherungsvertrag. Und doch schliesst der Entwurf eines solchen Gesetzes, das gerade jetzt Ihrer Beratung

unterbreitet ist, die lokalen Hilfsgesellschaften aus seinem Anwendungsbiet aus (Art. 79). Unsere Botschaft vom 2. Februar 1904 begründet diesen Ausschluss wie folgt (Bundesbl. 1904, I, 265): „Zahlreichen kleineren Verbänden (Sterbekassen, Unterstützungskassen etc.) ist nun eine der Versicherung ähnliche ökonomische Zweckrichtung — Sicherung unserer wirtschaftlichen Existenz — eigen. Diese sogenannten Versicherungsvereine entbehren jedoch aller Technik und Erfahrungen; sie begnügen sich damit, die Schäden planlos unter die Verbandsmitglieder zu repartieren. Die Tätigkeit dieser Verbände hat daher mit der Versicherung nichts zu schaffen. Die von derartigen Vereinen ausgehenden Verträge können nicht unter das Versicherungsgesetz fallen. Tatsächlich wären gerade die wichtigsten, auf die Versicherungstechnik gegründeten Bestimmungen auf sie nicht anwendbar.“

Die Zukunft wird vielleicht infolge der durch die anerkannten Kassen verwirklichten Verbesserungen gestatten, das soeben gelesene strenge Urteil abzuändern, und die Anwendung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag wenigstens teilweise auf diese Kassen auszudehnen. Es wäre aber jedenfalls wenig logisch — heutzutage, wo man darauf verzichtet, in Sachen der Krankenversicherung Bestimmungen privatrechtlicher Natur in das Gesetz aufzunehmen, in das diese Bestimmungen eher gehören —, sie dann einem Gesetz ganz anderer Art einzuverleiben.

Das Gesetz von 1899 (Art. 189 bis 205) bestimmte die verschiedenen vorerwähnten Punkte für die freien, selbst eingeschriebenen Kassen ebenfalls nicht; es ordnete sie nur für die öffentlichen Kassen, weil, da es diese Kassen selbst schuf, es sie von Grund aus organisieren musste.

Wenn man heute alle diese Punkte bestimmen wollte, so würde man den Umfang des Gesetzes um vieles vergrößern und zu einem Zustand gelangen, bei dem von „freien“ Kassen nicht mehr ernstlich die Rede sein könnte.

Es ist übrigens angezeigt, solche Bedingungen aufzustellen, die für den verfolgten Zweck, d. h. für die Verbreitung einer Versicherung von genügendem ökonomischen Wert als wesentlich erscheinen. Dagegen hiesse es die Selbstverwaltung der Kassen, welche die Grundlage eines einfachen Aufsichts- und Subventionssystems sein soll, verkennen, wenn man ihnen eine bestimmte Lösung untergeordneter Fragen vorschreiben wollte, welche Lösung wünschbar, doch nicht die einzig annehmbare ist. Dr.

Hæberlin sagt in vortrefflicher Weise (Seite 98 seiner unter Nr. 4 unserer Bibliographie erwähnten Broschüre): „Es handelt sich um die Erstellung eines Gebäudes, in welchem zahlreiche kleine, in ihren Ansichten und Gewohnheiten oft weit auseinandergelungene, bis heute sich frei entwickelnde Familien Aufnahme finden müssen. Die Hausordnung muss daher den bestehenden Verschiedenheiten billig Rechnung tragen, damit die Familien einziehen und sich im gemeinsamen Hause wohl befinden. Erst später, nach längerem Zusammenleben und -arbeiten wird es dann möglich sein, die Hausordnung nach einheitlicheren Grundsätzen zu gestalten.“

Es darf übrigens nicht vergessen werden, dass in jeder Kasse die Versicherten als Gesamtheit die Form ihrer Versicherung selbst bestimmen. Wenn somit eine an sich kritisierbare Vorschrift eingeführt oder beibehalten wird, geschieht dies wahrscheinlich, weil sie gerade denjenigen passt, auf die sie Anwendung findet. Diese Erwägung trifft allerdings bei gewissen Fabrikkrankenkassen nicht zu, denen alle Fabrikarbeiter beizutreten und Beiträge zu bezahlen haben, ohne sich genügend an der Verwaltung beteiligen zu können. Doch wollen wir wegen dieses speziellen Ausnahmefalles in unserm Entwurf nicht Bestimmungen aufnehmen, welche die Einzelheiten der Versicherung für alle anerkannten Kassen ordnen würden. Es ist vielmehr Sache der Fabrikgesetzgebung, den Arbeitern einen angemessenen Einfluss in der Verwaltung der Fabrikkrankenkassen einzuräumen. Der Entwurf eines neuen Bundesgesetzes betreffend die Arbeit in den Fabriken, vom eidg. Fabrikinspektorat ausgearbeitet, betrifft gerade diesen Weg, indem er in seinem Art. 10 vorschreibt:

„Die Kantonsregierungen haben alljährlich die Rechnungen derjenigen Fabrikkrankenkassen, in welche die Arbeiter Beiträge leisten, zu prüfen, sowie für Sicherstellung des daherigen Vermögens Sorge zu tragen.

Der Fabrikhaber ist gehalten, den beteiligten Arbeitern Einsicht in die von ihm über diese Kassen geführten Rechnungen zu gewähren.“

Beiträge an die anerkannten Kassen.

Ordentlicher Beitrag (Art. 19).

1. Das Gesetz vom Jahre 1899 (Art. 78) bestimmte, dass der Bundesbeitrag, von wenigstens 1 Rappen pro Tag der Versicherung, auf dem Budgetwege oder durch Bundesbeschluss

festgestellt werde. Der Entwurf des Bundesrates vom Jahre 1896 (Art. 68, s. auch Botschaft, Bundesbl. 1896, I. 284, Ziff. 25) hatte im Gegenteil die Festsetzung des Bundesbeitrages durch das Gesetz selbst vorgesehen. Wir möchten zu dieser Art des Verfahrens zurückkehren. Der Betrag der Subventionseinheit übt tatsächlich einen Haupteinfluss auf die finanzielle Tragweite des Gesetzes aus, und zwar in doppelter Weise. Von ihm hängt nicht allein die Gesamtausgabe ab, die einer bestimmten Zahl von subventionierten Versicherten entspricht, sondern er beeinflusst ihre Zahl selbst. Denn je höher der Bundesbeitrag, um so grösser die Zahl der Kassen, die dank demselben die Subventionsbedingungen erfüllen und infolge dessen auf den Beitrag Anspruch erheben können.

Andererseits müssen die anerkannten Kassen auf die Stabilität eines Bundesbeitrages zählen können, den sie bei Festsetzung ihrer Versicherungsbeiträge in Anrechnung bringen. Wenn der Bund von einem bestimmten Zeitpunkte an den Betrag seiner Subvention herabsetzte, würde er gewisse Kassen nötigen — unter Missachtung des Begriffes Versicherung —, während der Vertragsdauer die garantierten Leistungen ebenfalls zu reduzieren, oder die vereinbarten Beiträge zu erhöhen. Und wenn, behufs Vermeidung dieser Konsequenzen, die Reduktion der Subsidien nicht auf die bestehenden Versicherungen, sondern einzig auf die zukünftigen angewendet werden sollte, so würde man in unentwirrbare Komplikationen geraten.

Die Höhe und die Stabilität des Beitrages haben somit für den Staat und die Kassen eine derartige Wichtigkeit, dass derselbe durch das Gesetz selbst bestimmt werden soll, und nicht dem Zufall alljährlich wiederkehrender Verhandlungen ausgesetzt werden darf.

2. In Anbetracht seines Zweckes selbst soll der Bundesbeitrag in einem gewissen Verhältnis zur Höhe der subventionierten Versicherung sein. Das Gesetz von 1899 (Art. 78) sah eine gleichmässige und unveränderliche Bundessubvention vor, während wir heute — aus dem vorerwähnten Grunde — eine stufenweise Steigerung je nach der Höhe der Versicherung einsetzen. Ein einheitlicher Bundesbeitrag hat den Nachteil, entweder zu stark für die kleinen Versicherungen oder zu schwach für die Versicherungen von höherem Betrage zu sein. Die Abstufung des Bundesbeitrages gestattet dagegen, schon die ganz

kleinen Versicherungen angemessen zu unterstützen, ohne deshalb den höheren ungerecht zu werden.

Wenn also der Bundesbeitrag proportional und nicht einheitlich sein soll, so gehört es sich andererseits, dass auch die Proportion nicht unveränderlich, sondern degressiv sei. Denn, wenn der Staat Ursache hat, durch Subsidien von höherem Werte zu höheren Versicherungen zu ermutigen, so steht jedoch fest, dass die Nutzniesser dieser Versicherungen in relativ geringerem Masse, als die kleinen Versicherten, eine Unterstützung nötig haben. Das Beitragsverhältnis muss daher für die höhern Versicherungen geringer sein, als für die kleinern. Wir erhalten diese Degression (Art. 19, Abs. 1 und 2), indem wir die Beitrags-einheit (1 Rappen per Tag) denjenigen Versicherungen gewähren, welche die Einheit der Leistungen (ärztliche Behandlung und Arznei oder 1 Fr. Krankengeld) darstellen — und indem wir nur $1\frac{1}{2}$ mal die Beitragseinheit denjenigen Versicherungen entrichten, die wenigstens zweimal die Einheit der Leistungen darstellen. Wie nachfolgendes Beispiel zeigt, hält die Degression die Mitte zwischen dem System der Unveränderlichkeit und demjenigen der strikten Proportionalität:

Höhe der Versicherung	Jährliche Kosten	Unveränderlicher Bundesbeitrag		Degressiver Bundesbeitrag		Proportionaler Bundesbeitrag	
		Fr.	in % der Kosten	Fr.	in % der Kosten	Fr.	in % der Kosten
1	7. 65	3. 65	48	3. 65	48	3. 65	48
2	15. 30	3. 65	24	5. 48	36	7. 30	48

Die Degression des Beitrages und ihre Art treten in Art. 19, Abs. 1 und 2, klar hervor; das angenommene System ist einfach und leicht anwendbar. Bei einer Kasse, deren Mitglieder für Beträge von verschiedener Höhe versichert sind, wird es möglich sein, zu individualisieren, d. h. die Versicherten bezüglich des Bundesbeitrages verschieden zu behandeln. Eine Kasse z. B., die 200 Versicherte zu 1 Fr. und 100 Versicherte zu 2 Fr. zählt, wird 200mal Fr. 3. 65 und 100mal Fr. 5. 48 (und nicht 300mal Fr. 3. 65 oder Fr. 5. 48) erhalten.

3. Man hätte die Abstufung des Bundesbeitrages weiter führen können, als wir es getan haben, indem man z. B. drei Beträge der Versicherung (Fr. 1, Fr. 2 und Fr. 3 oder mehr) vor-

gesehen und der dritten Klasse $1\frac{3}{4}$ statt $1\frac{1}{2}$ Rappen zugesprochen hätte. Diese ausgedehnte Abstufung hätte den Vorzug gehabt, die Abnahme des Beitrages für die Versicherungen von Fr. 3 oder mehr weniger schroff zu machen, wie nachfolgende Tabelle zeigt:

Höhe der Versicherung	Jährliche Kosten	Angenommenes System		Erweiterte Abstufung	
		Bundesbeitrag	in % der Kosten	Bundesbeitrag	in % der Kosten
Fr.	Fr.	Fr.		Fr.	
1	7. 65	3. 65	48	3. 65	48
2	15. 30	5. 48	36	5. 48	36
3	22. 95	5. 48	24	6. 39	28
4	30. 60	5. 48	18	6. 39	21

Wir haben uns jedoch mit zwei Klassen begnügt. Denn die Abstufung, die sowieso einmal aufhören muss, darf nicht zu viele Klassen aufweisen, wenn sie nicht zu Komplikationen führen soll. Ein täglicher Beitrag von mehr als $1\frac{1}{2}$ Rappen wäre übrigens für den Bund zu kostspielig; endlich wird die Beschränkung auf zwei Klassen einzig die Folge haben, den Teil des Versicherungsbetrages ohne Bundesbeitrag zu belassen, der über Fr. 2 hinausgeht.

Es ist auch schon der Gedanke ausgesprochen worden, den Versicherungen, die einen gewissen Betrag, z. B. Fr. 3, überschreiten, überhaupt keinen Bundesbeitrag zu gewähren. Dieser Gedanke erscheint uns nicht als gerechtfertigt. Die wenigen Versicherungen, die Fr. 4 oder Fr. 5 erreichen, haben an sich noch nichts so luxuriöses, dass sie dem allgemeinen Interesse fremd oder sogar zuwiderlaufend wären. Es genügt, dass diese Versicherungen, wie wir es festsetzen, nur für Fr. 2 unterstützungsberechtigt sind, d. h. in einem geringeren Verhältnis, als die Versicherungen von Fr. 2 oder besonders von Fr. 1. Auch in den Fiskalgesetzen, die ein gewisses „Existenzminimum“ von der Steuer befreien, wird den Steuerpflichtigen, deren Einkommen soundsoviel übersteigt, dieser Steuerabzug nicht verweigert. Man begnügt sich mit der Tatsache, dass für diese Steuerpflichtigen der steuerfreie Betrag einen kleinern Teil ihres Gesamteinkommens ausmacht.

4. Wie schon bei Besprechung der Mindestleistungen (Seite 284, Ziff. 7) bemerkt worden ist, werden die Kassen, die

ärztliche Behandlung und Arznei liefern, im weitem Masse unterstützt werden, als die Versicherungen von Krankengeld. Wir geben nämlich denselben Beitrag für eine Naturalversicherung, wie für eine Versicherung von Fr. 1 in bar, obschon die erstere nur ungefähr 80 Rappen darstellt. Die nachfolgende Tabelle zeigt für verschiedene Fälle den Vorteil, der den Naturalversicherungen zu gute kommt.

	Jährliche Kosten	Bundesbeitrag			Jährliche Kosten	Bundesbeitrag	
		Fr.	in %/o der Kosten			Fr.	in %/o der Kosten
Arzt- und Arzneikosten (Fr. 0. 80)	} 6. 12	} 3. 65	} 60	1 Fr. Krankengeld	} 7. 65	} 3. 65	} 48
Arzt- und Arzneikosten + 1 Fr. Krankengeld (Fr. 1. 80)				2 Fr. Krankengeld			
Arzt- und Arzneikosten + 2 Fr. Krankengeld (Fr. 2. 80)				3 Fr. Krankengeld			
Arzt- und Arzneikosten + 3 Fr. Krankengeld (Fr. 3. 80)				4 Fr. Krankengeld			
	13. 77	5. 48	40		15. 30	5. 48	36
	21. 42	5. 48	26		22. 95	5. 48	24
	29. 07	5. 48	19		30. 60	5. 48	18

Durch die doppelte Tatsache der Degression des Beitrages und des Minderwertes der verlangten Leistungen — wenn es eine Naturalversicherung ist — erfüllen wir den Wunsch, besonders den „Unbemittelten“ die Versicherung ihrer ärztlichen Behandlung zu erleichtern.

5. Wir haben hinsichtlich des Bundesbeitrages noch einige Ansichten zu besprechen, denen wir nicht zustimmen können.

a. Da die Ausbreitung der Versicherung das verfolgte Ziel ist, so soll der Bundesbeitrag pro Versicherten berechnet werden. Jede andere Grundlage ist nicht gerechtfertigt und

widersprüche sogar dem gesteckten Ziele. Wenn beispielsweise der Bundesbeitrag an die Krankenversicherung per Kopf der Bevölkerung berechnet würde, so hätten die gegen Krankheit Versicherten ein direktes Interesse an der Nichtverbreitung der Versicherung, damit die den Beitrag bildende Summe sich unter möglichst wenig Personen verteile. In Sachen der Verteilung der Alkoholeinnahmen oder bei Subventionierung der Volksschule, wo die eidgenössische Gesetzgebung die Bevölkerungszahl zur Grundlage nimmt, können derartige Einwände diesem System gegenüber nicht gemacht werden.

b. Wir weisen ebenfalls den Gedanken zurück, zwischen der Bundessubvention an die Krankenversicherung und den allfälligen Subventionen der Kantone, der Gemeinden etc. zu demselben Zweck eine Wechselbeziehung vorzusehen. Auf solche Weise erleichterte man in höherem Masse die Versicherungen, die schon durch andere Beiträge billiger gemacht wären, und verminderte den Bundesbeitrag für die Versicherten, die ihn am allernötigsten hätten. Dieses System wurde auch für die Bundessubvention an die Primarschule abgelehnt; wenn es auf anderen Gebieten Anwendung findet, so geschieht es aus besondern Gründen, die hier nicht zutreffen.

Wir würden allerdings gerne sehen, dass die Kantone ihrerseits die Krankenversicherung unterstützten, aber diese Unterstützung kann durch die Bundesgesetzgebung nicht vorgeschrieben werden. Einer der Gründe der Verwerfung des Gesetzes von 1899 bestand in der Tatsache, dass durch dasselbe (Art. 85 und 98) die Kantone mit den Defiziten der Kreiskrankenkassen und der eventuellen Bezahlung der Versicherungsbeiträge für gewisse obligatorisch Versicherte belastet wurden. Gegenwärtig ist Genf der einzige Kanton, der die Krankenversicherung allgemein unterstützt; die Frage ist hängend in andern Kantonen; doch ist es zweifelhaft, ob der Stand der kantonalen Finanzen überall eine Lösung im behandelnden Sinne gestatte.

c. Wir würden keinen genügenden Grund, wohl aber eine grosse Komplikation darin sehen, dass Personen, die gewissen Berufsarten angehören, ein besonderer Beitrag zuerkannt würde. Entgegen dem Entwurf des Bundesrates hat das Gesetz von 1899 (Art. 78) „für die der Landwirtschaft, dem Handwerk und dem Kleingewerbe angehörenden obligatorischen Mitglieder einen weitem Beitrag von einem Rappen für jeden Tag der Mitgliedschaft“ in Aussicht gestellt; aber die tatsächliche Bewilligung dieses Beitrages bildete nur eine Befugnis der Bundesversammlung.

Schon die Botschaft von 1896 (Bundesbl. 1896, I, 284) hatte nachstehende Erwägungen gegen die Idee einer Vorzugsbehandlung geltend gemacht, die darin bestanden hätte, dass nur den Versicherten der Landwirtschaft ein Bundesbeitrag zukommen sollte. Nichts beweise, dass diese Klasse unserer Bevölkerung mehr als andere diese Subsidien nötig habe, und es würde sich somit eine Massregel nicht rechtfertigen, die nur einer Kategorie von Personen zu gute käme, während die Gesamtheit der Steuerzahlenden die Kosten trüge.

d. Wir haben gesehen (Seite 279, Ziff. 3), dass die Morbidität des einen und des andern Geschlechts sich so ziemlich die Wage hält. Schon aus diesem Grunde liegt keine Veranlassung vor, einen besondern Beitrag für die Frauenversicherung vorzusehen.

e. Das Gesetz von 1899 (Art. 78 und 189) gewährte den öffentlichen und freien Kassen Beiträge nur für ihre obligatorisch versicherten Mitglieder und für ihre schweizerischen freiwillig Versicherten. Wir möchten hier weiter gehen, indem wir im Prinzip bezüglich des Beitrages auf jede Unterscheidung nach Nationalität der Versicherten verzichten. Eine derartige Unterscheidung zöge Komplikationen nach sich und machte eine weitere Kontrolle nötig. Übrigens tragen die bei uns niedergelassenen Fremden zum allgemeinen Wohlstand bei. Für ein fortschrittliches Land, dessen Bürger in grosser Zahl im Ausland niedergelassen sind, geziemt es sich, ein Beispiel von Weitherzigkeit auf dem Gebiete zu geben, das uns hier beschäftigt, und es wird genügen, dass man den Kassen keine Beiträge gewährt, die sich weigern sollten, Schweizer aufzunehmen (Art. 7). Im Kanton Genf, wo doch fremde Versicherte in starkem Verhältnis vertreten sind, verweigert ihnen das Gesetz von 1903 die Wohltat des kantonalen Beitrages ebenfalls nicht.

Die grundsätzliche Gleichbehandlung von Fremden und Einheimischen in der Schweiz gestattet es, eine ausnahmsweise unterschiedliche Behandlung der Angehörigen derjenigen Länder vorzusehen, die gegenüber der Schweiz kein Gegenrecht ausüben würden (Art. 91, Seite 397). Dadurch werden wir leichter erreichen, dass die im Auslande niedergelassenen Schweizer in Sachen der sozialen Gesetzgebung in gleicher Weise behandelt werden, wie die Angehörigen der Länder, in denen sie leben.

f. Endlich weisen wir auch den Gedanken zurück, den Kassen einen höheren Beitrag zu gewähren, wenn die Versicherung durch die Kantone zu einer obligatorischen gemacht wird.

Eine Unterscheidung dieser Art wäre nicht gerechtfertigt. Man kann sogar sagen, dass eine rein freiwillige Versicherung auf eine individuelle Anstrengung des Versicherten hindeutet, und dass sie aus diesem Grunde eher, als eine obligatorische Versicherung, verdient, subventioniert zu werden.

Besonderer Beitrag (Art. 20).

1. Schon das Gesetz von 1899 (Art. 60) sah zu gunsten der Kassen, für die infolge topographischer Verhältnisse die Gewährung ärztlicher Behandlung und Arznei besonders hohe Kosten verursacht, einen angemessenen Beitrag an die Mehrkosten vor.

In den Gegenden, wo die Bevölkerung wenig dicht und die Verbindungen schwierig sind, d. h. namentlich in den Berggegenden, verwendet der zu einem Kranken gerufene Arzt oft einen halben oder gar einen ganzen Tag für diesen einzigen Besuch. Die Kosten des Besuches sind dementsprechend, und da die Bevölkerung dieser Gegenden im allgemeinen arm ist, so wird der Arzt nur im äussersten Notfall und sehr oft zu spät gerufen. Um sich vom Mangel der ärztlichen Hilfeleistung einen Begriff zu machen, genügt es, festzustellen, dass in gewissen Gegenden unseres Landes 70 bis 80 % der Todesfälle nicht einmal Anlass zu einem ärztlichen Zeugnis geben (siehe „Entlegene Gebiete und ärztliche Hilfe“, veröffentlicht vom eidgenössischen Industriedepartement, 1897).

Wir betrachten es als eine Pflicht eidgenössischer Solidarität, in den Gegenden, wo die Bewohner mit ganz besondern Schwierigkeiten zu kämpfen haben, durch einen vermehrten Bundesbeitrag die Versicherung speziell zu erleichtern. Gründe gleicher Natur haben den Bund veranlasst, in Sachen der Subventionierung der Volksschule gewissen Bergkantonen einen Mehrbeitrag zu gewähren (Gesetz vom 25. Juni 1903, Art. 4, Abs. 3).

2. Während das Gesetz von 1899 sich darauf beschränkte, seitens des Bundes die Entrichtung „angemessener Beiträge“ an die Mehrkosten zu bestimmen, halten wir es für opportun, im Gesetze selbst das Maximum des besondern Beitrages festzusetzen. Diese Festsetzung hat den Vorzug, dem Bundesrat sowohl eine Wegleitung, als auch gegen übertriebene Anforderungen einen Rückhalt zu bieten.

Gleich wie der gewöhnliche Beitrag und aus demselben Grunde muss auch der besondere Beitrag sich nach der Zahl der Versicherungstage richten.

Der Bundesrat wird für jede einzelne Kasse den Bundesbeitrag festsetzen, indem er den besonderen Umständen Rechnung trägt. Er kann es zum voraus für einen oder mehrere Jahrgänge tun, oder jeweilen nach Ergebnis eines Jahrganges.

Eventueller Beitrag für die unentgeltliche Krankenpflege.

1. Dem Prinzip der Organisation oder der Subventionierung der Krankenversicherung hat man die Idee der Einführung oder Unterstützung der unentgeltlichen Krankenpflege beigesellt oder entgegengestellt.

a. Infolge einstimmigen Beschlusses der ausserordentlichen Tagung des schweizerischen Arbeiterbundes, der in Zürich am 5. November 1893 im katholischen Vereinshause tagte, wurde eine Volksinitiative organisiert zum Zwecke, dem Art. 34 bis der Bundesverfassung folgenden Zusatz beizufügen: „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“ (Der Rest des Textes der Initiative betraf die Organisation dieses Monopols.)

Trotz eifriger Propaganda vereinigte diese Bewegung, „Initiative Greulich“ genannt, nur 39,746 Unterschriften und musste daher fallen gelassen werden.

b. Am 1. Juni 1900 richtete Herr Stüssi, Staatsschreiber in Zürich, eine Denkschrift an die Bundesversammlung, betitelt: „Einige Gedanken zur Gestaltung der schweizerischen Kranken- und Unfallversicherung“. (Diese Denkschrift wurde in den „Monatsblättern des schweizerischen Arbeitersekretariats“, Nummer des 3. Oktober 1900, abgedruckt.)

Nach dem Verfasser sollte die der neuen Organisation zu Grunde zu legende Formel folgendermassen lauten: „Der Bund erfüllt die ihm durch Art. 34 bis auferlegte Verpflichtung der

Krankenversicherung dadurch, dass er jedem Kanton auf je 2000 Einwohner Fr. 5000 per Jahr ausrichtet, sofern der Kanton die Verpflichtung übernimmt, allen seinen Einwohnern unentgeltlich ärztliche Behandlung und die nötigen Heilmittel zur Verfügung zu stellen.“

Im Februar 1901 hat das Arbeitersekretariat einer Anzahl Krankenkassen die Denkschrift Stüssi übermittelt und darüber eine Enquete eröffnet. Von 1327 befragten Kassen haben sich 296 im Prinzip mit dem Vorschlag Stüssi einverstanden erklärt, 38 waren dagegen, 84 erklärten, sich enthalten zu wollen, und 909 gaben überhaupt keine Antwort.

c. In einer am 30. November 1902 in Olten stattgefundenen Versammlung von Delegierten der Hilfskassen wurde einstimmig ein Vorschlag, „Oltener Kompromiss“ genannt, angenommen, laut welchem der Bund den Kantonen Subventionen zu entrichten hätte, die diese nach freiem Ermessen zur Förderung der Krankenversicherung oder zur unentgeltlichen Krankenpflege würden verwenden können.

d. Auf Grund dieses Kompromisses hat Herr Gottfried Heer in Betschwanden einen Entwurf zu einer Volksinitiative ausgearbeitet, der dem Art. 34 bis folgenden Wortlaut geben sollte: „Der Bund richtet an die Kantone für den Zweck der Kranken- und Invalidenversicherung und der Krankenpflege Subventionen aus im Verhältnis von Fr. 2500 auf 1000 Einwohner. Kantone, welche Anspruch auf den vollen Betrag dieser Subvention machen, haben nachzuweisen, dass sie durch Staat, Gemeinden, Korporationen und die Versicherten selbst mindestens einen gleichen Betrag für die genannten Zwecke aufwenden. Sollten einzelne Kantone weniger verwenden, so erhalten sie bloss einen ihren Leistungen entsprechenden Beitrag.“

„Es steht den Kantonen frei, die vom Bunde erhaltenen Subventionen entweder für Unterstützung der bestehenden und noch zu gründenden Krankenkassen oder für unentgeltliche Arzney zu verwenden. Nur solche Krankenkassen haben Anspruch auf Subvention, die entweder einem die ganze Schweiz umfassenden Freizügigkeitsverband angehören oder ihren den Versicherungskreis verlassenden Mitgliedern die Unterstützung im ganzen Gebiet der Schweiz gewähren. Die unentgeltliche

Arznung muss allen Einwohnern, deren Einkommen einen durch die Kantone zu bestimmenden Betrag nicht übersteigt, zu gute kommen.

„Die Kantone sind verpflichtet, über die Verwendung der Bundessubvention genaueste Rechnung abzulegen und die subventionierten Krankenkassen zu überwachen.

„Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Unfallversicherung einrichten.“

Der Gedanke der Anhandnahme dieser Initiative wurde durch das schweizerische Zentralkomitee der gegenseitigen Hilfskassen in Olten am 8. November 1903 geprüft. Die Frage blieb aber pendent. Herr Heer hat vor demselben am 16. Oktober 1904 in Olten versammelten Komitee seinen Initiativentwurf auseinandergesetzt und dessen Anhandnahme vorgeschlagen. Das Komitee beschloss jedoch Vertagung, ohne sich über das Prinzip auszusprechen. Am 24. April 1905 wurde schliesslich die Initiative Heer von deren Verfasser und den Herren Decurtins und Greulich am Arbeitertag in Olten warm empfohlen, aber auch hier wurde Vertagung beschlossen.

2. Wir könnten kein System befürworten, gemäss dem die Unentgeltlichkeit der ärztlichen Behandlung an Stelle der Krankenversicherung oder auf gleiche Linie mit ihr gesetzt würde, sei es in dem Sinne, dass — nach der Initiative Greulich — der Bund die Unentgeltlichkeit nebst der Versicherung einrichte, oder — nach dem Vorschlage Stüssis — dass die erstere an Stelle der zweiten trete, oder endlich — nach dem Oltener Kompromiss und dem Initiativentwurf Heer — dass es von den Kantonen abhinge, die Bundessubvention nach freiem Ermessen entweder der Unentgeltlichkeit oder der Versicherung zuzuwenden.

a. Ein solches System wäre mit Art. 34 bis der Bundesverfassung unvereinbar. Weder nach dem Geiste, d. h. der Entstehungsgeschichte dieses Artikels, noch nach dem alltäglichen oder technischen Sprachgebrauch kann die Unentgeltlichkeit der ärztlichen Hilfeleistung als eine Kranken-„Versicherung“ angesehen werden. Die Versicherung setzt eine Vereinigung von Personen voraus, mit dem Zwecke der Deckung eines möglichen Schadens vermittelt Prämien, die dem Risiko jedes Versicherten entsprechen. Wollte man den Beitrag eines jeden Bürgers an die Steuern oder an die Zollergebnisse als eine Versicherungsprämie betrachten, die man dem mit der Unentgeltlichkeit belasteten

Gemeinwesen bezahlt, so könnte man sämtliche Einrichtungen des Staates als Gegenstand einer „Versicherung“ ansehen. Dies hiesse offenbar dem gewohnten Begriff der Versicherung Gewalt antun. Die Prämie dieser angeblichen „Versicherung“ der ärztlichen Hilfeleistung wäre übrigens für jeden Versicherten im umgekehrten Verhältnis zu seinem Risiko, denn die Bürger, welche die höchsten Steuern bezahlen, sind gerade die, welche man von der Unentgeltlichkeit ausschliesse, oder auf deren freiwilligen Verzicht man rechnete.

Indem sie für die Erfüllung ihrer Wünsche eine Verfassungsrevision vorsehen, haben die Urheber der Initiative Greulich und des Initiativentwurfes Heer selbst anerkannt, dass die Organisation oder Subventionierung der unentgeltlichen Krankenpflege durch den Bund — auf gleicher Linie wie die der Krankenversicherung — mit Rücksicht auf Art. 34 bis in seiner gegenwärtigen Fassung nicht statthaben könne.

b. Die bestehende konstitutionelle Unmöglichkeit, die Idee Stüssis oder den Oltener Kompromiss zu verwirklichen, macht eine Darlegung der allgemeinen Gründe ökonomischer oder moralischer Art überflüssig, die, selbst wenn die Verfassung die Gleichstellung der Unentgeltlichkeit mit der Versicherung zuliesse, uns bestimmten, sie zu verwerfen.

c. Die Volkstümlichkeit des Gedankens der unentgeltlichen Krankenpflege ist übrigens sehr fragwürdig. Obschon aus dem einstimmigen Beschluss eines Arbeitertages, an dem 494 Delegierte von 190,913 Mitgliedern teilnahmen, entsprungen, hat die Initiative Greulich vom Jahre 1893, trotz eifriger Propaganda, nicht einmal die 50,000 Unterschriften zusammenbringen können, die nötig gewesen wären, um sie der Abstimmung des Volkes und der Kantone zu unterbreiten.

Andererseits hat der Vorschlag Stüssi, der vom Arbeitersekretariat bei Eröffnung seiner Enquete von 1901 den Kassen so warm als „die einzig richtige Basis einer gegenwärtig ausführbaren obligatorischen Krankenversicherung“ empfohlen wurde, nur die Zustimmung von 296 Kassen auf sich vereinigt. Von den 38, die verneinend antworteten, gar nicht zu reden, ist es erlaubt, geringe Begeisterung für den Vorschlag Stüssi bei den 84 Kassen anzunehmen, die sich zu enthalten erklärten, und bei den 909, die gar keine Antwort gaben. Was die 487 Kassen betrifft, die vom Sekretariat nicht befragt wurden, so ist kein Grund vorhanden, anzunehmen, dass sie gerade wahr-

scheinliche Anhänger der Unentgeltlichkeit waren. Wie dem auch sei, die dem Vorschlag Stüssi im Prinzip zustimmenden Kassen machen nur 71 % der die Enquete beantwortenden Kassen, 22 % der befragten Kassen und 16 % aller schweizerischen Kassen aus.

Die Enquete selbst hat übrigens gezeigt, dass unter den Anhängern des Unentgeltlichkeitsprinzips ernste Meinungsverschiedenheiten entstanden, sobald es sich darum handelte, zur Ausführung zu schreiten. Gewisse Personen z. B. wären der Unentgeltlichkeit günstig, wenn es sich um Spitalverpflegung handelte, würden jedoch die von den Herren Greulich, Stüssi und Heer in Aussicht genomene Institution von festbesoldeten und mit Befugnissen sanitätspolizeilicher Natur versehenen Staatsärzten energisch von der Hand weisen.

Hinsichtlich der Volkstümlichkeit der unentgeltlichen Krankenpflege kann namentlich aus der Tatsache, dass der Oltener Kompromiss, bei dessen Diskussion 274 Kassen mit zirka 170,000 Versicherten durch 453 Delegierte aus 22 Kantonen vertreten waren, einstimmig genehmigt wurde, kein Urteil abgeleitet werden. Die Urheber dieses Kompromisses haben gerade eine Formel gesucht, die weit auseinandergelagerte Tendenzen vereinigt und es ermöglicht, zu gunsten der Unentgeltlichkeit auch die Anstrengungen der Freunde der Versicherung zu benützen. Diese letzteren haben zum Kompromiss gestimmt, weil sie darin einen Weg zu dem von ihnen angestrebten Ziel erblickten, und weil, da sie in ihrem Kanton auf die Verwendung der Bundesbeiträge zu diesem Zweck rechnen konnten, sie für die Verwendung, die andere Kantone von den gleichen Beiträgen machen würden, kein Interesse mehr hatten. So ist es erklärlich, dass die Annahme der Initiative Heer, die den Kompromiss in Ausführung bringen sollte, für das schweizerische Zentralkomitee der gegenseitigen Hilfsgesellschaften nichts Verlockendes mehr bot, sobald man von der nahe bevorstehenden Vorlage eines Gesetzesentwurfes über die Subventionierung der Krankenversicherung Kenntnis hatte. Selbst am Arbeitstag von 1905, d. h. in dem Milieu, aus dem im Jahre 1893 die Initiative Greulich hervorgegangen war, scheint man sich darüber Rechenschaft gegeben zu haben, wie wenig Aussicht die Anhänger der Unentgeltlichkeit, auf ihre eigenen Kräfte angewiesen, hätten, auch nur die transaktionelle Formel der Initiative Heer zum Durchbruch zu bringen.

Ein Vorschlag auf Einführung der unentgeltlichen Krankenpflege, im Gegensatz zur Subventionierung der Krankenversicherung, wie sie das kantonale Gesetz vom 27. Mai 1903 vorsieht, wurde vom Grossen Rate des Kantons Genf verworfen.

3. Wenn somit heute keine Rede davon sein kann, die Versicherung durch die unentgeltliche Krankenpflege zu ersetzen, oder sie mit ihr auf die gleiche Linie zu stellen, haben wir andererseits die Frage geprüft, ob den Kantonen für die Einrichtung der Unentgeltlichkeit oder im allgemeinen für die Verminderung der Kosten der ärztlichen Behandlung ein besonderer Bundesbeitrag entrichtet werden sollte. Dieser letztere, unabhängig von den an die Krankenkassen entrichteten Beiträgen, hätte zur Erleichterung der Ärztekosten der Bevölkerung im allgemeinen und nicht nur derjenigen der Versicherten gedient.

Die Unentgeltlichkeit der ärztlichen Behandlung dient einem der Ziele der Krankenversicherung, nämlich der Unterstützung und der Heilung der Kranken. Sie entlastet die Krankenkassen von einer ihrer gewöhnlichen Leistungen, und indem sie solchermassen die Krankenversicherung billiger macht, arbeitet sie an deren Verbreitung. Diese Erwägung gestattete, der unentgeltlichen Krankenpflege unter dem Titel der Krankenversicherung einen vom Bundesbeitrag an die Krankenversicherung unabhängigen akzessorischen Beitrag zu bewilligen, der gleichfalls nach der Zahl der Versicherten bestimmt würde.

Nach wiederholter Prüfung und aus folgenden Gründen haben wir jedoch auf die Idee dieses besonderen Beitrages verzichtet:

a. Da der Bund nur über beschränkte Geldmittel verfügt, so verkürzte die Subventionierung der Unentgeltlichkeit die Beiträge für die eigentliche Versicherung um ebensoviel. Wenn nun die Unentgeltlichkeit die Versicherung verbilligt und erleichtert, so bleibt nichtsdestoweniger wahr, dass ihre Wirkung in diesem Sinne weniger fühlbar ist, als die direkter Beiträge an die Versicherung. Eine gewisse, für die Unentgeltlichkeit verwendete und auf die ganze Bevölkerung verteilte Beitragssumme ergibt für jeden gegen Krankheit Versicherten eine geringere Erleichterung, als die gleiche den Krankenkassen ausbezahlte und ausschliesslich unter die Versicherten verteilte Summe. Es ist demnach unrichtig, zum Beweis für den Vorzug der unentgeltlichen Kran-

kenpflege gegenüber der Subventionierung der Versicherung den Umstand anzuführen, dass „arme Leute durch die unentgeltliche Arznung in den Stand gesetzt werden, einer Krankengeldversicherung mit niedrigeren Prämien beizutreten“, dass die Kassen die Mittel erlangen werden, „ihre Leistungen zu erhöhen, ihre Unterstützungsdauer auszudehnen, ihre Aufnahmebedingungen zu erleichtern“ etc., und es ist ein wirkliches Paradoxon, den Schluss zu ziehen, „dass bei der unentgeltlichen Arznung für die Versicherung mehr geleistet wird, als bei der Subventionierung“ (Seite 11 und 12 des unter Nr. 2 unserer Bibliographie angeführten Artikels Greulich).

Es ist also bei direkter Subventionierung der Versicherung auch das genossenschaftliche Ziel der früheren Initiative Greulich leichter zu erreichen, das darin bestand, die Krankenversicherung billiger zu machen und es somit der Arbeiterklasse zu ermöglichen, sich, ohne Mitwirkung der Arbeitgeber bei der Beitragszahlung und der Führung der Kassen, ein Krankengeld zu sichern.

b. Ein Jahresbeitrag von Fr. 2.50 pro Kopf der Bevölkerung, wie ihn der Vorschlag Stüssi und der Entwurf Heervorsehen, würde die für beide Versicherungen (Krankheit und Unfall) verfügbaren Bundesmittel mehr als erschöpfen. Nichtsdestoweniger wäre dieser Beitrag zur Deckung der Kosten einer unentgeltlichen Krankenpflege der ganzen Bevölkerung absolut ungenügend. Die Einführung einer solchen Unentgeltlichkeit belastete also die Kantone mit einer beträchtlichen Ausgabe.

c. Nichts wird die Kantone hindern, den Personen, denen sie die Unentgeltlichkeit zu teil werden lassen wollten, die Verpflichtung aufzuerlegen, sich bei einer anerkannten Kasse, welche die ärztliche Behandlung garantiert, versichern zu lassen. Diese Art der Versicherung ist es gerade, die im grössten Masse Bundesbeiträge empfängt (s. Seite 300, Ziff. 4). Der mit der Unentgeltlichkeit verfolgte Zweck kann also auch, mit Genuss des Bundesbeitrages, in Form der Versicherung erreicht werden.

II. Unfallversicherung.

Im Abschnitt betreffend die Krankenversicherung hatten wir nur die Bedingungen über Anerkennung, Subventionierung und Beaufsichtigung der gegenseitigen Hilfskassen festzustellen. Die Aufgabe bezüglich der Unfallversicherung ist eine ganz andere. Hier sind die Personen zu bezeichnen, die zur Versicherung verpflichtet oder zugelassen sind; im fernern sind Gegenstand und Leistungen der obligatorischen Versicherung genau zu umschreiben, ein Versicherungsorgan einzusetzen, die Verteilung der Lasten zwischen Arbeitgeber, Versicherten und Bund zu ordnen, mit einem Worte, eine ganze Reihe von organischen Bestimmungen zu treffen.

Die obligatorischen und die freiwilligen Versicherten.

(Art. 38, 39 und 84.)

1. Wie wir in unserm historischen Überblick auseinander-gesetzt haben (Seite 1 und 2 der gegenwärtigen Botschaft), ist der Gedanke, das gegenwärtige System der Haftpflicht durch ein Unfallversicherungssystem zu ersetzen, schon im Jahre 1881 bei der Ausarbeitung des Gesetzes über die Haftpflicht aus Fabrikbetrieb zum Ausdruck gekommen; das erweiterte Haftpflicht-gesetz vom Jahre 1887 wurde als eine nur „vorläufige Lösung“, als eine Vorstufe zur Versicherung hingestellt.

Das Haftpflichtsystem bildete bei seiner Einführung in der Schweiz durch die Gesetze von 1875, 1877 und 1881 einen sehr fühlbaren Fortschritt gegenüber den Regeln des gemeinen Rechts; es bestand damals einzig in Deutschland für die Eisenbahnen und unter einer dürftigen Form in England für die Industrie. Seither haben aber beinahe alle Staaten Europas ihre Gesetzgebung über Schadenersatz für Arbeitsunfälle mächtig entwickelt, sei es durch Einführung eines vervollkommeneten und umfassen-

den Haftpflichtsystems oder insbesondere durch Einsetzung einer Versicherung. Die Schweiz, die sonst auf andern Gebieten gerne an der Spitze des Fortschrittes steht, sieht sich also bezüglich des Schadenersatzes für Unfälle weit überholt.

Unser gegenwärtiges Haftpflichtsystem weist schwere Mängel auf, von denen die hauptsächlichsten hier anzuführen genügen mag, Mängel, die teilweise jedem Haftpflichtsystem anhaften. Es sind dies: das Risiko, dem der Arbeitgeber durch eine eventuelle Entschädigungspflicht ausgesetzt ist; die Unmöglichkeit für den Verletzten oder seine Rechtsnachfolger, die Bezahlung dieser Entschädigung von einem zahlungsunfähigen Arbeitgeber zu erhalten; die langen, kostspieligen, in ihrem Ausgang unsichern Prozesse über die Anwendbarkeit dieses oder jenes Grundes einer Herabsetzung oder Verweigerung der Entschädigung; die Verstimmung, die im Hinblick auf diese Prozesse in den Beziehungen zwischen Arbeitgeber und Arbeiter entsteht; die Tatsache, dass ein Arbeiter, der schon früher einen Unfall erlitten hat, oder gegen einen frühern Arbeitgeber prozessieren musste, deshalb nur mit Mühe Wiederanstellung findet; die Form und die Höhe der Entschädigung, die dem Schaden nicht entsprechen; das Fehlen einer vollständigen Einheit der Grundsätze zwischen den verschiedenen Haftpflichtgesetzen; ja, die Vielheit dieser Gesetze, von denen die einen auf die andern hinweisen.

2. Da das gegenwärtige Haftpflichtsystem von Rechts wegen zu gunsten gewisser Kategorien von Angestellten und Arbeitern besteht, so ist es klar, dass es nur dann durch eine Versicherung ersetzt werden kann, wenn diese wenigstens für die gleichen Personen obligatorisch erklärt wird. Dies geschieht durch Art. 38 unseres Entwurfes (bezüglich der Einzelheiten, siehe den speziellen Teil, Seite 369).

3. Nach dem Wortlaut von Art. 34^{bis} der Bundesverfassung „kann“ das Gesetz die Versicherung „allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären“. Der Gesetzgeber ist also ganz frei, das Gebiet des Obligatoriums nach seinem Gutfinden zu begrenzen. Immerhin verwerfen wir von vorneherein, als unausführbar und ungerechtfertigt, den Gedanken, ein die Gesamtbevölkerung umfassendes Obligatorium einzuführen.

a. Das Gesetz von 1899 (Art. 237 und 1) erklärte sowohl die Unfall- als die Krankenversicherung für „alle unselbständig erwerbenden Personen“ obligatorisch. Indem wir heute der

Opposition, die in der Volksabstimmung vom 20. Mai 1900 zum Ausdruck kam, Rechnung tragen, machen wir den Vorschlag, es seien der Versicherung nur die Angestellten und Arbeiter zu unterstellen, auf die das gegenwärtige System der Haftpflicht der Arbeitgeber Anwendung findet.

Diese Lösung rechtfertigt sich aus dem Umstande, dass die Ersetzung der Haftpflicht die hauptsächliche Triebfeder der ganzen Bewegung zu gunsten der Versicherung gebildet hat, und dass diese Ersetzung die dringendste Aufgabe ist.

Die gegenwärtige Begrenzung des Anwendungsgebietes der Haftpflicht hat allerdings etwas gekünsteltes an sich. Die Zahl der in einem und demselben Betriebe beschäftigten Arbeiter z. B. liefert keinen genauen Prüfstein für die diesem Betriebe anhaftende Unfallgefahr. Man wird auch nicht ermangeln, zu sagen, dass die obligatorische Versicherung, wenn sie sich auf die gegenwärtig der Haftpflicht unterstellten Personen beschränkt, eine „Klassengesetzgebung“ darstelle. Dieser Vorwurf richtet sich jedoch notwendigerweise gegen jedes Gesetz, das nicht die gesamte Bevölkerung, ohne Ausnahme, der Versicherung unterstellt.

Indem wir für das Obligatorium der Versicherung dieselben Grenzen wie für die Anwendung der gegenwärtigen Haftpflichtgesetzgebung ziehen, stützt sich unser Entwurf in ganz natürlicher Folge auf eine schon bestehende Situation. Die der Haftpflicht teilhaftigen Personen sind schon gewöhnt, unter besondern Rechtsnormen zu leben; die sie beschäftigenden Betriebe bieten eine gewisse Ausdehnung, eine hinreichende Beständigkeit. Zusammengekommen werden sie nicht einen solchen Effektivbestand von Versicherten ausmachen, der für die beginnende Tätigkeit der Anstalt zu beträchtlich wäre. Diese Betriebe beschäftigen ungefähr 428,000 Angestellte und Arbeiter, d. h. 12% der gesamten Bevölkerung.

Wollte man das Obligatorium auch auf andere Personen ausdehnen, so würde man bezüglich der genauen Begrenzung des Anwendungsgebietes neuen Schwierigkeiten begegnen.

b. Wir machen insbesondere den Vorschlag, zurzeit die Arbeiter und Angestellten der Landwirtschaft, des Handwerks, des Kleingewerbes oder des Handels, ebenso die Dienstboten, die Arbeiter der Hausindustrie und die Tagelöhner der Versicherungspflicht nicht zu unter-

stellen. Es ist sehr zweifelhaft, ob die Angehörigen dieser Berufsarten wirklich eine Unterstellung unter die Versicherungspflicht wünschen, und ob sie einen konkreten, sie darin einbeziehenden Entwurf annehmen würden.

Was besonders noch das Handwerk betrifft, ist es logisch, zuzuwarten, bis dieses Gebiet, infolge der in unserer Botschaft vom 3. November 1905 (Bundesbl. 1905, V, 538) vorgeschlagenen Verfassungsänderung, allgemein dem Gesetzgebungsrecht des Bundes unterliegt.

4. Art. 84 unseres Entwurfes sieht dagegen die freiwillige Versicherung der Arbeiter der Landwirtschaft, des Handwerks, des Kleingewerbes, der Hausindustrie, wie auch der Dienstboten und Tagelöhner gegen Unfall mit Genuss des Bundesbeitrages (Art. 85) vor. Diese freiwillige Versicherung wird es besser, als im notwendigerweise starren Rahmen einer obligatorischen Versicherung, ermöglichen, den besondern für einzelne dieser Berufsarten geäußerten Wünschen betreffend die Modalitäten der Versicherung (versicherte Risiken, Prämienberechnung, Höhe der Entschädigungen u. s. w.) Rechnung zu tragen. Man wird wertvolle Erfahrungen sammeln und, gestützt auf sie, später, wenn das Bedürfnis sich fühlbar macht, mit weniger Schwierigkeiten die obligatorische Versicherung für einzelne dieser Berufsarten einführen können. Unser Entwurf (Art. 39) behält der Bundesversammlung das Recht dazu vor. Diesem stufenweisen Vorgehen dient gerade die Haftpflichtgesetzgebung als Vorbild. Als es sich im Jahre 1881 darum handelte, das Haftpflichtsystem, welches das Gesetz vom Jahre 1877 provisorisch für die Fabriken eingeführt hatte, definitiv festzustellen, machte sich die Idee geltend, es auf alle gefährlichen Industrien, ja selbst auf alle Industrien überhaupt auszudehnen. Nach dem Vorschlag des Bundesrates (Bundesbl. 1880, IV, 546) zogen die Räte indessen vor, der Haftpflicht nur die Fabriken, d. h. gerade die Kreise, die schon unter einer Spezialgesetzgebung standen, zu unterstellen. Erst 1887 fand eine Ausdehnung derselben statt.

Gegenstand der obligatorischen Versicherung.

(Art. 46.)

1. Die obligatorische Versicherung wird die Entschädigung im Falle eines Unfalles zum Gegenstand haben. Es ist nicht

notwendig, in das Gesetz eine Definition des Begriffes „Unfall“ aufzunehmen, da dieser Begriff im gewöhnlichen Sprachgebrauch und durch die Rechtsprechung in Versicherungs- und Haftpflichtsachen schon genügend festgestellt worden ist.

2. Nach dem Gesetze von 1899 (Art. 237 in fine) fiel die vorübergehende Erwerbsunfähigkeit aus Unfall der Unfallversicherung erst nach Ablauf der sechsten Woche zur Last. Während der ersten sechs Wochen wurde diese Arbeitsunfähigkeit als einfache Krankheit angesehen und gehörte deshalb in das Gebiet der Kranken-Versicherung (Art. 247). Da alle gegen Unfall Versicherten auch gegen Krankheit versichert (Art. 237) und die für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit geleisteten Entschädigungen in beiden Versicherungen die gleichen waren (Art. 247, Abs. 2), so bestand für die Unfallversicherung kein Hindernis, diese Arbeitsunfähigkeit erst nach Ablauf der sechsten Woche zu decken. Ganz anders ist die Sachlage nach dem System unseres neuen Entwurfes schon wegen der Tatsache, dass es keine notwendige Identität zwischen den Versicherten der beiden Versicherungszweige gibt. Wir haben also der Unfall-Versicherung auch während der ersten Wochen die aus einem Unfall herrührenden Krankheiten zuzuweisen. Wir können nichtsdestoweniger unter anderer Form die Mitwirkung der Krankenkassen in Anspruch nehmen (s. Seite 328, Ziff. 7).

3. Ein Haftpflichtsystem konnte selbstverständlich die Arbeitgeber nur für die Berufsunfälle haftbar machen, d. h. für Unfälle, die bei der Ausübung der Arbeit, beim Betrieb der Unternehmung entstanden sind (Gesetz von 1875, Art. 1 und 2; Gesetz von 1881, Art. 1 und 2; Gesetz von 1887, Art. 3 und 4; Gesetz von 1905, Art. 1). Aber die Notwendigkeit, zu untersuchen, ob ein Unfall „durch den Betrieb“, „durch die mittelbar mit dem Betrieb in Zusammenhang stehenden Dienstverrichtungen“, „durch die mit dem Betrieb in Zusammenhang stehenden Hilfsarbeiten“ entstanden ist oder nicht, diese Unterscheidung der Unfälle nach ihrem beruflichen Charakter ist eine der Hauptursachen der Unsicherheit, der Prozesse und des Missbehagens, über die man sich unter dem Haftpflichtsystem beklagt.

Die Bestimmung des beruflichen Charakters eines Unfalles ist oft eine sehr schwierige. In Deutschland und Österreich, wo die Versicherung nur die Berufsunfälle deckt, handeln eine grosse Zahl der Streitfälle von der Unterscheidung zwischen Unfällen

bei der Arbeit und gewöhnlichen Unfällen. Hier zwei typische Beispiele:

a. Der Kutscher einer Fabrik erlitt bei der Spazierfahrt mit der Frau des Direktors einen Unfall; das Reichs-Versicherungsamt erklärte, es bestehe ein Berufsunfall, da der Verunfallte nicht nur den Fahrdienst der Fabrik zu besorgen, sondern auch das Gespann in gebrauchsfähigem Zustande zu erhalten hatte; somit bestehe ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Beruf des Verunfallten (Amtliche Nachrichten IV, 69, Nr. 453).

b. Der Fuhrmann eines Speditors reinigte auf offener Strasse den Wagen seines Arbeitgebers, er wurde durch ein Stück Holz verletzt, das ein Zimmermann fahrlässig aus dem Fenster des Hauses des Dienstherrn warf. Das Reichs-Versicherungsamt verweigerte jede Entschädigung, weil der Unfall zu den Gefahren, denen die Arbeiter beim Speditionsdienste ausgesetzt sind, in keinem Zusammenhang stehe. Der gleiche Unfall hätte an derselben Stelle irgend eine selbst dem Betriebe fremde Person treffen, und der erwähnte Fuhrmann hätte den gleichen Unfall anderswo ausserhalb des Betriebes erleiden können (gleicher Band, 176, Nr. 476).

Wie würden Unfälle behandelt werden, die sich während der Ruhepause in der Fabrik oder auf den Arbeitsplätzen, oder während einer mehr oder weniger freiwilligen, aussergewöhnlichen Arbeit ereigneten? Sollten Unfälle auf dem Gange zu oder von der Arbeit durch Aufstellung einer besondern Bestimmung als versichert erklärt werden, wie dies vorgeschlagen wurde? Wo beginnt der Hinweg, und wo endigt der Rückweg? War ein Arbeiter schon auf dem Wege zur Fabrik, als er, im Begriffe stehend, zur Fabrik zu gehen, auf der Treppe seines Hauses ausglitt? War ein anderer, der beim Weggang von der Fabrik sich noch beim Einkauf für den Haushalt aufhält und dann von einem Wagen überfahren wird, noch auf dem Heimgang von der Arbeit begriffen?

Diese wenigen Beispiele genügen, um zu zeigen, wie eine Unterscheidung der Unfälle je nach ihrer grössern oder geringern Beziehung zu der Arbeit Subtilitäten und Kasuistik nach sich zöge. Vom wirtschaftlichen Standpunkte aus hätte übrigens diese Unterscheidung nichts, was sie rechtfertigte. Ob die Verletzung während der Berufsarbeit sich ereignet habe oder nicht, bildet sie für den Verletzten genau denselben Schaden.

Aus allen diesen Gründen und in Übereinstimmung mit dem Gesetz von 1899 (Art. 238, Abs. 2) verzichten wir darauf;

zwischen Unfällen nach ihrem beruflichen Charakter zu unterscheiden, und schliessen wir in die Versicherung auch die nicht beruflichen Unfälle ein. Andererseits ist es dann angezeigt, einen Teil der Versicherungskosten dem Versicherten selbst zu überbinden (Art. 83), um dem Umstande Rechnung zu tragen, dass der Arbeitgeber für das Unfallrisiko aus nicht beruflichen Unfällen nicht belastet werden kann.

Nach der schweizerischen Unfallstatistik (1888—1891) bilden die nichtberuflichen Unfälle für die unselbständig erwerbende Person durchschnittlich 13 % der Gesamtzahl der Unfälle und 18,3 % des Gesamtbetrages der Unfallschäden; dies zeigt, welches beträchtliches Interesse sich an ihre Versicherung knüpft.

Unfallversicherungsanstalt; Mitwirkung der anerkannten Krankenkassen.

(Art. 21 bis 37.)

1. Durch Feststellung des Obligatoriums für gewisse Personen verpflichtet sich der Gesetzgeber dazu, dass diese Personen Versicherer finden. Das Gesetz dürfte nämlich niemand zu einer Verpflichtung anhalten, ohne dafür zu sorgen, dass er ihr auch wirklich nachkommen könne. Die versicherungspflichtigen Personen müssen daher die Gewähr haben, ohne lange Bemühungen zu annehmbaren Bedingungen versichert zu werden.

2. Dies einmal angenommen, wird es klar, dass wir uns hier nicht mit freien Versicherern, mit anonymen oder gegenseitigen privaten Gesellschaften begnügen können. Das charakteristische Merkmal dieser Gesellschaften ist eben die freie Wahl in der Aufnahme oder Abweisung von Personen. Doch wäre es notwendig, den versicherungspflichtigen Personen das Recht zuzuerkennen, dieser Verpflichtung nachzukommen, indem sie sich bei einer der vorerwähnten Gesellschaften selbst gegen ihren Willen versicherten. Selbstverständlich müsste man die Prämien feststellen, welche die Gesellschaft für die Versicherung jeder einzelnen Person verlangen könnte. Nach welchen Prinzipien würde man auf die verschiedenen Gesellschaften die versicherungspflichtigen Personen verteilen, die zu den durch das Gesetz bestimmten Bedingungen von keiner derselben gerne aufgenommen würden? Wenn die Zuteilung von Amtes wegen nicht auch für die guten Risiken stattfände, könnte es vorkommen, dass eine Person zahl-

reiche Versuche machen und sich einer Menge von Abweisungen aussetzen müsste, bevor sie endlich einen Versicherer fände. Ein Versicherer könnte sich beschweren, schlechte Risiken auf sich nehmen zu müssen, ohne Ersatz in der Versicherung von Risiken zu finden, die ihm durch geschicktere Konkurrenten weggenommen würden. Es entstünden Streitigkeiten hinsichtlich der Zuteilung der Risiken, besonders wenn es sich um eine Person handelte, die schon einen Unfall erlitten. Der Staat, moralisch oder rechtlich für die Tätigkeit und die Zahlungsfähigkeit der Versicherer einstehend, hätte auch deren Beachtung der Gesetzesbestimmungen und deren finanzielle Geschäftsführung genau zu beaufsichtigen. Dieses System würde alle Beteiligten unbefriedigt lassen, namentlich die Versicherer selbst, die nur noch dem Namen nach freie Versicherer wären.

3. Es ist daher notwendig, für die Versicherungspflichtigen eine öffentliche Anstalt zu schaffen, die einzig die Verpflichtung hat, diese Personen aufzunehmen. Gestattete man jedoch den Privatgesellschaften, mit dieser Anstalt bezüglich der obligatorisch Versicherten in Konkurrenz zu treten, so würde sich unvermeidlich folgendes ergeben:

Die Privatindustrie bemächtigte sich der guten Risiken unter sorgfältiger Rückweisung der schlechten. Dieses Auswählen setzte sich im Verlauf der Versicherung fort, indem die Privatgesellschaften sich z. B. das Recht vorbehielten, eine Versicherung nach jedem Unfall oder bei verspäteter Prämienzahlung aufzuheben. Vorausgesetzt, die öffentliche Anstalt könnte die gleichen Reklame-mittel anwenden, wie die Privatversicherer, so müsste sie für Acquisitions-kosten, d. h. für Bezahlung von Agenten, grosse Summen ausgeben. Sie könnte trotzdem die Mittel nicht anwenden, über die die Privatindustrie verfügt, um die guten Geschäfte vorweg zu nehmen (ausnahmsweiser Rabatt auf den Tarifen u. s. w.). In ungünstiger Lage bezüglich der Acquisition von guten Risiken und andererseits dazu verpflichtet, die schlechten aufzunehmen, hätte die öffentliche Anstalt von Anfang an eine ausschliessliche Spezialität dieser letztern. Während die Privatgesellschaften sich eine ausgewählte Kundschaft unter den Personen erwürbe, die das Gesetz mittelst des Obligatoriums der Versicherung zugeführt hätte, bekäme die öffentliche Anstalt nur noch die minderwertigeren Elemente. Indem sie übrigens eine ungenügende Zahl von Risiken in sich vereinigte, erlitt sie Defizite, würde kostspieliger werden, als die privaten Versicherer und wäre so in einen immer enger werdenden circulus vitiosus hineingezogen.

Es bestehen in der Schweiz zirka ein Dutzend gegenseitiger Unfallversicherungsgesellschaften. Nur zwei derselben sind gemäss Gesetz von 1885 heute der Bundesaufsicht unterstellt, alle übrigen entgehen ihr als „Vereine mit örtlich beschränktem Geschäftsbetriebe“; sie umfassen im allgemeinen gewisse Berufsverbände in einem bestimmten Umkreis. Wir er-mangeln nicht, die erwiesenen Dienste dieser Gegenseitigen anzuerkennen; aber wir fragen uns, ob sie im stande wären, mit voller Sicherheit die Leistungen, die unser Entwurf für die obligatorisch Versicherten vorsieht, zu garantieren? Kann man vernünftigerweise diese Berufskassen als Selbstzweck und etwas anderes als einen Notbehelf ansehen und sie — aus dem alleinigen Grund ihres Bestehens — einer Anstalt auf breiter Grundlage, die zugleich sicherer und billiger wäre, vorziehen?

Bei den privaten Unfallversicherungsgesellschaften belaufen sich die Verwaltungskosten durchschnittlich auf 43 % der Nettoprämien, d. h. man muss auf Fr. 100, deren Bezug zur Leistung der Entschädigungen notwendig ist, Fr. 43 für Verwaltungskosten zuschlagen. Diese letztern — zum grössten Teil der Notwendigkeit entspringend, die mit der Anwerbung von Versicherungsverträgen betrauten Personen zu besolden — wären zum wenigsten ebensohoch bei einer öffentlichen Anstalt, mit der die Privatindustrie in Konkurrenz treten würde; diese Kosten werden dagegen eine beträchtliche Reduktion zu gunsten der Versicherten erleiden, wenn die Anstalt einmal von Amtes wegen der Versicherer gewisser Risiken sein wird. Wir können also voraussehen (s. S. 343), dass die Verwaltungskosten im Ganzen nur 13 % der Nettoprämien ausmachen werden, und da der Bund die Hälfte dieser Kosten übernehmen wird (Art. 22), so wird die andere durch die Prämien zu deckende Hälfte nur 6,6 % anstatt 43 % der gleichen Prämien betragen.

4. Dies sind die Gründe, weshalb wir, wie das Gesetz von 1899 (Art. 237), feststellen, dass alle versicherungspflichtigen Personen von Rechts wegen bei der öffentlichen Anstalt versichert sind (Art. 41).

Die Privatindustrie wird nur ihre gegenwärtigen Haftpflichtversicherungen gegenüber Angestellten und Arbeitern verlieren. Wenn man den häufigen Klagen der Versicherer über die geringen finanziellen Ergebnisse dieser Haftpflichtgeschäfte Glauben schenken kann, so werden dieselben sie kaum vermissen. Dagegen werden die Privatgesellschaften fortfahren können, alle ihre andern Kom-

binationen von Unfallversicherungen zu betreiben (Einzelversicherung, Haftpflichtversicherung gegenüber Reisenden, Passanten oder laut Obligationenrecht, Reiseversicherungen etc.). Die öffentliche Anstalt wird ein Monopol nur für die Versicherung der versicherungspflichtigen Personen besitzen, während für die freiwilligen Versicherungen (Art. 84) die Konkurrenz der Privatgesellschaften vollständig frei bleiben wird. Selbst in bezug auf die obligatorisch Versicherten wird die Anstalt — ohne dass es nötig wäre, dies im Gesetz festzustellen, da es sich einfach um eine innere Verwaltungsmassregel handelt — gewisse Risiken an Privatgesellschaften zur Rückversicherung anbieten können. Die gegenwärtigen Versicherungsgesellschaften auf Gegenseitigkeit oder, falls sie sich auflösen, ihr Personal werden die Rolle von Agenten der Anstalt übernehmen können (Art. 28).

5. Man könnte die Errichtung von verschiedenen öffentlichen Versicherungsanstalten in dem Sinne ins Auge fassen, dass je nach dem Ort ihrer Beschäftigung, oder ihres Wohnsitzes, oder je nach ihrem Beruf die versicherungspflichtigen Personen von Gesetzes wegen bei der einen oder andern dieser Anstalten versichert wären.

Der Gedanke, verschiedene Anstalten nach einem Territorialprinzip zu errichten, ist, soviel uns bekannt, noch durch niemand vertreten worden. Namentlich könnte von einem Versicherer für jeden Kanton nicht die Rede sein, sei es, dass das Bundesgesetz selbst diese Anstalt schaffen würde, sei es, dass es den Kantonen diese Sorge überliesse. Die Errichtung einer genügenden Zahl von Agenturen (Art. 28) ist das geeignete Mittel, um überall den Versicherer dem Publikum zugänglich zu machen.

Einnehmender auf den ersten Blick ist die Idee, verschiedene öffentliche Anstalten nach einer beruflichen Gruppierung zu gründen. Die diesbezüglich gemachten Vorschläge entspringen der Befürchtung, dass bei einer einzigen Anstalt die Abstufung der Prämiensätze nach Berufsarten nicht genau genug sei, und dass „die guten Risiken für die schlechten zu bezahlen hätten“. Diese Befürchtung ist aber unbegründet und könnte jedenfalls kein Argument zu gunsten der beruflichen Gruppierung bilden. In einer einzigen Anstalt genügt es nämlich, wie wir es in den Art. 30 und 75 bis 78 unseres Entwurfes vorsehen, die notwendigen Verfügungen zu treffen, damit der Prämiensatz jedes Versicherten genau mit den Risiken übereinstimme, die der Versicherer auf sich nimmt. Es ist keineswegs unsere Absicht, eine

Kategorie von Versicherten zum Nachteil einer andern zu begünstigen. Bei Einführung von beruflichen Gruppierungen wäre es übrigens ebenso notwendig, eine Abstufung der Prämiensätze vorzusehen. Auch angenommen, dass z. B. für die Spenglerarbeiter allein eine Versicherungskasse gegründet werden könnte, so wäre es doch unmöglich, von den Spenglern, die auf den Dächern arbeiten, die nämlichen Prämiensätze zu verlangen, wie von denjenigen Spenglern, die ausschliesslich mit der Fabrikation von Kleinwaren beschäftigt sind; die Unfallrisiken sind nämlich ganz verschieden. Die gleiche Notwendigkeit einer Abstufung bestände in um so höherm Grade für die Kasse, in welcher die sehr verschiedenen und zahlreichen Berufe gruppiert werden sollten, deren Arbeiterbestand zu schwach wäre, um je eine eigene Kasse zu bilden, wie auch im Falle, dass eine und dieselbe Versicherungskasse einen ganzen Industriezweig umfasste (z. B. die Nahrungs- oder Textilindustrie, das Baugewerbe, die chemische Industrie). Es spricht nichts dafür, dass die Abstufung der Prämiensätze nach den Risiken bei einer Berufsgruppierung notwendigerweise genauer wäre, als in einer einzigen, gut geführten Anstalt.

Wir sehen auch nicht ein, dass eine Gruppierung nach Berufsarten besonders geeignet sei, die Simulation von Unfällen, sowie die Nachlässigkeit seitens der Versicherten und der Arbeitgeber zu verhindern. Ein Berufsverband könnte diesen Missbräuchen faktisch durch keine andern Mittel steuern, als durch die, über welche auch eine einzige Anstalt verfügt, nämlich: die Abänderung der Prämiensätze je nach der Häufigkeit der Unfälle (Art. 76 und 77), die Belastung der Versicherten selbst mit einem Teil der Prämien (Art. 83), die prinzipielle Beschränkung der Entschädigung auf einen Teil des Schadens (Art. 56), die Rückversicherung der kleinen Unfälle bei den Krankenkassen (Art. 34), ganze oder teilweise Verwirkung im Falle eines Verschuldens (Art. 68), direkte Bekämpfung der Simulation (Art. 69), der Regress gegen einen fehlbaren Arbeitgeber (Art. 72), die Auferlegung von Sicherheitsmassnahmen (Art. 45). Eine einzige Anstalt ist somit ebensogut wie eine Berufsgruppe im stande, Arbeitgeber und Versicherte für die Verhütung von Unfällen direkt zu interessieren.

In gewissen Kreisen wird die Einführung von öffentlichen, mit der Unfallversicherung betrauten Berufsgruppen als eine Vorbereitung für die Schaffung von obligatorischen Berufsgenossenschaften gewünscht. Wir denken dagegen, dass die Frage der Organisation der Versicherung um ihrer selbst willen in Be-

tracht gezogen und in dem für die Versicherung günstigsten Sinne entschieden werden soll, ohne dass man sich durch Rücksichten anderer Art beeinflussen liesse.

Im Gegensatz zur Krankenversicherung ist es bei der Unfallversicherung nötig, eine grosse Zahl von Risiken auf einen Versicherer zu vereinigen; diese Konzentration bildet für denselben einzig eine genügend sichere und breite Grundlage, sie verschafft die nötige Stetigkeit seiner Lasten und infolgedessen auch die gewünschte Sicherheit. Wenn man in Betracht zieht, dass von 100 Personen jährlich ungefähr 30 erkranken, während nur eine Person Opfer eines Unfalles wird, so liegt es auf der Hand, dass eine ausnahmsweise Zunahme von 1, 2... oder selbst 5 Krankheitsfällen die Durchschnittskosten des Krankenversicherers von 100 Personen nur um 3, 7... oder 17% erhöhen wird, während dagegen der ausnahmsweise Zuwachs von einem einzigen Unfall genügen wird, um die Lasten des Unfallversicherers der gleichen Anzahl von Personen um 100% zu erhöhen. Diese grössere Schwankung in der Häufigkeit der Schadenfälle für eine gegebene Zahl von Versicherten ist für die Unfallversicherung noch empfindlicher, weil ein Unfall im Durchschnitt eine weit höhere Entschädigung als ein Krankheitsfall beansprucht. Wenn mit uns angenommen wird, dass die Haftpflicht nur durch eine Versicherung ersetzt werden könne, die volle Sicherheit biete, so bedarf es der ganzen Schweiz, um der mit dieser Versicherung betrauten Anstalt das nötige Aliment zu verschaffen, und dies um so mehr, als die Versicherungspflicht sich nur auf die gegenwärtigen Nutzniesser der Haftpflicht und nicht, wie im Gesetze von 1899, auf alle unselbständig erwerbenden Personen erstreckt.

Ein einziger Versicherer läuft nicht Gefahr, in seiner Zahlungsfähigkeit durch einen Unfall, der mit einem Schläge eine grosse Zahl von Opfern fordert, erschüttert zu werden, und die Versicherten werden nicht mehr, wie in den heute bestehenden Kassen, grosse Nachtragsbeiträge infolge eines an Schadenfällen besonders reichen Jahres zu entrichten haben.

Die Befürworter beruflicher Gruppierungen erkennen die Notwendigkeit an, ausser dem Reservefonds jeder Kasse, im Hinblick auf „aussergewöhnliche Fälle“, noch einen gemeinschaftlichen Reservefonds für die Gesamtheit der Kassen zu bilden; es ist dies ein Geständnis, dass die einzelnen Kassen die nötige Stabilität nicht besässen. Aber wie die Beteiligung der einzelnen Kassen an der Speisung dieses Fonds feststellen?

Die Bestimmung z. B., dass jede derselben dem gemeinschaftlichen Fonds so und so viel Prozent ihrer Prämieinnahmen einzahle, setzt voraus, dass dieser so einbezahlte Betrag den Risiken entspreche, denen diese Kasse den gemeinschaftlichen Fonds aussetzt; die verschiedenen Kassen müssten also einen gegenseitigen Einfluss auf die Bestimmung ihrer Prämien ausüben. Wie wären die aussergewöhnlichen Fälle, die dem allgemeinen Fonds zur Last fielen, zu definieren? Wer hätte diesen Fonds zu verwalten, und wem fielen der Entscheid in Streitfällen zu?

Wie würde im Falle einer Mehrzahl von Versicherern die Abfertigung der kleinen Unfälle organisiert werden? Wären die Krankenkassen verpflichtet, diese Unfälle in Rückversicherung zu nehmen gegenüber verschiedenen Versicherern, wie wir es bei einem einzigen Versicherer vorsehen können (Art. 34)? Wer garantierte den Krankenkassen eine angemessene Festsetzung der Prämien dieser Rückversicherungen? Kleine Unfallversicherer könnten nicht, wie ein einziger Versicherer, jeder für sich allein Anstalten für die Spezialbehandlung der Verunfallten (medizinische Gymnastik, Hydrotherapie, Massage) unterhalten; hätte jeder von ihnen seine Ärzte, Inspektoren, Einnehmer u. s. w., oder könnten sie sich untereinander und zu gemeinschaftlichen Kosten für die Anstellung dieser Personen, die Gründung von Heilanstalten und Niederlagen von Apparaten einigen und auf welchen Grundlagen?

Angenommen, diese Verständigung fände statt, so verursachte doch eine Mehrzahl von Unfallversicherern im Vergleich zur Einsetzung eines einzigen Versicherers infolge unvermeidlicher Doppelanstellung verhältnismässig grössere Verwaltungskosten. Die Erfahrung lehrt, dass die Verwaltungskosten nicht im gleichen Verhältnis, wie die Zahl der Versicherten wachsen.

Wir übergehen die beständigen Wechsel von einem Versicherer zum andern, die durch Änderung des Wohnortes, des Berufes oder der Anstellung, sowie durch Veränderung im Charakter einer Unternehmung bedingt würden. Hier wiederum müsste der Staat eine genaue Aufsicht über die Geschäftsführung der verschiedenen Versicherer ausüben, und es würde die Zuteilung der Risiken Anlass zu Schwierigkeiten geben. Wären Färbereien oder Stoffdruckereien z. B. zur Gruppe Textilindustrie oder zur chemischen Industrie zu rechnen? Wie wäre im letztern Falle eine Fabrik zu behandeln, wo Färberei und Weberei nebeneinander betrieben würden?

Alles vorher Gesagte zeigt zur Genüge, dass die Einsetzung einer Mehrzahl von öffentlichen Unfallversicherern nur Unzu-

kömmlichkeiten im Gefolge hätte. Ein einziger Versicherer wird die Versicherung mit einem Maximum von Sicherheit und Stetigkeit und einem Minimum von Kosten durchführen.

6. Wir gehen nun zu den Grundlagen der Organisation der Unfallversicherungsanstalt über.

Das Gesetz von 1899 (Art. 217, 227, 228, 230, 231, 232 und 234) setzte eine „eidgenössische Unfallversicherungsanstalt“, durch ein „eidgenössisches Versicherungsamt“ verwaltet, ein. Die Direktoren und das Personal dieses Amtes wurden durch den Bundesrat in der Eigenschaft von Bundesbeamten gewählt. Die Anstalt hatte als Organe „eidgenössische Versicherungsinspektorate“, von denen jedes aus einem Versicherungsinspektor und dem erforderlichen Hülspersonal bestand, die ebenfalls Bundesbeamte waren und vom Bundesrate ernannt wurden. Dem Versicherungsamt war, hauptsächlich als beratende Behörde, ein „Versicherungsrat“ beigegeben, der aus neun bis fünfzehn vom Bundesrat gewählten Mitgliedern bestand, von denen mindestens drei der Klasse der prämienpflichtigen Arbeitgeber und mindestens drei der Klasse der obligatorisch versicherten Personen angehören sollten.

Mit unserm neuen Entwurfe beabsichtigen wir, der Versicherungsanstalt ein grösseres Selbstverwaltungsrecht zu geben, aus ihr eine auf Gegenseitigkeit beruhende Kasse zu machen, die durch die Beteiligten selbst verwaltet und keineswegs eine staatliche Versicherungsanstalt sein wird. Die Durchführung dieser Selbstverwaltung ist allerdings nicht ganz leicht, und es wäre am einfachsten gewesen, die Rolle eines Versicherungsorgans einem Zweige der Bundesverwaltung zu übertragen. Wir wissen auch, dass in den Kantonen, wo z. B. die obligatorische Feuerversicherung Sache einer öffentlichen, auf Gegenseitigkeit beruhenden Kasse ist, diese letztere im allgemeinen ausschliesslich durch die kantonale Behörde verwaltet wird.

Indem wir soviel als möglich den Beteiligten selbst die Verwaltung der Anstalt überbinden, geben wir ihr einen volkstümlichen Charakter, erhalten sie in Fühlung mit dem Publikum und besonders mit den Personen, die praktische Erfahrung in den zu versichernden Zweigen besitzen. Das Vertrauen in eine gerechte Tarifierung der Risiken wächst; die Versicherten und die Arbeitgeber — im Bewusstsein, die Anstalt sei „ihre“ Sache — nehmen ein grösseres Interesse an ihrem Gedeihen, namentlich an der Vermeidung von Unfällen.

a. Für die Wahl des „Vorstandes“ gewähren wir dem Verwaltungsrat ein Vorschlagsrecht (Art. 25 und 27, lit. c.).

Wir sehen ferner namentlich vor (Art. 26), dass der „Verwaltungsrat“, der den Versicherungsrat des Gesetzes von 1899 ersetzt, durch die Beteiligten selbst, nach Verhältnis ihrer Interessen, d. h. ihres Anteiles an der Gesamtprämieinnahme, gewählt werde. Während nach dem Gesetz von 1899 (Art. 232) alle Mitglieder vom Bundesrate gewählt wurden und wenigstens 6 von 15, d. h. $\frac{2}{5}$, unter den Beteiligten ausgewählt sein mussten, so bestimmen wir einfach, dass alle Mitglieder durch die Interessenten gewählt werden. Die Selbstverwaltung besteht tatsächlich vor allem im Ernennungsrecht, und sobald dieses Recht einmal gänzlich den Beteiligten zuerkannt ist, liegt kein Grund mehr vor, zu verfügen, dass irgend eine Minderzahl von Mitgliedern selbst Interessenten seien.

Gerade was die Wahl der Verwaltungsräte durch die Arbeitgeber und die Versicherten betrifft, werden sich gewisse Schwierigkeiten der Anwendung zeigen. Man wird kaum gleich ohne weiteres ein System finden, das ganz befriedigt und das ohne jegliche Abänderung beibehalten werden kann. Deshalb ist es angezeigt, nachdem im Gesetz die Wahl durch die Beteiligten grundsätzlich festgestellt ist, für die Einzelheiten der Ausführung auf eine Verordnung des Bundesrates zu verweisen (Art. 31). Das Gesetz von 1899 (Art. 235) sah, was die Organe der Anstalt betrifft, ebenfalls eine Regelung auf diesem Wege vor. Andernfalls belasteten wir unsern Entwurf mit Bestimmungen von nur sekundärem Interesse, deren künftige Anpassung an die gemachten Erfahrungen eine jedesmalige Abänderung des Gesetzes erforderte.

Die Autonomie der Anstalt dokumentiert sich nicht allein in der Wahl des Verwaltungsrates durch die Beteiligten, sondern auch in den grössern Kompetenzen dieses Rates, namentlich hinsichtlich der Bestimmung der Prämien. Nach dem Gesetze von 1899 (Art. 288) war es Sache des eidgenössischen Versicherungsamtes mit Zustimmung des Bundesrates, den Prämientarif festzustellen. Für diese Festsetzung hatte der Versicherungsrat nur beratende Stimme (Art. 234, lit. b); er war nur berufen (Art. 234, Abs. 3, und Art. 290, Abs. 2), über Rekurse betreffend Einschätzung der Versicherten, d. h. wegen angeblich falscher Anwendung des Prämientarifes, den er nicht selbst aufgestellt hatte, zu entscheiden. In unserm Entwurf (Art. 27, Abs. 2 und 3, Art. 76 und 79, Abs. 2)

verleihen wir im Gegenteil dem Verwaltungsrat selber das Recht, den Prämientarif festzustellen, indem wir ihm zugleich und um so mehr die Kompetenz wahren, bei Rekursen wegen falscher Anwendung dieses Tarifes zu entscheiden. Diese wichtige Änderung scheint uns ganz besonders geeignet, in den Augen der Arbeitgeber und der Versicherten die gesunde Popularität der Versicherungsanstalt zu heben, indem die Festsetzung der Prämienätze einer Vereinigung anvertraut wird, welche die Gesamtheit der Beteiligten vertritt und aus Männern besteht, die in den praktischen Verhältnissen der Industrie erfahren sind.

b. Nachdem dergestalt die Zusammensetzung und die Kompetenzen des Verwaltungsrates festgestellt sind, kann es überflüssig erscheinen, noch, wie dies im Gesetz von 1899 (Art. 236) geschehen, eine Mitarbeit bei der Verwaltung der Anstalt von seiten der Berufsverbände vorzusehen. Diese Bestimmung war nämlich dem Wunsche entsprungen, den beteiligten Kreisen einen Einfluss auf den Gang der Anstalt einzuräumen. Genannter Zweck ist nunmehr direkter und vollständiger schon durch die Art der Zusammensetzung des Verwaltungsrates und durch die ihm zugedachte Rolle erreicht. Nichtsdestoweniger haben wir (Art. 29) die Möglichkeit beibehalten, Berufsverbände zu einer Mitarbeit beizuziehen, die zwar nicht mehr so notwendig ist, aber in Sachen der Tarifierung der Berufe und bei der Unfallverhütung doch nützlich sein kann. Dagegen verzichten wir darauf, die gleiche Mitarbeit bei der Festsetzung der Unfälle vorzusehen; diese Festsetzung ist Sache der Organe der Anstalt (Art. 48), d. h. der verantwortlichen Personen, und die Einmischung von Berufsverbänden auf diesem Gebiet würde einen nachteiligen Dualismus schaffen, ohne irgend einem allgemeinen beruflichen Interesse zu entsprechen.

c. Schon wegen seiner Beteiligung an der Zahlung der Prämien (Art. 79) soll der Bund Anteil an der Verwaltung der Anstalt haben, d. h. eine Vertretung im Schosse des Verwaltungsrates. Die Zahl seiner Vertreter hängt, wie für die übrigen Interessenten, von der Höhe der vom Bunde gewährten Prämien im Verhältnis zur gesamten Prämieinnahme der Anstalt ab (Art. 26).

Aber neben diesem Anteil an der Verwaltung, der dem Bund in seiner Eigenschaft als Interessent sozusagen privatrechtlich zukommt, soll der Bund als Staatsgewalt der Anstalt gegenüber ein Aufsichtsrecht ausüben, wie es unser Artikel 30 vor-

sieht. Diese Aufsicht hat nichts an sich, was mit dem Grundsatz der Autonomie der Anstalt unvereinbar wäre; sie wird vom Bundesrat gestützt auf das Gesetz vom 25. Juni 1885 auch über Versicherungsgesellschaften, die gar keinen offiziellen Charakter haben, ausgeübt. Um so mehr rechtfertigt sie sich hier, wo es sich um eine Anstalt handelt, der das Gesetz die Rolle des obligatorischen und ausschliesslichen Versicherers bestimmter Risiken, d. h. eine Funktion des öffentlichen Rechtes überbindet. Wir bestimmen somit, dass der Bundesrat gegen gewisse allgemeine Verwaltungsmassregeln, welche mit einer richtigen Geschäftsführung unvereinbar oder geeignet wären, die Sicherheit der Anstalt zu gefährden, Einspruch erheben kann. Diese Bestimmung wird z. B. verhindern, dass die berechtigten Interessen gewisser Kategorien von Versicherten im Verwaltungsrat bei der Festsetzung der Prämiensätze missachtet werden. Bei den privaten Versicherern können die Konkurrenz und das Recht des einzelnen, sich der Versicherung zu enthalten, verhindern, dass einzelne Kategorien von Versicherten übervorteilt werden. Da es sich hier jedoch um einen Versicherer handelt, auf den gewisse Personen von Gesetzes wegen angewiesen sind, so muss auch das Gesetz ihnen eine gerechte Tarifierung gewährleisten. Der Bundesrat kann ebenfalls sein Veto einlegen bezüglich einer allgemein zu niedrigen Tarifierung der Risiken oder einer ungenügenden Bestellung technischer Reserven, welche Massnahmen missbräuchlich die Gegenwart auf Kosten der Zukunft entlasten würden.

7. Es erübrigt noch, die Grundlagen der Mitwirkung der anerkannten Krankenkassen an der Geschäftsführung der Unfallversicherung zu prüfen (Art. 33 bis 37):

a. Den anerkannten Krankenkassen kann die Rolle von Agenturen der Unfallversicherungsanstalt (Art. 33), d. h. der Prämienbezug, sowie der Anzeige-, Erhebungs- und Aufsichtsdienst und die Ausrichtung der Leistungen übertragen werden. Es wird dies eine wertvolle Mitwirkung sein, die geeignet ist, die Verwaltungskosten der Anstalt einzuschränken und deren Popularität zu kräftigen. Das Gesetz von 1899 (Art. 228, Abs. 2, Art. 242, 244, 245, 248 und 294) sah eine ähnliche Mitwirkung vor.

Die Notwendigkeit, eigentliche Agenturen zu errichten (Art. 28), wird sehr von dem Masse abhängig sein, in dem die anerkannten Kassen sich für die gleichen Dienste als brauchbar erweisen.

b. Wichtiger noch als der Agenturdienst ist die Mitwirkung, die wir von den anerkannten Krankenkassen in der Eigenschaft als Rückversicherer (Art. 34 bis 36) erwarten.

Die Erfahrung lehrt, dass die kleinen Unfälle, d. h. die, welche nur eine Arbeitsunfähigkeit von kurzer Dauer nach sich ziehen, hinsichtlich ihrer Versicherung durch einen grossen Verband besondere Schwierigkeiten bieten. Ganz natürlich sind sie es, die am meisten zur Simulation Anlass bieten, oder die der Versicherte absichtlich herbeizuführen am meisten versucht ist. Ihre Regulierung durch einen Versicherer, der nicht am Orte ist, verursacht Unkosten, die in keinem Verhältnis zum Betrag der Entschädigungen selbst stehen. Die Versicherung der kleinen Unfälle überlässt man daher am besten wenig ausgedehnten Vereinigungen, deren Verwaltung sehr einfach und billig ist, und bei denen, infolge einer beschränkten Gruppierung von Versicherten und demgemäss eines sehr direkten Interesses eines jeden Versicherten an der Einschränkung der Ausgaben, die gegenseitige Aufsicht der Versicherten am schärfsten ist.

Wie man bereits gesehen hat (S. 316, Ziff. 2), löste das Gesetz von 1899 die Frage in der Weise, dass es den Krankenkassen die ersten sechs Wochen der aus einem Unfall herrührenden Erwerbsunfähigkeit überband. Heute aber besteht die einzig mögliche Lösung des Problems der kleinen Unfälle in der Rückversicherung dieser Unfälle bei den anerkannten Krankenkassen. Die Unfallversicherung wird die Leistungen für Schadenersatz sogar während den ersten sechs Wochen einer Krankheit aus Unfall (Art. 50 und 56) gewähren, aber im Hinblick auf diese Leistungen wird sich die Anstalt bei einer anerkannten Kasse rückversichern.

Schon gegenwärtig wird die Rückversicherung durch eine Anzahl von Krankenkassen angewendet, die sich unter sich oder bei Spezialkassen für die dieser oder jener Krankheitsperiode entsprechenden Leistungen rückversichern. Die von uns in Aussicht genommene Rückversicherung hat somit für die Kassen nichts Ungewöhnliches und wird sich leicht beliebt machen. Die Unfallversicherungsanstalt wird nicht in Verlegenheit sein, ihre Rückversicherungen unterzubringen, denn überall, wo sich Personen befinden, die zur Unfallversicherung verpflichtet sind, begegnet man auch Krankenkassen. Im allgemeinen wird die Anstalt sogar die Wahl unter mehreren Kassen treffen können; sie wird den solidesten und bestverwalteten den Vorzug geben, was unter den Kassen einen gesunden Wettstreit schaffen wird.

c. Die Krankenkassen sollen für ihre Agentur- und Rückversicherungsdienste gebührend entschädigt werden, was wir in Art. 33, Abs. 3, und Art. 35 vorsehen.

Betreffend die Agenturdienste wird die Anstalt den Kassen die ihnen durch die Erfüllung des Auftrages erwachsenden Kosten ersetzen, einschliesslich einer billigen Vergütung für Mühewaltung. Das Gesetz von 1899 (Art. 225, 245, Abs. 3, und 251, Abs. 1) sah ebenfalls die Rückzahlung ihrer Barauslagen und, als Provision, die Bezahlung eines Beitrages an ihre Verwaltungskosten durch den Bund vor.

Für ihren Rückversicherungsdienst werden anderseits die Kassen ein Recht auf die „Rückversicherungsprämien“ haben, die einen gewissen Teil der von der Anstalt selbst bezogenen Prämien betragen. Diese Rückversicherungsprämien werden den Gegenwert dafür darstellen, dass die Krankenkassen die Leistungen für die sechs ersten Wochen jeder Unfallkrankheit tragen müssen.

Leistungen der Anstalt.

(Art. 49 bis 72.)

Die Bestimmungen unseres Entwurfes entsprechen im wesentlichen denen des Gesetzes von 1899 (Art. 246 bis 286).

1. Das Krankengeld, sowie die Invaliden- und Hinterlassenenrenten, d. h. im allgemeinen die Geldleistungen sollen dem Lohn des Versicherten (Art. 56, 58, 61 und 62) entsprechen und nicht einen festen Betrag aufweisen. Diese Leistungen haben tatsächlich den Zweck, dem Verunfallten oder seiner Familie den Schaden zu ersetzen, den sie infolge des Unfalles erleiden; nun hängt dieser Schaden gerade vom entgangenen Lohne ab. Übrigens versteht es sich von selbst, dass die Abstufung der Leistungen der Versicherung nach dem Lohne eine gleiche Abstufung bezüglich der Prämien fordert (Art. 73). Unter diesen Umständen hat die Tatsache, dass beispielsweise das Krankengeld eines bestimmten Versicherten das doppelte desjenigen eines andern Versicherten beträgt, nichts Unbilliges: der entgangene Lohn des ersten Versicherten und auch die Prämie seiner Versicherung betragen ebenfalls das doppelte.

2. Anderseits setzt unser Entwurf nur eine teilweise Entschädigung fest, d. h. die Bezahlung nur eines Teiles des entgangenen Lohnes; das Krankengeld oder die Invalidenrente

werden 60% und die Hinterlassenenrenten im Maximum 50% des Lohnverlustes sein; es sind dies dieselben Ansätze wie im Gesetze von 1899.

Indem man den Schaden nicht gänzlich ersetzt, und somit für den nicht gedeckten Teil den Versicherten zu seinem eigenen Versicherer macht, ermässigt man die Kosten der Versicherung und schwächt für den Versicherten die Versuchung, Unfälle zu simulieren oder sie durch Nachlässigkeit hervorzurufen, ab.

Bemerken wir übrigens, dass das Krankengeld auch für den Sonntag zahlbar sein wird (Art. 56), während der Versicherte an diesem Tage keinen Lohn bezogen hätte (ohne von den gezeierten Wochentagen infolge Arbeitslosigkeit, Krankheit, Streiks u. s. w. zu sprechen). Das Krankengeld wird somit per Woche .7 mal 60% des Lohnes, d. h. $4\frac{1}{5}$ Tagelöhne oder 70% des Lohnes per Arbeitstag betragen. Was die Invaliden- und Hinterlassenenrenten betrifft, wird ein merklicher Vorteil daraus hervorgehen, dass der Jahresverdienst, die Grundlage dieser Renten, gleich dem dreihundertfachen Tagesverdienst sein wird (Art. 65), während die Arbeiter im allgemeinen kaum so viele Arbeitstage im Jahr haben.

3. Die gegenwärtigen Haftpflichtgesetze sehen im Prinzip den vollen Schadenersatz für Unfall vor; in der Praxis aber ist die Höhe der Entschädigung weit davon entfernt, 100% des Schadens zu erreichen, infolge sehr häufiger Anwendung rechtlicher Gründe der Ablehnung oder Kürzung der Entschädigung (Selbst- oder Mitverschulden, sogar leichterer Art, Zufa, Drittverschulden, Vorteil der Kapitalabfindung, gesetzliches Maximum u. s. w., siehe Tabelle, Seite 385, Ziff. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12 und 13). Nach der Amtlichen Sammlung der Entscheidungen des Bundesgerichts (1875 bis 1905) haben wir feststellen können, dass auf 51 Entscheidungen über die Anwendung der Gesetze von 1881 und 1887 auf Unfälle mit Invalidität der Entschädigungssatz durchschnittlich nur 43% des Schadens beträgt. Dieser Durchschnitt würde noch herabgemindert, wenn wir auch den Fällen hätten Rechnung tragen können, in denen das Bundesgericht wegen Selbstverschuldens des Verletzten jede Entschädigung verweigert; in diesen Fällen besteht aber keine Angabe über die Höhe des Schadens. Was die Entschädigungen betrifft, die unser Entwurf den Hinterlassenen gewährt, so sind sie im allgemeinen höher, als der aus den Entscheidungen des Bundesgerichts sich ergebende Durchschnitt.

Die Versicherung wird nicht mehr nur die Betriebsunfälle, sondern auch die Nichtbetriebsunfälle decken, die laut der schweizerischen Unfallstatistik von 1888—1891 durchschnittlich 18,3 % der Gesamtbelastung aus Unfällen bilden. Für Fr. 100 Schaden aus Invalidität infolge Unfall gewährt das Gesetz von 1881

$$\frac{43}{100} \times (100 - 18,3) = \text{Fr. } 35,13, \text{ während die Versicherung}$$

$$\frac{60}{100} \times 100 = \text{Fr. } 60 \text{ leisten wird.}$$

4. Für die Einzelheiten der Art. 49 bis 72, siehe den speziellen Teil (Seite 374 ff.).

Versicherungs-Prämien.

(Art. 73 bis 83.)

Festsetzung der Prämien. — 1. Die Prämie soll der genaue Gegenwert der vom Versicherer übernommenen Lasten sein; diese Lasten bestehen in der Verpflichtung, mehr oder weniger hohe Leistungen im mehr oder weniger wahrscheinlichen Falle des Vorkommens eines Unfalles zu gewähren.

Da die versicherten Leistungen vom Tagesverdienst des Versicherten abhängen (Art. 56, 58 und 61), so muss derselbe Verdienst auch für die Festsetzung der Prämien massgebend sein.

Das heisst kurz gefasst, dass die Prämie nach dem Lohn des Versicherten und nach seiner Unfallgefahr bestimmt werden soll (Art 73).

2. Der Art. 74 ordnet die Festsetzung des Tagesverdienstes; er entspricht den Artikeln 292 und 88 des Gesetzes von 1899.

a. Um ihrem Entschädigungszweck nachzukommen, kann die Versicherung ihre Leistungen nicht auf einen mehr oder weniger zufälligen und unvollständigen Lohn gründen, den der Versicherte am Tage des Unfalles bezog. Der Schaden besteht tatsächlich im Verlust des gewöhnlichen oder normalen Lohnes des Versicherten. Dies sind die Gründe für die Bestimmungen der Absätze 1 bis 4 des Artikels 74:

Ist der Lohn ungleichmässig, so wird er nach einem Durchschnitt berechnet.

Als „Lohn“ wird die Gesamtheit der Vorteile, die der Versicherte als Gegenwert seiner Arbeit genoss, betrachtet, also mit Einschluss der Nebenbezüge in Geld oder Naturalien. Zu

diesen gehören z. B. freie Wohnung, der Unterhalt oder die Gratisheizung, die Reiseentschädigungen, Sparprämien, Provision auf Einkassierungen etc. Es handelt sich hier nur um „regelmässige“ Nebenbezüge, um solche nämlich, die durch eine Regel bestimmt und nicht vom freien Ermessen anderer abhängig sind; dagegen ist es ohne Belang, wenn ihr Betrag nicht gleichmässig ist, in welchem Falle man sie nach ihrem durchschnittlichen Wert berechnen wird.

Für Versicherte, die keinen Lohn oder nur einen Anfangslohn beziehen, wird der niederste Lohn eines erwachsenen Arbeiters desselben Betriebes eingesetzt. Diese Bestimmung macht dem Art. 65, Abs. 2, keinen Eintrag, welcher feststellt, dass die Invaliden- und Hinterlassenenrenten sich nach dem Normallohn eines Erwachsenen desselben Berufes vom Zeitpunkt an richten werden, wo der Versicherte wahrscheinlich diesen Lohn erreicht hätte.

b. Das Gesetz von 1899 (Art. 89 und 292) bestimmte, dass für die Krankenversicherung und also auch für die Unfallversicherung der Tagesverdienst nur so weit in Betracht falle, als er den Betrag von Fr. 7. 50 nicht übersteige. Diese Festsetzung des in Betracht fallenden Maximallohnes gründete sich auf die Befürchtung, die Krankenkassen wegen der Versicherung von hohen Löhnen allzu grossen Risiken auszusetzen. Man machte geltend, dass eine auf Grund eines derartigen Lohnes versicherte Person, die infolgedessen auf grosse Leistungen Anspruch machen könnte, der Kasse beträchtliche Auslagen im Falle längerer Krankheit auferlegte; anderseits wären die derartig Versicherten in jeder Kasse zu wenig zahlreich, als dass eine Beständigkeit der Lasten ihnen gegenüber sich ergeben würde (Bundesbl. 1896, II, 379, Ziff. 2). Diese Erwägungen sind auf die Unfallversicherung nicht anwendbar, die durch eine Zentralanstalt versehen wird, welche einen bedeutend höheren Effektivbestand von Versicherten, als der einer Krankenkasse, besitzt und schon aus diesem Grunde mehr Sicherheit bietet. Diese Anstalt kann ohne Gefahr selbst hohe Löhne versichern.

Ja, mehr noch, entgegen einem weitverbreiteten Vorurteil, bilden die zu einem hohen Lohn versicherten Personen durchschnittlich besonders vorteilhafte Elemente. Die Prämien wachsen nämlich proportionell mit dem Lohn, während dies nicht von allen versicherten Leistungen der Fall ist. Bei doppelt so hohem Lohn z. B. sind die Prämien ebenfalls doppelt, und doch, wenn

das Krankengeld und die Renten sich verdoppeln, bleiben die Heilungskosten und das Sterbegeld dieselben.

Wir haben aus diesem Grunde geglaubt, von einer neuen Festsetzung eines in Betracht fallenden höchsten Tagesverdienstes Umgang nehmen zu sollen, dies um so mehr, als für die zu hohen Löhnen Versicherten ein finanzieller Nachteil gegenüber der Haftpflicht des Arbeitgebers entstände. Die gegenwärtige Haftpflicht hat nämlich den Ersatz des entgangenen Lohnes, welches auch sein Betrag gewesen sein mag, im Auge.

Es genügt, dass der Bundesbeitrag ein stufenweise abnehmender sei, d. h., dass er einen um so geringeren Teil der Prämien betrage, als die Löhne und infolgedessen die Prämien höher sind, und dass der Bund keinen Beitrag an den Mehrbetrag einer Tagesprämie über 15 Rappen leiste (Art. 79).

c. Nach dem Gesetze von 1899 (Art. 90 und 292) stützte sich die Versicherung nicht auf den wirklichen Lohn: das Gesetz schuf Lohnklassen, indem es die wirklichen Tagesverdienste in Gruppen einteilte. Der höchste Grenzbetrag jeder Klasse galt als Tagesverdienst sämtlicher zu dieser Klasse gehörenden Versicherten. Ein Versicherter, dessen wirklicher Lohn dem Minimum seiner Klasse gleichkam, wurde behandelt, als ob er das Maximum dieser Klasse verdient hätte. So ergab sich eine Erhöhung der Prämien und der Entschädigungen, die je nach den Versicherten und den Klassen verschieden war.

Dies zeigt nachfolgende Tabelle, welche die Lohnklassen des Gesetzes von 1899 wiedergibt. In den zwei letzten Spalten geben wir — für die Versicherten, die das Minimum ihrer Klasse verdienen — die Steigerung an, welche ihr wirklicher Lohn erlitt, sowie auch die Höhe, welche das Krankengeld für sie (statt 60 %) demnach erreichte.

Klassen	Löhne von	Steigerung des wirklichen Lohnes, in %	Entschädigungssatz
I	0. — bis 1. —	∞	∞
II	1. 01 „ 1. 50	50	90
III	1. 51 „ 2. —	33	80
IV	2. 01 „ 2. 50	25	75
V	2. 51 „ 3. —	20	72
VI	3. 01 „ 3. 50	17	70
VII	3. 51 „ 4. —	14	69
VIII	4. 01 „ 5. —	25	75
IX	5. 01 „ 6. —	20	72
X	6. 01 „ 7. 50	25	75

Jedes System, das darin besteht, die wirklichen Löhne auf eine gewisse Zahl von Lohnbeträgen zurückzuführen und die Versicherung auf diese letzteren zu stützen, bedingt eine gewisse Ungenauigkeit, die um so grösser, je geringer die Zahl der angenommenen Lohnbeträge ist. Wenn die typischen Löhne höher sind als die wirklichen, so entsteht eine Vermehrung der Kosten der Versicherung, und die Steigerung des Entschädigungssatzes führt dahin, die glückliche Wirkung, die man auf die Simulation dadurch auszuüben gedachte, dass man den Versicherten für einen Teil des Schadens zum Selbstversicherer machte, wettzuschlagen.

Übrigens scheint es uns sehr zweifelhaft, dass aus der Institution der Lohnklassen für die Verwaltung der Versicherung eine nennenswerte praktische Vereinfachung hervorgehen könne. Behufs Bestimmung der Klasse, welcher der Versicherte angehört, muss notwendigerweise vorher sein wirklicher Lohn festgesetzt werden.

Aus diesen verschiedenen Gründen vermeiden wir es, im Gesetze Lohnklassen zu schaffen. Für den Fall jedoch, wo die Zukunft diese Schaffung als wünschbar erscheinen liesse, behalten wir der Anstalt, unter Zustimmung des Bundesrates, dieses Recht vor (Art. 74, letzter Absatz). Auf diese Weise kann man ohne jedesmalige Änderung des Gesetzes diese Klassen je nach praktischer Erfahrung einrichten, abändern oder aufheben.

d. Die Festsetzung des Tagesverdienstes konnte nach dem Gesetze von 1899 (Art. 92, 176, lit. f, und 178) Anlass zu Beschwerden in zwei Instanzen geben, nämlich bei der kantonalen Aufsichtsbehörde und beim Bundesrat; das Bundesversicherungsgericht war durch diese Festsetzung gebunden (Art. 315, Abs. 3). Unser Entwurf kennt keine kantonale Aufsichtsbehörde mehr, die in Unfallversicherungssachen Befugnisse ausüben könnte, und der Bundesrat ist kaum in der Lage, die Festsetzung des Lohnes der Versicherten zu prüfen. Deshalb stellen wir in Art. 88, Abs. 3, fest, dass das Versicherungsgericht, das berufen ist, über Streitigkeiten wegen der Entschädigungen oder der Prämien zu entscheiden, an die von der Anstalt ausgehende Lohnbestimmung nicht gebunden ist und sie infolgedessen abändern kann. Unser System hat für Arbeitgeber und Versicherte den Vorzug, jegliche Garantie für eine genaue Festsetzung durch eine Gerichtsbehörde zu bieten, und zu vermeiden, dass z. B. bei der Regelung eines Unfalles der Versicherte einen doppelten Pro-

zess einerseits für die Feststellung des früheren Lohnes, anderseits für die Bestimmung des Grades der Invalidität zu führen habe.

3. Die Artikel 75 bis 78 handeln von der Schätzung der Unfallgefahr des Versicherten, d. h. der Bestimmung des Prämien-satzes.

a. Wie jeder andere Versicherer, wird die Anstalt einen Tarif einführen, der die verschiedenen Betriebsarten in „Gefahrenklassen“ einteilt und für jede Klasse einen „Prämien-satz“, d. h. den Betrag der Prämie in Lohnprozenten angibt. Da aber bei derselben Betriebsart die Unfallgefahr verschieden sein kann, je nachdem man gewisse Vorsichtsmassregeln trifft oder unterlässt, gewisse Motoren verwendet etc., so kann der Tarif in der gleichen Klasse verschiedene „Gefahrenstufen“ festsetzen, indem er für jede derselben einen besondern Prämien-satz bestimmt (Art. 75).

b. Nach den Angaben des Tarifs wird jeder versicherte Betrieb einer Gefahrenklasse und gegebenenfalls einer Gefahrenstufe zugeteilt werden (Art. 76). Der Prämien-satz seiner Angestellten und Arbeiter wird somit derjenige sein, den der Tarif für die betreffende Klasse und Stufe angibt. Aber auch hier wird es möglich sein, zu unterscheiden. Statt das Personal eines Betriebes in seiner Gesamtheit einer gleichen Klasse oder Stufe zuzuteilen, wird man gruppenweise vorgehen können, je nachdem zum Beispiel ein Teil der Arbeiterschaft bei einer besonders gefährlichen Arbeit beschäftigt sein wird.

c. Der Tarif selbst kann jedes Jahr spätestens am 1. November für den nächstfolgenden 1. Januar abgeändert werden (Art. 75, Abs. 4). Diese auf Grund der gemachten Erfahrungen vorgenommene Abänderung wird in einer Neueinteilung gewisser Betriebsarten, oder in einer Änderung des Prämien-satzes für diese oder jene Gefahrenklasse oder Gefahrenstufe bestehen.

Was die Zuteilung eines Betriebes betrifft, sieht Art. 77 die Abänderung in drei Hauptfällen vor:

α. Wenn im Betrieb keine Abänderung eingetreten ist, die eine Vermehrung der Unfallgefahr nach sich zieht (Absatz 1). Dies ist der Fall, wenn der veränderte Tarif eine andere Einteilung der Betriebe dieser Art einführt, oder wenn infolge Verminderung der Unfallgefahr die bisherige Einteilung dem Tarife nicht mehr entspricht. Wir sehen in diesem Falle vor, dass von

Amtes wegen oder auf Verlangen hin die Zuteilung, spätestens am 1. Dezember auf den nächsten 1. Januar, abgeändert werde.

β. Wenn ungeachtet Art. 45 der Arbeitgeber die Schutzmassregeln gegen Unfälle vernachlässigt (Absatz 2); der Betrieb muss natürlich sofort, mit der Möglichkeit einer Rückwirkung, in die Gefahrenstufe versetzt werden, die für den Fall einer derartigen Vernachlässigung durch den Tarif vorgesehen ist.

γ. Wenn im Betrieb des Unternehmens oder in der Beschäftigungsart der Versicherten eine die Unfallgefahr erhöhende Änderung eintritt: der Arbeitgeber führt zum Beispiel einen gefährlicheren Fabrikationszweig ein; er stellt Maschinen auf u. s. w. Die bisherige Zuteilung des Betriebes entspricht dem Tarif nicht mehr und muss daher mit Rückwirkung vom Zeitpunkt der Gefahrerhöhung an abgeändert werden.

d. Nach dem Gesetz von 1899 (Art. 234, 288 und 290) war es das eidgenössische Versicherungsamt, das den Tarif festsetzte, und der „Versicherungsrat“, der unserm Verwaltungsrat entspricht, hatte in dieser Sache bloss eine beratende Rolle. Er war nur berufen, über Beschwerden in Sachen der Zuteilung der Versicherten zu entscheiden. Unser Entwurf (Art. 75 und 78, Abs. 2) überlässt dagegen dem Verwaltungsrat selbst die Festsetzung des Tarifes und hält selbstverständlich seine Befugnisse bezüglich Zuteilungsbeschwerden aufrecht.

e. Es ist kein Grund vorhanden, zu befürchten, dass in der zukünftigen Unfallversicherung „die guten Risiken für die schlechten zu bezahlen haben“. Der Tarif wird unter der Aufsicht des Bundesrates (Art. 30) durch eine von den Beteiligten selbst gewählte Anstaltsbehörde festgesetzt und abgeändert; dieselbe Behörde wird auch über die Beschwerden betreffend die Anwendung des Tarifes entscheiden. Die Prämiensätze werden der Unfallgefahr genau entsprechen. Die erste Tarifaufstellung wird auf Grund der statistischen Angaben, die man gegenwärtig über die Unfallgefahren der verschiedenen Berufs- und Beschäftigungsarten besitzt, stattfinden. Die nachträglichen Abänderungen der Prämiensätze werden auf Erfahrungen von genügender Dauer fussen, welche die Anstalt selbst bezüglich einer Kategorie von Betrieben, eines einzelnen Betriebes oder eines Teiles seiner Arbeiterschaft gemacht hat. Um aus diesen Erfahrungen die nötige Folgerung abzuleiten, d. h. einen Gewinn oder Verlust festzustellen, wird die Anstalt eine sorgfältige Unfallstatistik führen, dem Vorschlage nachkommend, eine „ge-

sonderte Buchführung“ oder „getrennte Rechnung“ je nach Betriebskategorien zu halten. Die Möglichkeit einer Revision der Prämiensätze, je nachdem sie einen Gewinn oder einen Verlust gebracht, wird für die Arbeitgeber und die Versicherten ein Interesse schaffen, den Unfällen vorzubeugen und die Simulation zu bekämpfen.

f. Um dieses Interesse noch unmittelbarer fühlbar zu machen, hat man vorgeschlagen, festzustellen, dass, wenn während einer gewissen Zeitperiode die Versicherung der Arbeiterschaft eines Betriebes der Anstalt einen Gewinn gebracht hätte, nicht allein der Prämiensatz eine Reduktion für die Zukunft erfahren, sondern der Gewinn dem Betriebe, der ihn gebracht hat, zu gut geschrieben würde. Dieser Gedanke ist einleuchtend, und wir hätten ihn gerne aufgenommen, wenn er ausführbar wäre.

Bemerken wir von vornherein, dass, da keine Rede davon sein kann, den Betrieben, deren Versicherung einen Verlust hinterlassen, Nachtragsprämien aufzuerlegen, die Verteilung auf die Betriebe, die einen Gewinn gebracht haben, nur auf den nach Deckung der Verluste verbleibenden Nettogewinn sich beziehen könnte, d. h. dass jeder Betrieb in jedem Fall nur einen Teil seines Gewinnes erhalte.

Auf welcher Grundlage müsste die Verteilung zwischen den gewinnberechtigten Betrieben stattfinden? Wäre es pro rata des einbezahlten Prämienbetrages oder vielmehr des von jedem Betriebe erzielten Gewinnes? oder endlich, indem man für jeden von ihnen das Verhältnis zwischen seinen Prämien und seinem Gewinn in Betracht zöge? Welches auch das angenommene System sein möchte, würde die Verteilung für die Anstalt vermehrte Arbeit, eine Komplikation der Rechnungsführung und infolgedessen eine Vermehrung der Verwaltungskosten darstellen, die oft in keinem Verhältnis zu dem Betrag der zu verteilenden Summen wäre.

Nehmen wir an, der Bund verzichte, um die Sache zu vereinfachen, auf einen Anteil am Gewinn. Dagegen könnte man nicht gestatten, dass der Arbeitgeber die ihm durch die Anstalt vergüteten Gewinnbeträge ganz in Anspruch nähme. Diese Beträge rühren nämlich von den Prämien her, von denen ein Teil durch die Versicherten selbst getragen wurde (Art. 83). Nachdem er mit der Anstalt Abrechnung gehalten, müsste der Arbeitgeber dies somit noch mit jedem seiner während der in Frage kommenden Periode versicherten Angestellten und Ar-

beiter tun; wenn nicht, würde er einen unrechtmässigen Nutzen beziehen, und die Versicherten hätten, gerade weil sie nicht am Gewinn beteiligt wären, nicht mehr das unmittelbare Interesse, auf das man rechnete. Was würde aus dem Gewinnanteil werden, der den Versicherten gehört, die inzwischen den Betrieb verlassen hätten? Auf wie lange Zeit müsste der Arbeitgeber verpflichtet werden, diesen Anteil in Reserve zu halten für den Fall, dass er von den Berechtigten verlangt würde?

Angesichts dieser praktischen Schwierigkeiten verzichten wir darauf, durch Rückzahlung eines Teiles des Gewinnes die Prämien auch für die Vergangenheit zu reduzieren; es scheint uns zu genügen, für die Zukunft durch eine Abänderung der Prämienätze der Gesamtheit der Gewinne und Verluste Rechnung tragen zu können.

* * *

Bundesbeitrag. — 4. Das Gesetz von 1899 (Art. 224) überband dem Bund einen Fünftel der Gesamtpremien der Unfallversicherung; es könnte heute keine Rede davon sein, auf eine Bundessubvention, die dem allgemeinen Wunsche Rechnung trägt, zu verzichten.

a. Aus den gleichen Gründen, wie die, welche wir in bezug auf die Subventionierung der Krankenversicherung (Seite 297 ff.) dargelegt haben, ist es angezeigt, den Bundesbeitrag an die Unfallversicherung im Gesetze selbst zu bestimmen, ihn degressiv zu gestalten und im Prinzip auch den fremden Versicherten zu gewähren.

Nach dem Gesetze von 1899 blieb der Bundesbeitrag unveränderlich gleich einem Fünftel der Prämie. Man hat gegen dieses System geltend gemacht, dass die Versicherungen, deren Prämien hohe sind — wegen hoher Löhne oder grösserer Unfallgefahr — nicht Beiträge erhalten sollten in gleichem Masse wie die Versicherungen mit niedrigen Prämien.

Unser Art. 79 stellt eine Degressivität fest und bezeichnet ihren Gang. Für eine Tagesprämie von

1	Rappen	trägt	der	Bundesbeitrag	30 %,	nämlich	0,30	Rappen
2	"	"	"	"	29 %,	"	0,58	"
3	"	"	"	"	28 %,	"	0,84	"
11	"	"	"	"	20 %,	"	2,20	"
15	"	"	"	"	16 %,	"	2,40	"

Wie man sieht, nimmt der absolute Wert des Beitrages mit der Prämie zu, aber diese Zunahme ist eine langsamere, als die der Prämie, und es erhalten somit die Prämien in um so geringerem Masse Beiträge, als sie höher sind.

b. Wollten wir für Tagesprämien von 16 Rappen und mehr die Degression fortsetzen (15 %, 14 % etc.), würde der absolute Wert des Beitrags zu sinken beginnen und nach und nach auf Null ankommen. Hätten wir andererseits die Degression aufgehoben, so würden die höchsten Prämien in gleichem Masse Beiträge bezogen haben, wie die von 15 Rappen. Wir bestimmen deshalb, dass an den Mehrbetrag einer Tagesprämie über 15 Rappen kein Beitrag geleistet werde. Für höhere Prämien als 15 Rappen wird der Beitrag daher einheitlich 16 % von 15 Rappen betragen, und der Beitragssatz langsam abnehmen. Nachfolgende Tabelle zeigt den Unterschied zwischen diesem System und demjenigen der fortdauernden oder aufgehobenen Degression:

Für eine Prämie von	Angenommenes System		Fortdauernde Degression		Aufgehaltene Degression	
	Beitrag (16% v. 15)	in % der Prämie	Beitrag	in % der Prämie	Beitrag	in % der Prämie
15 Rappen	Rp. 2.40	16	Rp. 2.40	16	Rp. 2.40	16
16	2.40	15	2.40	15	2.56	16
17 "	2.40	14,1	2.38	14	2.72	16
18 "	2.40	13,3	2.34	13	2.88	16
30 "	2.40	8	0.30	1	4.80	16
31 "	2.40	7,7	0.—	0	4.96	16

e. Für die Versicherten, deren Tagesprämien die Höhe von 11 Rappen nicht erreichen, wird der Beitragssatz (zwischen 30 und 21 % sich bewegend) höher sein, als der durch das Gesetz von 1899 einheitlich festgesetzte Satz von 20 %. Nach unsern Erwartungen werden diese Versicherten die Mehrzahl bilden. Da aber die Versicherten mit Tagesprämien von über 11 Rappen in einem geringern Masse Beiträge erhalten werden, als nach dem Gesetze von 1899, und da ihre Prämien eine grössere Summe ausmachen, als die der übrigen Versicherten, wird der durchschnittliche Beitragssatz weniger als 20 % betragen. Die Mehrzahl der Versicherten wird also besser behandelt werden, als dies nach dem Gesetze von 1899 geschehen wäre, und doch wird unser System dem Bunde weniger kosten, als die Anwendung des Systems von 1899 auf dieselbe Gesamtheit von Versicherten.

* * *

Beteiligung der Arbeitgeber und der Versicherten. — 5. Die „Restprämie“, d. h. der durch den Bundesbeitrag nicht gedeckte Teil der Prämie, wird durch den Arbeitgeber bezahlt, der davon einen Viertel am Lohn des Versicherten abziehen kann (Art. 81 und 83). Da der Bundesbeitrag durchschnittlich 18 % der Gesamtprämie (Seite 344) und die Restprämie also 82 % beträgt, wird der durchschnittliche Anteil der Arbeitgeber $\frac{3}{4}$ der 82 %, d. h. 61,5 % der Gesamtprämie betragen; der Versicherte hat $\frac{1}{4}$ von 82 %, d. h. 20,5 % der Gesamtprämie zu bezahlen.

Nach dem Gesetz von 1899 bestand die Restprämie in 80 % der Gesamtprämie und, da sie sich auch mit $\frac{3}{4}$ und $\frac{1}{4}$ zwischen dem Arbeitgeber und dem Versicherten verteilte (Art. 298), trug ersterer 60 % und letzterer 20 % an die Gesamtprämie bei.

Eine Beteiligung der Versicherten an den Restprämien ist angezeigt, da die Versicherung auch die Nichtbetriebsunfälle decken wird. Es ist ferner gut, wenn man die Versicherten selbst an der Unfallverhütung interessiert, und wenn sie an der Verwaltung der Anstalt teilnehmen können (Art. 26).

III. Finanzielle Belastung des Bundes.

Wir haben noch die Höhe der finanziellen Belastung, die dem Bund aus der Ausführung des Gesetzes erwächst, zu ermitteln. Zum voraus ist darauf aufmerksam zu machen, dass es sich hierbei nicht darum handeln kann, die jährlich nötig werdenden Summen genau zu berechnen; denn diese hängen von mannigfachen Einflüssen ab, die in der statistischen Beobachtung nur annähernd berücksichtigt werden können, ja sich derselben zum Teil ganz entziehen.

Krankenversicherung.

Laut Art. 19 des Entwurfes zahlt der Bund den anerkannten Krankenkassen für jedes Mitglied einen Beitrag von 1 oder $1\frac{1}{2}$ Rappen für jeden Tag der Mitgliedschaft. Wir suchen die Zahl der subventionsberechtigten Versicherten, sowie die Höhe des durchschnittlichen Bundesbeitrages, der auf einen Versicherten entfällt, zu bestimmen. Die Hilfskassenstatistik lehrt, dass fast sämtliche 1814 Kassen, die im Jahre 1903 die Krankenversicherung betrieben, entweder die Bedingungen zur Erlangung des Bundesbeitrages von täglich 1 Rappen bereits erfüllen, oder mit Hülfe des letztern erfüllen können. Da diese Kassen einen Mitgliederbestand von rund 425,000 Versicherten aufweisen, hätten sie Anrecht auf eine jährliche Bundessubvention von Fr. 1,551,250. Ausserdem werden 1260 der gegenwärtigen Kassen, mit 264,675 Mitgliedern, den Zuschlagsbeitrag von $\frac{1}{2}$ Rappen beanspruchen können, was einer Summe von jährlich Fr. 484,355 entspricht. Sodann sieht der Entwurf in Art. 20 Extrabeiträge des Bundes an solche anerkannte Krankenkassen vor, für die infolge topographischer Verhältnisse die Gewährung der ärztlichen Behandlung und Arznei besonders hohe Kosten verursacht. Die Höhe dieser Beiträge kann auf jährlich Fr. 200,000 veranschlagt werden. Der Gesamtbundesbeitrag für die 425,000 in Betracht gezogenen Personen erreicht somit einen jährlichen Betrag von Fr. 2,235,605, was für die versicherte Person durchschnittlich Fr. 5.26 ausmacht. Da indessen die Zahl der subventionsberechtigten Kassenmitglieder von 425,000 wohl auf zirka 600,000 angewachsen wird, beläuft sich für diese der

Bundesbeitrag gemäss vorstehendem Durchschnitt auf Fr. 3,156,000. Schätzen wir endlich die Mehrausgabe, die dem bestehenden Versicherungsamt infolge der Beaufsichtigung der anerkannten Krankenkassen und der ihm zgedachten Rolle eines den Kantonen zur Verfügung stehenden Beraters erwächst, auf Fr. 100,000, so betragen die jährlichen Bundesleistungen für die Zwecke der Krankenversicherung Fr. 3,256,000.

Unfallversicherung.

Aus den Berichten der eidgenössischen Fabrikinspektoren, aus der eidgenössischen Betriebszählung und den statistischen Erhebungen über das Personal der Eisenbahnen, Dampfschiffahrtsunternehmungen und der Post folgt, dass die durch den Entwurf versicherungspflichtig erklärten Personen (Art. 38) die Zahl von zirka 428,000 erreichen. Weil einerseits diese Zahl zunehmen wird, und anderseits der Entwurf auch die freiwillige Versicherung vorsieht (Art. 84), so nehmen wir eine Gesamtzahl von 500,000 Versicherten in Aussicht.

Die von der eidgenössischen Fabrikinspektion geführten Verzeichnisse über das Unfallwesen, eine vom schweizerischen Arbeitersekretariat neulich ausgearbeitete Lohnstatistik von Winterthur und Umgebung und ähnliche frühere Erhebungen, sowie das Studium der ausländischen Lohnverhältnisse haben es uns ermöglicht, für die oben aufgeführten Personen einen jährlichen Durchschnittslohn von Fr. 1089.24 (täglich zirka Fr. 3.63) in Anrechnung zu bringen. Die jährliche Lohnsumme der Versicherten beläuft sich somit auf Fr. 544,620,000.

Die versicherungstechnische Wertung der im Entwurf vorgesehenen Leistungen erfordert eine durchschnittliche Nettoprämie von 2,₅ Lohnprozenten; es ergibt sich demnach ein Betrag an Nettoprämien von Fr. 13,615,500. Nun muss noch die eine Hälfte der Verwaltungskosten, die wir nach den deutschen und österreichischen Erfahrungen total auf Fr. 1,793,689 bemessen, durch die Prämien gedeckt werden; somit erhalten wir einen Bruttoprämienbetrag von Fr. 13,615,500 + 896,845 = 14,512,345 Fr., woraus sich ein durchschnittlicher Bruttoprämiensatz von 2,₆₇ Lohnprozenten ergibt.

Für die Ermittlung des Bundesbeitrages an obige Summe teilten wir sämtliche Versicherte in 30 verschiedene Gruppen ein, brachten für jede derselben einen Durchschnittslohn und einen

Durchschnittsprämiensatz in Aprechnung und berechneten so die Tagesprämien, nach deren Höhe sich die Bundesbeiträge bemessen (Art. 79). Diese Berechnung ergibt einen Bundesbeitrag von Fr. 2,662,071, d. h. rund 18 % der Bruttoprämien.

Der Bund hat im fernern noch die andere Hälfte der Verwaltungskosten (Art. 22), nämlich Fr. 896,845 zu bestreiten, sowie die Kosten des Versicherungsgerichtes (Art. 89). Diese letztern schätzen wir, um aufzurunden, auf jährlich Fr. 91,084. Die Gesamtleistung des Bundes für die Unfallversicherung beläuft sich demnach jährlich auf Fr. 2,662,071 + Fr. 896,845 + Fr. 91,084 = Fr. 3,650,000.

Total der mutmasslichen jährlichen Belastung des Bundes.

Krankenversicherung	Fr. 3,256,000
Unfallversicherung	„ 3,650,000
	Total Fr. 6,906,000

* * *

Nach dem Entwurf (Art. 22) trägt der Bund überdies die Einrichtungskosten der Unfallversicherungsanstalt; wir nehmen hierfür einen einmaligen Betrag von Fr. 200,000 in Aussicht.

* * *

Betreffend die Finanzierung der Versicherung können wir noch nicht sagen, ob das Budget der nächsten Jahre die nötigen Mittel zu liefern im stande sei, oder ob man die Schaffung neuer Einnahmen werde anstreben müssen. Die Lösung dieser Frage wird aus dem Studium hervorgehen, dem sich unser Finanzdepartement gegenwärtig bezüglich unserer Finanzlage widmet. Das Ergebnis dieser Prüfung wird Ihnen samt unsern Vorschlägen in einem besondern Berichte mitgeteilt werden.

C. Spezieller Teil.

Es erübrigt noch, auf die Einzelheiten der Bestimmungen unseres Entwurfes einzutreten.

Erster Titel.

Krankenversicherung.

A. Allgemeine Bestimmungen.

Art. 1. Wir haben den im allgemeinen Teil (Seite 251 bis 264) enthaltenen Ausführungen nichts beizufügen.

Art. 2. Siehe allgemeiner Teil, Seite 264, Ziff. 1.

Art. 3. Siehe allgemeiner Teil, Seite 265 bis 267, Ziff. 2 u. 3.

B. Anerkannte Krankenkassen.

Wir haben die Bezeichnung „anerkannte Krankenkassen“ angenommen, weil sie dem Gedanken einer Überwachung und Subventionierung gut entspricht.

Jedenfalls ist es angezeigt, die Bezeichnung „eingeschriebene Krankenkassen“ nicht wieder aufzunehmen, die im Gesetz von 1899 (Art. 190 und 191) auf solche freie Kassen Anwendung fand, die sich an der obligatorischen Krankenversicherung beteiligten. Die freien Kassen, um die es sich heute handelt, weisen nicht diese Besonderheit auf, und die Anwendung der gleichen Bezeichnung würde nur zu Verwirrung führen.

Art. 4. Siehe allgemeiner Teil, Seite 268 und 269.

Art. 5. Siehe allgemeiner Teil, Seite 270.

Art. 6. Sowohl die Notwendigkeit als auch die Grundbedingungen der Freizügigkeit sind im allgemeinen Teil dargelegt worden (Seite 270 bis 277). Wir haben nur noch ihre Einzelheiten zu prüfen.

Lit. a. — 1. Die Freizügigkeit soll einzig den seit längerer Zeit versicherten Personen zu gute kommen. Es ist namentlich für solche Personen, deren Alter im Verlauf längerer Mitgliedschaft zugenommen und deren Gesundheit gelitten hat, von Wichtigkeit, bei veränderten Verhältnissen frei zu einer andern Kasse übergehen zu können. Es handelt sich auch darum, dem leicht ausführbaren Missbrauch zu begegnen, der darin bestände, einer Kasse nur auf kurze Zeit beizutreten, in der alleinigen Absicht, dann mit Hilfe der Freizügigkeit den Beitritt in eine andere Kasse, mit Umgehung ihrer üblichen Aufnahmebedingungen betreffend Alter und Gesundheit, zu erzwingen.

2. Wir fügen bei, dass, wenn die Mitgliedschaft eine Unterbrechung von mehr als 2 Monaten erleidet, die vor dieser Unterbrechung liegende Mitgliedschaftszeit nicht berücksichtigt wird. Von der Freizügigkeit sollen nämlich nur solche Personen Gebrauch machen können, die der Krankenversicherung auch in Zeiten guter Gesundheit treu geblieben sind. Wir wollen die „Antiselektion“ vermeiden, die daraus entstände, dass gesunde Versicherte ihre Kasse verliessen, ohne jedoch nachher bei geschwächter Gesundheit das Recht zu verlieren, gestützt auf ihre frühere Mitgliedschaft die Freizügigkeit anzurufen.

Genau genommen, sollte eine ununterbrochene Mitgliedschaft verlangt werden; wenn wir trotzdem eine 2 Monate nicht übersteigende Unterbrechung gestatten, so geschieht es, um dem Übertretenden die ihm zum Ordnen seiner neuen Mitgliedschaft nötige Zeit einzuräumen. Eine Person z. B., deren Wohnungswechsel von Rechts wegen die Aufhebung ihrer bisherigen Mitgliedschaft herbeiführt, ist anderweitig zu sehr beschäftigt, um im Augenblick ihrer Ankunft am neuen Wohnorte sich daselbst bei einer neuen Krankenkasse anmelden zu können.

Die praktische Wirkung dieser Bestimmung erhellt aus folgendem Beispiel: Ein seit mehr als 2 Jahren versichertes Mitglied der Kasse A verlässt diese Kasse Ende Dezember 1905. Indem es sich nun am 15. Februar, d. h. innert 2 Monaten bei der Kasse B anmeldet, genießt es das Recht der Freizügigkeit in diese Kasse B. Muss nun diese Person Ende Juni 1906, d. h. bevor sie der Kasse B 2 Jahre lang angehört hat, dieselbe

verlassen, so hat sie das Recht, zu Kasse C ihres neuen Wohnortes überzutreten, ungeachtet des Unterbruchs der Mitgliedschaft vom 1. Januar bis 15. Februar 1906. Wäre dagegen die Mitgliedschaft während mehr als 2 Monaten seit Austritt aus Kasse A unterbrochen gewesen, so hätte die Dauer der Mitgliedschaft bei dieser Kasse behufs Freizügigkeit zu Kasse B oder C nicht angerufen werden können.

Siehe als Übergangsbestimmung Art. 90.

3. Die frühere Mitgliedschaft kann bei einer einzigen Kasse oder nacheinander bei mehreren stattgefunden haben. Man hat sich diesbezüglich die Frage gestellt, ob es nicht angezeigt wäre, zudem die Bedingung zu stellen, dass der Versicherte während einer gewissen Zeit, z. B. 8 Monate, der letzten Kasse angehört habe. Man möchte damit folgendem Missbrauch vorbeugen: Eine Person war während 3 Jahren (1900—1902) Mitglied der Kasse A, sie ging, gestützt auf Freizügigkeit, am 1. Januar 1903 von dieser Kasse A zu Kasse B über; unmittelbar darauf wird sie krank und bezieht von Kasse B während 6 Monaten, vom Januar bis Juni 1903, Krankengeld. Die Krankheit dauert an, aber wegen Ablaufes der statutarischen Unterstützungsdauer von 6 Monaten hören die Leistungen seitens der Kasse B auf. Der Versicherte lässt sich hierauf, gestützt auf Freizügigkeit, in Kasse C aufnehmen, um bei ihr eine neue Unterstützungsdauer zu genießen. Dem möchte man vorbeugen, indem man diesem Versicherten entgegenhielte, dass er der Kasse B noch nicht 8 Monate angehört habe, und dass er erst zu Kasse C übergehen könne, wenn er wenigstens noch 2 Monate lang bei Kasse B verblieben sei, während welcher Zeit er eine Unterbrechung der Unterstützung erleiden würde. Auf den ersten Blick scheint eine derartige Bestimmung angezeigt. Bei näherer Betrachtung wird es jedoch klar, dass sie dem spekulierenden Übertritt von einer Kasse zur andern nicht immer vorzubeugen vermöchte; so würde es nach obigem Beispiel genügen, dass die Leistungen von Kasse B begonnen hätten — nicht vom Eintritt im Januar an —, sondern im März, so dass bei deren Ablauf im August der Versicherte die Unterstützung wieder erneuern lassen könnte, indem er frei zu Kasse C überträte, dank einer genügend langen Mitgliedschaft bei Kasse B. Die betreffende Bestimmung würde somit ihren Zweck nicht immer erreichen, während sie ein andermal weit über das Ziel hinausginge. Beispiel: Ein Versicherter war während 10 Jahren Mitglied der Kasse A, aus der er, gestützt

auf Freizügigkeit, zu Kasse B übertrat; er fiel keiner dieser beiden Kassen zur Last; vor Ablauf von 8 Monaten seit seinem Übertritt von A zu B ist er gezwungen, die Kasse B wegen Domizilwechsel zu verlassen. Dieser Versicherte hätte kein Recht auf Freizügigkeit zu Kasse C seines neuen Wohnortes, obschon er seit mehr als 10 Jahren Mitglied einer anerkannten Kasse ist; er verlöre die Vorteile dieser Mitgliedschaft ganz, und würde in die Lage einer Person zurückversetzt, die noch nie versichert war. Die spekulativen Übertritte, denen man vorbeugen möchte, werden übrigens selten sein; es ist kaum wahrscheinlich, dass zum alleinigen Zweck, die Unterstützungsdauer um einige Monate zu verlängern, ein Versicherter sich jedesmal dazu entschliesen wird, seinen Wohnort zu ändern, Beruf oder Anstellung zu wechseln.

Lit. b. — 1. Man hat schon aus dem allgemeinen Teil dieser Botschaft ersehen, dass die Freizügigkeit für den Fall vorgesehen werden muss, wo ein Versicherter Wohnort, Beruf oder Anstellung wechselt. Es ist nicht nötig, dass dieser Wechsel ein vom Willen des Versicherten unabhängiger gewesen sei, wohl aber dass der Versicherte infolge dieses Wechsels gezwungen sei, seine gegenwärtige Kasse zu verlassen. Beispiele: Die Freizügigkeit soll einer Person zu gute kommen, die infolge eines, wenn auch spontanen Wegzuges von Genf nach Zürich nicht mehr Mitglied der Genfer Kasse sein kann. Dieselbe Freizügigkeit muss dagegen dieser Person verweigert werden, wenn sie trotz ihrem — sogar gezwungenen — Wegzuge von Genf laut der Statuten der Genfer Kasse Mitglied dieser Kasse bleiben könnte. Auf diese Weise kann die oft heikle Frage, ob die Änderung eine freiwillige oder gezwungene gewesen sei, dahingestellt bleiben, und es ist unwahrscheinlich, dass ein Versicherter aus freien Stücken Wohnort, Beruf oder Anstellung wechseln wird, nur um einer andern Kasse beitreten zu können. Dagegen wird die Freizügigkeit für den Versicherten von dem Umstande abhängig sein, dass er seine gegenwärtige Kasse wegen der eingetretenen Änderung verlassen muss. Es bestände kein Grund, dem Versicherten Freizügigkeit zuzusichern, wenn er trotz dieser Änderung Mitglied seiner bisherigen Kasse bleiben könnte, ja, mehr noch, es hiesse dieser Kasse erlauben, ihre guten Risiken beizubehalten, während sie sich mit den schlechten dahin verständigte, dass sie, unter Berufung auf ihre Freizügigkeit, sich einer andern Kasse aufzwingen.

2. Einem erzwungenen Austritt wegen Domizil-, Berufs- oder Anstellungswechsels wird gleichgestellt der Fall, wo ein Mitglied seine Versicherung infolge der Auflösung seiner bisherigen Kasse aufgehoben sieht. Es ist angezeigt, dass diesfalls die Mitglieder dieser Kasse bei einer andern anerkannten Kasse Aufnahme finden können. Diese Möglichkeit wird die Kassen, die ein dürftiges Dasein fristen, oder deren Situation sonstwie misslich ist, zu ihrem eigenen besten veranlassen, sich aufzulösen. Wir gewähren den Vorzug der Freizügigkeit auch dem Versicherten, der, selbst freiwillig, seine Kasse im Momente verlässt, wo sie aufhört, eine „anerkannte“ zu sein. Auch hier heisst es, den Mitgliedern einer Kasse, die wahrscheinlich keine solide ist, und der zukünftig weder Auf- noch Bundesbeiträge zu gute kommen werden, den Austritt erleichtern. Sollten diese Austritte die Auflösung der Kasse beschleunigen, so würde das allgemeine Interesse dabei nur gewinnen.

3. Zur Freizügigkeit geben nur die vorerwähnten Fälle ein Recht. Somit hat ein von seiner Kasse z. B. wegen Nichtentrichtung der Beiträge oder wegen schlechter Ausführung ausgestossener Versicherter kein Recht, wegen dieses doch gezwungenen Austrittes in eine andere Kasse überzutreten.

Lit. c. 1. Im Prinzip soll der Übertretende die Bedingungen, die im allgemeinen für die Aufnahme in die neue Kasse gelten, erfüllen. Beispiele: 1. Um, gestützt auf Freizügigkeit, in die Ortskasse C übertreten zu können, muss der Versicherte seinen Wohnsitz in dem durch die Statuten dieser Kasse bestimmten Umkreis haben. 2. Der Beitritt zu einer Schreinerkasse kann nur durch Schreiner beansprucht werden. 3. Eine bei der Unternehmung Y nicht beschäftigte Person kann nicht verlangen, in die Krankenkasse dieser Unternehmung aufgenommen zu werden.

Diese Bestimmung ist selbstverständlich; sie leitet sich von denselben praktischen Erwägungen ab, die wir im allgemeinen Teil dieser Botschaft (Seite 271, Ziff. 2) auseinandergesetzt haben und laut welchen eine Kasse nicht gezwungen werden kann, ein Mitglied beizubehalten trotz einer Änderung von Wohnort, Beruf oder Anstellung. Wenn ein Versicherter genötigt werden kann, seine Kasse zu verlassen, weil er gewisse statutarische Bedingungen der Mitgliedschaft nicht mehr erfüllt, so darf man ihn noch weniger einer Kasse aufdrängen, der gegenüber er jene Bedingungen auch nicht erfüllte. Wenn der Versicherte beispielsweise die Ortskasse B verlassen musste infolge Wegzuges nach D, oder die schweizerische

Spenglerkasse, weil er Maurer geworden, oder endlich die Betriebskasse X, weil er zum Betriebe Z übergegangen, so kann man ihn weder der Kasse C, noch der Schreinerkasse, noch der Betriebskasse Y zuschieben.

Der Umstand, dass der Übertretende die allgemein geltenden Aufnahmebedingungen der neuen Kasse erfüllen muss, wird allerdings zur Folge haben, dass gewisse Kassen mehr oder weniger der Freizügigkeit unzugänglich bleiben. Immerhin wird es selten vorkommen, dass ein Bürger gar keine Kasse findet, die gehalten wäre, ihn aufzunehmen, da unter dem in unserm Entwurf eingeführten Subventionssystem sich bald überall Orts- und Bezirkskassen gründen werden, die für alle Bewohner des Ortes oder Bezirkes offen sind.

2. Wir führen zum Prinzip, dass der Übertretende den allgemein geltenden Aufnahmebedingungen der neuen Kasse zu genügen habe, zwei wichtige Ausnahmen an; sie betreffen das Alter und den Gesundheitszustand. Wenn der Übertretende auch bezüglich dieser beiden Punkte den gleichen Bedingungen unterworfen wäre, wie ein Neueintretender, so hätte die Freizügigkeit gar keinen praktischen Wert mehr. Eine sämtliche Eintrittsbedingungen erfüllende Person wird ja immer gerne aufgenommen werden, auch ohne dass sie sich auf ein Recht zur Aufnahme berufen müsste; aber gerade für die älteren oder kränklichen Personen ist die Freizügigkeit von Wert.

Indem wir u. a. die Forderung eines Minimalalters ausschliessen, bauen wir zwischen den Lehrlingskassen, Schulkassen etc. und den Kassen von Erwachsenen eine Brücke.

3. Ist es angezeigt, bereits kranke Mitglieder von der Freizügigkeit auszuschliessen oder vorzusehen, dass sie für diese Krankheit kein Recht gegen die neue Kasse beanspruchen können?

Bei Annahme der erstern Lösung wäre es notwendig, die bisherige Kasse zu zwingen, den Kranken zu behalten, wengleich ihre Statuten den Austritt wegen eingetretener Änderung (Domizilwechsels etc.) vorschreiben. So käme man wieder zum System, auf dessen ernste Unzukömmlichkeiten wir im allgemeinen Teil dieser Botschaft hingewiesen haben (Seite 271, Ziff. 2).

Wenn man dagegen die neue Kasse von jeder Verpflichtung hinsichtlich einer schon beim Übertritt vorhandenen Krankheit entbinden würde, so würde man gegen den Übertretenden die Forderung eines Gesundheitsausweises wieder aufstellen. Die an

einer Krankheit leidenden Personen wären in Bezug auf diese Krankheit der Wohltat des freien Übertritts beraubt, und was Personen von nur schwacher Gesundheit betrifft, so ermangelte man nicht, sie für krank zu erklären; folglich hörte der Gesundheitsdispens tatsächlich gerade für die auf, denen er am nützlichsten gewesen wäre. Da in vielen Fällen das Vorhandensein einer Krankheit fragwürdig ist, sowie später auch der Zusammenhang zwischen einer Arbeitsunfähigkeit und einer früher festgestellten Krankheit, ginge man einer Menge von Reibereien zwischen dem Versicherten und der neuen Kasse entgegen.

Es ist daher besser, für die schon kranken Personen keine Ausnahme zu machen, und dies um so weniger, als die Domizilwechsel gerade während einer Krankheit eher selten sind. Schon jetzt sehen 104 appenzellische und st. gallische Kassen mit 24,000 Mitgliedern unter sich die Freizügigkeit selbst für ihre erkrankten Mitglieder vor.

Übrigens wird es einer Kasse freistehen, wie überhaupt in Sachen der Doppelversicherung, zu bestimmen, dass sie dem Übertretenden keine Leistungen entrichte für eine schon beim Austritt aus der bisherigen Kasse bestehende Krankheit, die noch Gegenstand von Leistungen seitens dies r Kasse ist.

Lit. d. Die Freizügigkeit kann von einer Person, die fortfahren sollte, Mitglied einer oder mehrerer anderer Krankenkassen (schweizerische oder ausländische, anerkannte oder nicht anerkannte) zu sein, nicht beansprucht werden. Die Doppelversicherung bildet, wenn der Versicherte sich für den Krankheitsfall eine Leistung zugesichert sieht, die höher ist, als sein gewöhnlicher Verdienst, wegen der stärkern Versuchung zur Simulation eine Gefahr für die betreffenden Kassen. Es ist nicht angezeigt, die neue Kasse einer derartigen Gefahr auszusetzen. Der doppelt Versicherte ist zudem wegen seiner anderweitigen Versicherungen in einer Lage, die ihm die Freizügigkeit weniger nötig macht, als einem einfach Versicherten. Will er auf Freizügigkeit Anspruch erheben, so braucht er nur seine andern Versicherungen fallen zu lassen.

Da es praktisch unmöglich ist, den Beweis einer negativen Tatsache, wie des Nichtbestandes einer andern Versicherung zu leisten, so hat jede neue Kasse, die sich auf *lit. d* berufen will, vom Übertretenden eine Erklärung zu verlangen, dass er nicht Mitglied einer andern Kasse sei, und sich ausdrücklich vorzubehalten — für den Fall, dass diese Erklärung sich als unrichtig erweise —, den Versicherten auszustossen, oder ihm die Leistungen zu verweigern.

Absatz 2. — 1. Dieser Absatz enthält nur eine spezielle Anwendung des unter lit. c aufgestellten Grundsatzes, dass der Übertretende die für die Aufnahme in die neue Kasse allgemein geltenden Bedingungen zu erfüllen hat. Wir statuieren hier die Verpflichtung für den Übertretenden, dieser Kasse die gleichen Beiträge zu entrichten, wie sie von einem neu eintretenden Mitglied gleichen Alters allgemein gefordert werden. Es hiesse tatsächlich den Ruin der soliden Kassen herbeiführen, wenn man dem Übertretenden z. B. gestatten wollte, der neuen Kasse einfach einen Beitrag weiter zu bezahlen, der schon zur Zeit seines Eintrittes in die vorherige Kasse ungenügend war, oder es infolge des inzwischen erreichten Alters geworden ist. Der notwendige und zu fordernde Beitrag hängt vom Risiko ab, das der Versicherte im Hinblick auf sein gegenwärtiges Alter mit sich bringt, und es kann der neuen Kasse an sich gleichgültig sein, ob der Übertretende noch nie versichert, oder ob er es während 20 Jahren, aber bei andern Kassen war. Die neue Kasse ist auch an der Tatsache nicht schuld, dass der Übertretende seine frühere Kasse verlassen muss. Wenn somit eine Kasse im allgemeinen einen Tarif anwendet, der die Beiträge nach dem Eintrittsalter abstuft, was das einzig richtige ist, so kann sie die Bezahlung der durch diesen Tarif für das gegenwärtige Alter des Übertretenden festgesetzten Beiträge verlangen. Eine Begünstigung seitens der Kasse für den Übertretenden wird bereits darin bestehen, dass sie ihn zu diesen Bedingungen ohne Karenzzeit und Gesundheitsausweis überhaupt aufnimmt, während die im Tarif bestimmten Beiträge im allgemeinen auf Personen Anwendung finden, die einen Gesundheitsschein beibringen und zudem noch eine Karenzzeit durchzumachen haben. Wenn andererseits die neue Kasse im allgemeinen Beiträge verlangt, die nach dem Eintrittsalter ungenügend abgestuft sind, und wenn die Aufnahme eines schon älteren Übertretenden für sie aus diesem Grunde kostspielig wird, so hat sie diesen Schaden nur sich selbst zuzuschreiben. Um ihn für die Zukunft zu vermeiden, wird sie sich zu ihrem eigenen Nutzen entschliessen, ihre Beiträge im allgemeinen angemessen abzustufen.

2. Wenn man also, wie wir soeben gesehen haben, die neue Kasse ermächtigen muss, vom Übertretenden den Beitrag zu verlangen, den auch ein gleichaltriger Neueintretender zu bezahlen hat, soll das gleiche Prinzip hinsichtlich des Eintrittsgeldes Anwendung finden. Dieses ist.

tatsächlich nur ein einmaliger, statt periodisch wiederkehrender Beitrag. Beispiel: Für die Versicherung von 1 Fr. täglichen Krankengeldes, bei einer einjährigen Unterstützungsdauer, sollte eine Kasse von einem 20jährigen Eintretenden jährlich Fr. 7. 05, und von einem 30jährigen Eintretenden Fr. 8. 23 erhalten. Begnügt sie sich jedoch mit dem Beitrage von Fr. 7. 05 auch seitens des 30jährigen Eintretenden, so ist es nötig, dass sie von letzterem überdies in Ergänzung seines Beitrages ein Eintrittsgeld von Fr. 21. 72 verlange. Diese Summe entspricht genau dem Minderwert des jährlichen Beitrages in der Höhe von Fr. 1. 18 (8.23—7.05). Daraus ergibt sich, dass durch Bezug eines jährlichen Beitrages von Fr. 7. 05 und eines Eintrittsgeldes von Fr. 21. 72 die Kasse vom 30 Jahre alten Eintretenden nur, unter anderer Form, den nötigen Jahresbeitrag von Fr. 8. 23 fordert.

Dieses Beispiel genügt, um zu zeigen, dass die Behandlung des Übertretenden gleich derjenigen eines gleichaltrigen gewöhnlichen Neueintretenden, sowohl bezüglich des Eintrittsgeldes als auch der Beiträge, eine berechnete ist.

Man hat dennoch den Vorschlag gemacht, zu bestimmen, dass, wenn ein Übertretender schon ein Eintrittsgeld bei einer andern anerkannten Kasse bezahlt habe, der betreffende Betrag von dem in den Statuten der neuen Kasse vorgesehenen Eintrittsgelde in Abzug gebracht werden solle. Wir haben eine derartige Bestimmung aus folgenden Gründen zurückgewiesen: Die neue Kasse hat mit der Tatsache nichts gemein, dass, nachdem der Versicherte einer frühern Kasse ein Eintrittsgeld entrichtet hat, das für die ganze Lebensdauer des Versicherten als Ersatz für seine ungenügenden Beiträge gelten sollte, er diese Kasse verlassen muss, ohne eine Rückerstattung zu erhalten. Es wäre eine Willkür gegenüber der neuen Kasse, wenn man ihr z. B. bei der Aufnahme zweier gleichaltriger Übertretender, deren Versicherung ihr genau dieselben Verpflichtungen auferlegt, nur gestatten wollte, neben gleichen Beiträgen ein Eintrittsgeld von 5 Franken statt 25 Franken vom Übertretenden, der schon anderswo ein Eintrittsgeld von 20 Franken bezahlt, und ein solches von 20 Franken vom Übertretenden zu verlangen, der einer früheren Kasse 5 Franken entrichtet hat. Man kann sich auch nicht auf eine vermeintliche Ausgleichung unter den Kassen berufen.

Die statutengemässen Eintrittsgelder sind übrigens im allgemeinen nicht im stande, die Unzulänglichkeit der Beiträge bejahrter Eintretender, in Kassen mit einheitlichen Beiträgen, zu ergänzen.

Für eine einfache Versicherung von 1 Franken per Krankheitstag, wenn der gleiche Beitrag (Fr. 7. 05 per Jahr) von allen Versicherten ohne Unterschied des Eintrittsalters gefordert wird, sollte das Eintrittsgeld zwischen dem Alter von 20 und 45 Jahren von 0 bis Fr. 67. 69 variieren. Die Eintrittsgelder bewegen sich jedoch gewöhnlich in weit engeren Grenzen, so dass, selbst wenn sie das ganze Eintrittsgeld beziehen, die meisten Kassen an den bejahrten Übertretenden Verlust erleiden werden. Ein weiterer Verlust wird ohnedies durch die Aufnahme von Übertretenden jeden Alters ohne Karenzzeit und Gesundheitsausweis zum gleichen Eintrittsgeld, wie demjenigen der gleichaltrigen gewöhnlichen Eintretenden entstehen, während dieses Eintrittsgeld im allgemeinen für Personen gilt, die einen Gesundheitsausweis beibringen und zudem noch eine Karenzzeit durchzumachen haben.

Absatz 3. Auch in bezug auf die durch die neue Kasse zugesicherten Leistungen kann der Übertretende nur verlangen, in ganz gleicher Weise wie die übrigen Versicherten der Kasse behandelt zu werden, nämlich sich Leistungen gleicher Art und in gleichem Betrage zusichern zu lassen. Andernfalls würde sich die Kasse genötigt sehen, für den Übertretenden eine besondere Kategorie von Versicherten zu schaffen, was ihre Verwaltung komplizieren würde. Eine Kasse übrigens, deren sämtliche Leistungen bis dahin in bar bestanden haben, ist nicht eingerichtet, um dem Übertretenden z. B. ärztliche Hilfe in natura angedeihen zu lassen. Für eine andere, kleinere Kasse bildet die Versicherung von hohen Leistungen, wie sie eine bisherige stärkere oder genügend rückversicherte Kasse auf sich nehmen konnte, ein zu grosses Risiko. Wenn die dem Übertretenden garantierten Leistungen nicht gleichwertig wären, wie die den andern Mitgliedern der Kasse zugesicherten, so müssten natürlich auch die Beiträge andere sein; wer bestimmte dann im Streitfalle diese Beiträge?

Absatz 4. Wir haben unter lit. c (Seite 349) gesehen, dass der Übertretende die für die Aufnahme allgemein geltenden Bedingungen der neuen Kasse, ausgenommen diejenige betreffend Alter und Gesundheitszustand, erfüllen muss. Wenn daher eine Kasse im allgemeinen nur Personen aufnimmt, die einer gewissen politischen Partei oder einer gewissen Konfession angehören, so kann diese Kasse nicht nur gleichwohl anerkannt und subventioniert werden, sondern ein Übertretender wird auch die Aufnahme nur

beanspruchen können, wenn er der betreffenden Partei oder Konfession angehört.

Absatz 4 stellt fest, dass, wenn eine Kasse die Aufnahme von Übertretenden von der Erfüllung einer Bedingung politischer oder konfessioneller Art abhängig macht, ihre Mitglieder die Freizügigkeit zu einer andern Kasse nicht beanspruchen können. Es ist nur billig, dass eine derartige Kasse für ihre Mitglieder ein Recht nicht besitze, das sie selbst andern Personen glaubt verweigern zu sollen.

Art. 7. Siehe allgemeiner Teil, Seite 277, Ziff. 1.

Art. 8. — 1. Die Grundzüge dieses Artikels sind schon im allgemeinen Teil, Seite 277 bis 281, Ziff. 2 bis 4, besprochen worden.

2. Da die anerkannten Kassen die Personen des einen und des andern Geschlechts „unter den nämlichen Bedingungen“ werden versichern müssen, d. h. keinen Unterschied nach dem Geschlecht machen dürfen, werden die Frauen statutengemäss genau wie die Versicherten männlichen Geschlechts behandelt werden. Wie diese werden sie für die Aufnahme die Bedingungen betreffend Wohnort, Gesundheit, Alter etc. zu erfüllen haben, eine Karenzzeit bestehen und Freizügigkeit geniessen. Sie werden die gleichen Beiträge entrichten, und in Kassen, wo die Leistungen vom Alter, Lohn etc. abhängig sind, wird diese Unterscheidung auch auf Versicherte weiblichen Geschlechts Anwendung finden.

3. Es scheint uns nicht nötig, den Kassen zu verbieten, den Schwangerschaftszustand einer Frau bei ihrer Anmeldung als einen Gesundheitsfehler anzusehen. Es ist dies ein besonderer Fall, dessen Regelung um so eher jeder einzelnen Kasse überlassen werden kann, als die Schwangerschaft eine in sicherer Aussicht stehende Niederkunft involviert, für welche die Kasse eventuell Leistungen zu gewähren hätte (Art. 11). Wenn die Kassen gezwungen werden sollten, eine Frau ungeachtet ihrer Schwangerschaft aufzunehmen, so wäre es nötig, die in Art. 11 vorgesehene besondere Karenzzeit auf wenigstens 9 Monate auszu dehnen.

4. Indem man die anerkannten Kassen verpflichtet, Frauen zu versichern, ist es logisch, den Kassen, die nur Frauen versichern, die Anerkennung zu verweigern. Die ausschliesslich

weiblichen Krankenkassen spielen übrigens schon jetzt eine nur sehr bescheidene Rolle. Man zählt deren 74 mit 14,034 Mitgliedern. Sie verdanken im allgemeinen ihre Gründung der Tatsache, dass keine Kasse der betreffenden Gegend Frauen versichern wollte.

Art. 9. Siehe allgemeiner Teil, Seite 285, Ziff. 8.

Art. 10. — 1. Die Grundzüge dieses Artikels sind im allgemeinen Teil, Seite 281 bis 284, Ziff. 1 bis 7, und Seite 286 bis 287, Ziff. 9 und 10, besprochen worden.

2. Die genussberechtigten Mitglieder sind die, welche die vorgeschriebene Karenzzeit durchgemacht haben (Art. 9) oder von ihr dispensiert sind (Art. 6).

3. Wie schon aus dem Text des Artikels 10 hervorgeht, werden die anerkannten Krankenkassen das geforderte Minimum wenigstens in einer Art von Leistungen (in Geld oder in natura) gewähren müssen. Beispiel: Einer Kasse wird es nicht gestattet sein, die Arzneien (unter Ausschluss der ärztlichen Behandlung) und ein Krankengeld von 80 Rappen zu gewähren, da keine dieser Leistungen in ihrer Art das geforderte Minimum erreichte.

4. Das geforderte Minimum des Krankengeldes gilt für den Fall einer gänzlichen Arbeitsunfähigkeit. Die meisten Kassen sehen mit Recht eine verhältnismässige Reduktion des Krankengeldes vor, wenn die Arbeitsunfähigkeit eine nur teilweise ist.

Art. 11. — 1. Die Begründung dieses Artikels befindet sich im allgemeinen Teil (Seite 289, Ziff. 11).

2. Gleich wie das Gesetz von 1899 (Art. 72) stellen wir hier eine besondere Karenzzeit von 6 Monaten fest. Während aber das Gesetz von 1899 eine vorangehende ununterbrochene Mitgliedschaft von 6 Monaten bei der gleichen Kasse vorschrieb, begnügen wir uns damit, dass die Wöchnerin während mindestens 6 Monaten, und zwar ohne eine mehr als 2 Monate dauernde Unterbrechung, Mitglied „einer oder verschiedener anerkannten Krankenkassen“ gewesen sei. Es sind dies ähnliche Regeln, wie für die Freizügigkeit (Art. 6, lit. a).

Als Übergangsbestimmung, siehe Art. 91.

3. Abs. 2 handelt von der wieder arbeitsfähigen Wöchnerin, der es „gesetzlich noch nicht gestattet ist, ihren Beruf wieder aufzunehmen“. Dies ist namentlich, gemäss Art. 15 des Bundesgesetzes betreffend die Arbeit in den Fabriken, vom Jahre 1877, der Fall bei einer Arbeiterin, die vor weniger als 6 Wochen geboren hat. Aber ähnliche Fälle können z. B. aus einer kantonalen Gesetzgebung über Handels- und Gewerbeolizei (Arbeit in den Konfektionsgeschäften, Wirtschaften etc.) entstehen.

4. Indem Leistungen vorgeschrieben sind zu gunsten der Frau, die gesetzlich verhindert ist, ihren Beruf nach der Niederkunft wieder aufzunehmen, hätte man logischerweise dasselbe für die schwangere Frau tun sollen, die durch das Gesetz von der Arbeit ebenfalls ausgeschlossen ist. Dies ist laut Art. 15 des Gesetzes von 1877 der Fall bei der Arbeiterin während der letzten 2 Wochen vor der Niederkunft. Wir haben jedoch bezüglich der schwangeren Frau keine besondern Bestimmungen aufgestellt, weil die erwähnte Gesetzesvorschrift sozusagen toter Buchstabe geblieben ist, und weil sie wahrscheinlich bei der nächsten Revision des Fabrikgesetzes verschwinden wird. Die eidgenössischen Fabrikinspektoren sprechen sich in ihrem den Entwurf eines neuen Gesetzes begleitenden Berichte vom 31. Dezember 1904 hierüber folgendermassen aus (Seite 42):

„Wir nehmen davon Umgang, die letztere Vorschrift in unsern Entwurf hinüberzunehmen, weil sie sich schlechterdings als undurchführbar erwiesen hat, und zwar deshalb, weil es oft sogar den Schwängern selbst unmöglich war, den Tag der Niederkunft vorher zu bestimmen, geschweige denn Drittpersonen. Wohl wird ja vom ärztlichen Standpunkte aus der Ausschluß der Schwängern von der Fabrikarbeit schon einige Wochen vor der Niederkunft gefordert. Es wird aber, nach wie vor, wir sind davon überzeugt, den schwangern Arbeiterinnen, wenn sie es wegen eintretender Beschwerden für notwendig erachten, auf Ansuchen hin der Austritt aus der Fabrik ohne weitere Umstände gestattet werden, auch wenn die Vorschrift wegen des Austrittes vor der Niederkunft aufgehoben sein wird.“

Die Fabrikinspektoren schlagen dagegen Beibehaltung der Bestimmung vor, die feststellt, dass der Bundesrat die Fabrikationszweige bezeichnen wird, in denen schwangere Frauen überhaupt nicht arbeiten dürfen (siehe Bundesratsbeschluss vom 13. Dezember 1897, A. S. n. F. XVI. 410). Diese Bestimmung hindert aber nicht, schwangere Frauen in der gleichen Fabrik zu andern,

als den verbotenen Arbeiten zu verwenden, und sie zieht somit für eine schwangere Frau den Ausschluss aus der Fabrik nicht unbedingt nach sich.

Art. 12. — 1. Wir haben diesen Artikel im allgemeinen Teil der Botschaft schon begründet (Seite 292, Ziff. 1).

2. Es sind zwei Fälle möglich: eine Kasse, die *in natura* den erkrankten Versicherten ärztliche Behandlung und Arznei gewährt, stellt Tarife auf, laut denen sie Arzt und Apotheker bezahlt; oder eine Kasse, die ihren Versicherten ein Krankengeld in bar gewährt, schliesst eine Vereinbarung mit Arzt und Apotheker betreffend die Höhe der durch die Versicherten zu bezahlenden Taxen für ärztliche Behandlung und Arznei. Unsere Bestimmung passt auf beide Fälle

3. Der Bundesrat wird für die Bezahlung von Arzt und Arznei Minimalnormen aufstellen, und zu diesem Zwecke die Meinung von Experten und von Vertretern der Kassen einholen. Die Aufstellung dieser Normen wird „unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse“, wie namentlich der Kosten des Lebensunterhaltes in den verschiedenen Gegenden, der für einen ärztlichen Besuch zu überwindenden Entfernung etc., stattfinden.

Art. 13. Siehe allgemeiner Teil, Seite 292, Ziff. 2.

Art. 14. — 1. Das Gesetz von 1899 (Art. 16 und 192) gewährte von Rechts wegen nur den öffentlichen oder den freien eingeschriebenen Kassen die *Persönlichkeit*. Wir stehen nicht an, diese Persönlichkeit allen subventionierten Kassen zuzuerkennen. Praktisch bedeutet diese Bestimmung die Enthebung von der Verpflichtung, sich gemäss Art. 678 des Obligationenrechts ins Handelsregister eintragen zu lassen. Trotz dem Genusse der Persönlichkeit wird somit eine anerkannte Krankenkasse, nach Art. 39 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs, der Betreibung auf dem Wege des Konkurses nicht unterliegen.

2. Art. 688 O. R. enthält folgende Bestimmung: „In den Statuten kann jede persönliche Haftbarkeit der einzelnen Genossenschafter für Verbindlichkeiten der Genossenschaft ausgeschlossen und bestimmt werden, dass dafür nur das Vermögen der Genossenschaft haftbar sei.“ Aber diese Ausschliessung setzt die Eintragung in das Handelsregister und eine be-

zügliche Veröffentlichung durch das Handelsamtsblatt voraus (Art. 680 und 681 O. R.). Vom Augenblicke an, wo man die anerkannten Krankenkassen von dieser Eintragung entheben will, indem man ihnen von Rechts wegen die Persönlichkeit zuerkennt, ist es also angezeigt, für sie — gleichfalls von Rechts wegen — zu bestimmen, dass jede persönliche Haftbarkeit der einzelnen Mitglieder für Verbindlichkeiten der Kasse ausgeschlossen ist. Für den Fall jedoch, wo eine anerkannte Kasse diese Haftbarkeit einführen wollte, haben wir die Möglichkeit dazu vorbehalten.

3. Die Abs. 2 und 3 sprechen zu gunsten der anerkannten Krankenkassen die Steuerfreiheit (inkl. Stempelfreiheit) aus. Einzig das „nicht unmittelbar dem Kassenbetrieb dienende Grundeigentum“ bleibt versteuerbar gemäss den bezüglichen kantonalen Bestimmungen. Es handelt sich hier z. B. um ein ertragfähiges Grundeigentum, in das die Kasse ihre Reserven eingelegt hätte.

Steuer- wie Portofreiheit waren durch den Entwurf des Bundesrates vom Jahre 1896 (Bundesbl. 1896, I, 189, letzter Absatz) allen freien Kassen verweigert worden. Das Gesetz von 1899 (Art. 192) gewährte sie nur den freien eingeschriebenen Kassen, die im Dienste der obligatorischen Versicherung standen. Wir gehen heute einen Schritt weiter, indem wir die Steuerfreiheit für alle subventionierten, d. h. anerkannten, freien Kassen vorsehen. Die Kassen wünschen diese Freiheit lebhaft; sie bedeutet für sie eine prinzipielle Genugtuung, eine ihrem Charakter des Gemeinwohls erwiesene Ehrung. Es ist wirklich nicht zu viel verlangt, dass die Kantone der Krankenversicherung wenigstens in dieser Form eine Aufmunterung geben. Die Steuerfreiheit wird übrigens für die Kantone keine bemerkenswerte finanzielle Einbusse nach sich ziehen, da im Jahre 1903 die von allen Krankenkassen bezogenen Steuern, die auch fernerhin zugelassene Immobiliensteuer inbegriffen, im ganzen nur Fr. 3193 eingetragen haben.

4. Dagegen sind wir nicht im Falle, den anerkannten Krankenkassen die Portofreiheit gewähren zu können, die das Gesetz von 1899 (Art. 192) schliesslich einzig den freien eingeschriebenen Kassen zuerkannt hatte. Die Portofreiheit gibt ohnedies schon Anlass zu vielen Missbräuchen, und es sollte eher angestrebt werden, ihre Anwendung einzuschränken, als sie zu erweitern.

Art. 15. — 1. Dieser Artikel bezweckt nur, in privatrechtlichen Sachen jede Rechtsprechung seitens der Bundesaufsichtsbehörde auszuschliessen. Er entspricht dem Art. 13 des Aufsichtsgesetzes von 1885 betreffend die privaten Versicherungsunternehmungen. Derselbe Zustand ergab sich für die freien Kassen aus Art. 205 des Gesetzes von 1899.

Nichts wird übrigens die kantonale Gesetzgebung und hinsichtlich der Streitfälle mit ihren eigenen Mitgliedern die Kassen selbst hindern, eine andere als die gewöhnliche Gerichtsbarkeit einzuführen.

2. Die Kompetenz des Versicherungsgerichts bleibt hinsichtlich der Streitfälle, die zwischen einer anerkannten Kasse und der Unfallversicherungsanstalt entstehen könnten, in Absatz 2 vorbehalten. Das Gesetz von 1899 (Art. 315, lit. *g*) sah in der gleichen Sache ebenfalls die Befugnis dieses Gerichtes vor.

Art. 16. — 1. Mit diesem Artikel stimmte im Gesetz von 1899 Art. 200, Abs. 1, überein.

2. Man hat bei Art. 6, lit. *b*, unseres Entwurfes gesehen, dass, im Falle der Auflösung einer anerkannten Kasse oder bei Verlust ihrer Eigenschaft als solche, die Mitglieder dieser Kasse, wenn sie seit wenigstens zwei Jahren versichert sind, die Freizügigkeit bei einer andern anerkannten Krankenkassen geniessen werden.

Art. 17. — 1. Der Fall, dass eine anerkannte Kasse die Bedingungen ihrer Anerkennung verletzt, ruft selbstverständlich einer Ahndung. Diese besteht in erster Linie in einer Busse bis auf Fr. 100. Das Bundesaufsichtsgesetz von 1885 betreffend die privaten Versicherungsunternehmungen sieht im ähnlichen Falle eine Busse bis auf den Betrag von Fr. 1000 vor (Art. 10). Das Gesetz von 1899 (Art. 216 und 188) verwies diesbezüglich, für die freien Kassen, auf die Strafbestimmungen einer Vollziehungsverordnung.

Bei fortgesetzter Verletzung wird der Bundesrat den Entzug der Anerkennung beschliessen (Abs. 2).

2. Abs. 3 bildet das notwendige Gegenstück zu Art. 5. Der Entzug der Anerkennung muss stattfinden, wenn eine Kasse nicht mehr die geforderte Sicherheit bietet. Das Aufsichtsgesetz vom Jahre 1885 enthält in seinem Art. 9, Abs. 2, eine ähnliche Bestimmung.

Art. 18. Dieser aus dem Gesetz von 1899 (Art. 200, letzter Abs.) herübergenommene Artikel bezweckt, dem Verzicht oder dem Entzug eine Wirkung von genügender Dauer zu geben. Wenn er nicht bestände, hätte eine anerkannte Krankenkasse, die irgend einer Forderung der Aufsichtsbehörde (z. B. wegen Berichtigung einer Jahresrechnung) nicht Folge leisten wollte, nur auf die Anerkennung zu verzichten, und sie könnte sich bald darauf wieder darum bewerben. Es muss überhaupt eine gewisse Stabilität im Stande der anerkannten Kassen angestrebt werden.

C. Bundesbeiträge.

Art. 19. — 1. Die Absätze 1 und 2 sind im allgemeinen Teil (Seite 297 bis 304) behandelt worden.

2. Abs. 3 bezieht sich auf den Fall der doppelten oder mehrfachen Versicherung, d. h. „gleichzeitiger Mitgliedschaft bei mehr als einer anerkannten Krankenkasse“.

Die mehrfache Versicherung enthält für die Versicherer eine Gefahr, wenn Überversicherung besteht, d. h. wenn der Versicherte sich für den Krankheitsfall eine seinen gewöhnlichen Verdienst übersteigende Gesamtleistung zugesichert sieht. Der Versicherte ist in diesem Falle besonders der Versuchung ausgesetzt, sich der Simulation hinzugeben, die den wunden Punkt der Krankenkassen bildet. Die mehrfache Versicherung ist übrigens nach unserm Entwurf an sich selbst zu fürchten, nämlich als ein Mittel, die Degression des Bundesbeitrages zu umgehen. Statt sich z. B. bei einer einzigen Kasse für 2 Franken Krankengeld zu versichern und einen jährlichen Bundesbeitrag von Fr. 5.48 zu erhalten, wird man vorziehen, zu je Fr. 1 bei zwei verschiedenen Kassen eine Versicherung einzugehen, um zwei Beiträge von je Fr. 3.65, d. h. insgesamt Fr. 7.30 zu empfangen. Nach dem Gesetze von 1899 (Art. 78) war dieser Missbrauch noch mehr zu befürchten, da die zwei Beiträge an den doppelt Versicherten zusammen um 100% und nicht nur um 50% höher waren, als der einfache Beitrag, den er erhielt, wenn er sich für denselben Gesamtbetrag bei einer einzigen Kasse versicherte (Fr. 7.30 statt Fr. 3.65).

Andererseits muss anerkannt werden, dass die mehrfache Versicherung nicht notwendigerweise eine Überversicherung

nach sich zieht, und dass sie sich da rechtfertigt, wo eine einzige Versicherung ganz ungenügend wäre, die Kosten der Krankheit zu decken. Umgekehrt kann Überversicherung auch ohne mehrfache Versicherung stattfinden.

Wir halten dafür, es sei nicht Sache unseres Entwurfes, Verbote betreffend die mehrfache oder die Überversicherung auszusprechen. Es ist dies eine Aufgabe, deren Regulierung den Kassen selbst zufällt, weil sie am nächstbeteiligten und am besten in der Lage sind, jede für sich die ihr geeignetste Lösung anzunehmen. Das Gesetz von 1899 beschäftigte sich ebenfalls nicht mit dem Falle der Mitgliedschaft bei mehreren freien Krankenkassen. Dagegen ist es angezeigt, um der Umgehung der Degression des Bundesbeitrages vorzubeugen, eine Bestimmung des Entwurfes von 1896 (Art. 177, Abs. 2) wieder aufzunehmen, dahin gehend, dass in Fällen mehrfacher Versicherung der Bundesbeitrag nur an die Kasse ausbezahlt werde, der die versicherte Person am längsten angehört.

Allerdings wird eine strikte Durchführung dieser Bestimmung Schwierigkeiten begegnen. Um die Fälle mehrfacher Versicherung festzustellen, deren gegenwärtige Häufigkeit unmöglich zu bestimmen ist, sollte man die Nominativbestände aller anerkannter Kassen sich verschaffen, sie weiterführen und fortwährend unter sich vergleichen. Dieser Vergleich könnte sich nicht auf Kassen gleichen Ortes beschränken, da eine und dieselbe Person Mitglied von Kassen verschiedener Orte sein kann. Wenn zwei Bestände den gleichen Namen aufführten, so müsste noch festgestellt werden, ob es sich um dieselbe Person handle. Der Nutzen all dieser Arbeit, d. h. die Ersparnis an Beiträgen, die sie für den Bund im Gefolge hätte, wäre jedoch in keinem Verhältnis zu dem daraus entstehenden Zuwachs an Aufsichtskosten. Man könnte vielleicht die Versicherten und auch die Kassen selbst unter gewissen Strafandrohungen verpflichten, die Aufsichtsbehörde von jeder mehrfachen Versicherung in Kenntnis zu setzen. Wir wollen jedoch diese Vorschrift wegen ihres inquisitorischen Anscheines vermeiden.

So unvollkommen auch die Anwendung sein mag, so muss der Grundsatz des Ausschlusses eines doppelten Bundesbeitrages im Gesetze doch niedergelegt werden. Nachforschungen

können als Stichproben in denjenigen Fällen gemacht werden, wo man bedeutende Missbräuche vermutet. Die Kantone werden durch ihre eventuelle Verantwortlichkeit (Abs. 4) angespornt, diese Missbräuche zu verhindern. Schliesslich, wenn später die Erfahrung die Notwendigkeit vollständigerer Massnahmen fühlbar macht, wird es Zeit sein, sie im Gesetze einzuführen.

3. Zu Abs. 4, siehe allgemeiner Teil, Seite 268, Ziff. 4.

4. Abs. 5 ist aus dem Gesetz von 1899 (Art. 78, letzter Abs.) herübergenommen.

Art. 20. Siehe allgemeiner Teil, Seite 304.

Zweiter Titel.

Unfallversicherung.

A. Schweizerische Unfallversicherungsanstalt.

Siehe allgemeiner Teil dieser Botschaft, Seite 318 bis 328.

Art. 21. Die Persönlichkeit war dem Unfallversicherer durch das Gesetz von 1899 (Art. 218) ebenfalls gewährt; sie ist beim System der Selbstverwaltung, das wir einführen, noch mehr am Platze. Die Gewährung der Persönlichkeit von Rechts wegen wird die Anstalt von der Verpflichtung entlasten, sich gemäss Art. 678 O. R. ins Handelsregister eintragen zu lassen. Laut Art. 39 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs wird somit die Anstalt der Konkursbetreibung nicht unterliegen.

Art. 22. — 1. Das Gesetz von 1899 (Art. 223) überband dem Bund die Einrichtungs- und sämtliche Verwaltungskosten. Bezüglich letzterer sehen wir im Gegenteil vor, dass der Bund nur ihre Hälfte übernimmt. Es ist dies die logische Konsequenz der der Anstalt zuerkannten Selbstverwaltung. Vom Augenblicke an, wo z. B. die Angestellten nicht mehr durch den Bundesrat, wohl aber durch die Organe der Anstalt selbst gewählt werden, muss die Anstalt ein Interesse haben, diese Verwaltungskosten möglichst einzuschränken.

2. Es ist nicht mehr notwendig, wie im Gesetze von 1899 (Art. 223, Abs. 2), Beiträge des Bundes zur Förderung der Bestrebungen für erste Hülfe bei Unglücksfällen, sowie für Sammlungen auf dem Gebiete des Unfallverhütungswesens vorzusehen. Ersterer Punkt ist bereits durch Bundesbeschluss vom 25. Juni 1903, betreffend die freiwillige Sanitätshülfe zu Kriegszwecken (A. S. n. F., Bd. XIX, S. 706 und 817), geregelt; der zweite Punkt, d. h. die Subventionierung der gewerbe-hygienischen Sammlungen in Zürich und Lausanne, ist Gegenstand eines unter dem Abschnitt „Fabrikinspektorat“ im eidgenössischen Budget aufgenommenen Kredites.

Art. 23 und 24. Entspricht dem Gesetze von 1899 (Art. 220, 221 und 278).

Art. 25 bis 27. Siehe allgemeiner Teil, Seite 326, lit. *a*.

1. Es ist gut, bezüglich der Anzahl der Verwaltungsräte eine gewisse Freiheit bestehen zu lassen, um den gemachten Erfahrungen Rechnung tragen zu können. Eine Gesamtzahl von 40 Räten wird sowohl den Arbeitgebern als den Versicherten gestatten, Vertreter der verschiedenen Industriezweige zu wählen.

2. Man wird annehmen, dass gemäss Art. 83 die obligatorisch Versicherten $\frac{1}{4}$ der durch ihre Arbeitgeber bezahlten Prämien leisten.

3. Es erscheint als notwendig, dem Rate ein Beschlusses- und nicht nur ein Antragsrecht (Art. 234, lit. *d*, des Gesetzes vom 1899) bezüglich der Aufstellung der Rentendeckungstabelle zuzuerkennen. Diese Tabelle gibt je nach dem Alter des Rentenbezügers den Betrag des Kapitals an, der unter den Passiven der Bilanz der Anstalt als Gegenwert jeder Rente einzustellen ist.

Art. 28. Die Agenten sind die Organe der Anstalt in der Peripherie; sie ziehen die Prämien ein, nehmen die Anmeldungen entgegen, überwachen die Verunfallten, führen die Untersuchungen und besorgen die Abwicklung der Unfälle, dies alles gemäss den ihnen erteilten Befugnissen. Dies sind Funktionen, die denen der „Agenten“ oder der „Inspektoren“ der Privatgesellschaften gleichkommen.

Es ist nicht angezeigt, hier über die Einteilung des Gebietes, über den Sitz, die Zusammenstellung etc. jeder Agentur Regeln aufzustellen. Die Agenten werden nichts anderes als Angestellte der Anstalt sein, die in die verschiedenen Teile der Schweiz abgeordnet sind. Für das Publikum ist es einzig von Wichtigkeit, der Anstalt durch Vermittlung ihrer Agenten nahe zu sein. Die Organisation der Agenturen muss sich daher nach den Umständen richten, und die Aufstellung einheitlicher Regeln im Gesetz würde dies gerade verhindern.

Art. 29. Siehe allgemeiner Teil, Seite 327, lit. *b*.

Art. 30. Siehe allgemeiner Teil, Seite 327, lit. *c*.

Art. 31. Bei Besprechung des Wahlmodus für den Verwaltungsrat (Seite 326, lit. a) haben wir schon erwähnt, dass es angezeigt sei, über die Detailorganisation, d. h. den innern Haushalt der Anstalt, auf eine Verordnung des Bundesrates abzustellen. Diese Verordnung wird sich nach dem allgemeinen Prinzip der Selbstverwaltung richten; sie wird die Kompetenzen unter die verschiedenen Organe der Anstalt verteilen und dem Bundesrat einen Einfluss auf diese oder jene Punkte vorbehalten können. Sie wird z. B. die Frage entscheiden, ob es Sache des Vorstandes oder des Verwaltungsrates sei, neue Agenturen mit oder ohne Zustimmung des Bundesrates zu gründen. Die Zuerkennung eines gewissen Einflusses auf den innern Haushalt der Anstalt rechtfertigt sich durch die Tatsache, dass der Bund die Hälfte der Verwaltungskosten bestreiten wird (Art. 22).

Art. 32. Wir verzichten darauf, die Wahl der im Dienste der Anstalt stehenden Personen, mit Ausnahme der Vorstandsmitglieder, durch den Bundesrat vornehmen zu lassen; wir berücksichtigen damit den Grundsatz der Autonomie und vermeiden eine Vermehrung der Zahl der Bundesbeamten.

Es ist nichtsdestoweniger notwendig, für die Mitglieder des Vorstandes und des Verwaltungsrates, sowie für die Beamten der Anstalt die durch das Bundesstrafrecht für öffentliche Beamte eingesetzte strafrechtliche Verantwortung vorzusehen. Der öffentliche Charakter der Anstalt verlangt es in der Tat, dass gewisse Handlungen ihrer Beamten — z. B. Bestechlichkeit — durch für die ganze Schweiz einheitliche Bestimmungen strafrechtlich geahndet werden, während die gleichen Handlungen nicht zu Bestrafung Anlass geben würden, sofern sie durch Angestellte eines privaten Versicherers begangen worden wären.

B. Mitwirkung der anerkannten Krankenkassen.

Siehe allgemeiner Teil, Seite 328, Ziffer 7.

Art. 33. — 1. Der Agenturdienst kann einer Kasse, besondere Vereinbarung ausgenommen, nur innert der Grenzen ihres örtlichen Tätigkeitsgebietes übertragen werden; denn nur in diesem Umkreise besitzt die Kasse die hierzu nötigen Organe. Wenn man der Kasse die Rolle einer Agentur innert eines ausgedehnteren Gebietes übertragen wollte, würde dies sie nötigen, ihre Organisation abzuändern.

2. Dagegen kann keine Rede davon sein, die Übertragung des Agenturdienstes an eine Kasse nur für die Unfallversicherten, die Mitglieder dieser Kasse für die Krankenversicherung sind, vorzusehen. Eine derartige, übrigens ungerechtfertigte Einschränkung wäre für die Anstalt sehr nachteilig und kostspielig; sie versetzte sie in die Notwendigkeit, neben der Kasse eine eigentliche Agentur zu errichten, die ausschliesslich mit Unfallversicherten betraut wäre, die nicht Mitglieder der Krankenkasse sind. Diese Beschränkung würde diese oder jene Kasse, die wünschte, sich dem Agenturdienst zu entziehen, veranlassen, systematisch die Unfallversicherten als Mitglieder zurückzuweisen.

3. Da die Übertragung einer Agentur an eine anerkannte Kasse für die Anstalt nur eine Befugnis bildet, wird sie innert der Grenzen des Artikels 33 nach Gutfinden die Ausdehnung, d. h. die Natur des von ihr erteilten Auftrages bestimmen; es wird ihr freistehen, einer Kasse nur einen Teil der durch das Gesetz vorgesehenen Dienstleistungen anzuvertrauen und sich das Recht vorzubehalten, den Auftrag zurückzuziehen, sowie die Fälle zu bestimmen, wo die Kasse die Weisungen der Anstalt einzuholen hat.

Art. 34. — 1. Die betreffend Art. 33 unter Ziff. 1 und 2 gemachten Bemerkungen finden auch hier entsprechende Anwendung.

2. Wir setzen die bei Krankenkassen rückversicherte Dauer einer Unfallkrankheit auf 6 Wochen fest; das Gesetz von 1899 nahm dieselbe Zeitdauer für die Auferlegung der Unfallfolgen auf die Krankenversicherung an (Art. 247). Die Erfahrung lehrt, dass ein Unfall, der eine Erwerbsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen verursacht, sehr wahrscheinlich dauernde Folgen hinterlassen wird (Invalidität). Somit müsste ein derartiger Unfall sowieso später durch die Anstalt selbst behandelt werden. Überdies muss man nicht vergessen, dass die bei Krankenkassen rückversicherten Unfälle zu merklich höheren Krankengeldern Veranlassung geben werden, als die es sind, welche die Kassen ihren Krankenversicherten gewöhnlich bezahlen. Die Leistung dieser Entschädigungen dürfte somit selbst gegen eine entsprechende Rückversicherungsprämie den Kassen nicht zu lange zur Last gelegt werden. Schon mit einer rückversicherten Dauer von 6 Wochen werden 83 % der Unfälle, die nach Ablauf dieser Zeitdauer geheilt sind, nicht nötig haben, von der Anstalt behandelt zu werden (S. „Materialien zu den Gesetzentwürfen be-

treffend Kranken- und Unfallversicherung“, von Dr. Moser, 1893, Blatt 5); es wird für die Anstalt daraus eine bedeutende Vereinfachung der Geschäftsführung entstehen.

Art. 35. Die Festsetzung der Vergütung für Agenturdienste, sowie der Rückversicherungsprämien soll Sache einer unparteiischen Behörde sein. Die Beteiligten, d. h. der Vorstand der Anstalt und die Krankenkassen, können sich bei dieser Festsetzung vertreten lassen. Es versteht sich übrigens von selbst, dass der Rückversicherungstarif abgeändert werden kann, wenn die Erfahrung einer gewissen Zeitperiode lehrt, dass die relative Belastung durch die kleinen Unfälle für diesen oder jenen Beruf eine andere ist, als man vorgesehen hatte.

Art. 36. Bei einem rückversicherten Unfälle wird die Krankenkasse die doppelte Rolle eines Agenten und eines Rückversicherers spielen. Als Rückversicherer wird sie die ärztliche Hilfe und das Krankengeld auf ihre eigene Rechnung liefern, aber gegenüber dem Versicherten oder seinen Rechtsnachfolgern als Agent der Anstalt auftreten. Die zwischen der Krankenkasse und der Anstalt bestehenden Rückversicherungsbeziehungen sind den Versicherten fremd.

Daraus ergibt sich naturgemäss (Abs. 2), dass in zweifelhaften oder bestrittenen Fällen bezüglich der zu entrichtenden Leistungen die Krankenkasse die Weisungen der Anstalt einzuholen und zu befolgen haben wird. Diese Konsequenz entspricht dem Grundsatz der Rückversicherung, dass es Sache des Rückversicherten (Versicherungsanstalt) und nicht des Rückversicherers (Kasse) ist, sich gegenüber dem Versicherten zu entscheiden.

Art. 37. Dieser Artikel entspricht den Art. 250 und 251, Abs. 2, des Gesetzes von 1899.

Wenn die rückversichernde Kasse auf den Verunfallten eine Behandlung anwendet, welche die Anstalt für unrichtig erachtet, oder wenn der Verunfallte einer Spezialbehandlung (Heilgymnastik, Hydrotherapie u. s. w.) bedarf, welche die Kasse nicht in der Lage ist, ihm zu leisten, so besitzt die Anstalt ein grosses Interesse, die Behandlung sofort zu übernehmen, um zu verhindern, dass die Erwerbsunfähigkeit sich über 6 Wochen ausdehne, oder dass Invalidität oder Tod eintrete. Diese Möglichkeiten lassen im Gegenteil die Krankenkasse unberührt, da das durch sie rück-

versicherte Risiko nur eine vorübergehende Erwerbsunfähigkeit umfasst, und nach Ablauf von 6 Wochen die Leistungen auf Kosten der Kasse jedenfalls aufhören.

Wir geben daher der Anstalt das Recht, schon während der Rückversicherungsperiode an Stelle der Kasse zu treten. Es ist selbstverständlich, dass diesfalls die Kasse die Kosten der Leistungen, die ihr zur Last fielen und deren Gegenwert sie zum voraus in der Form von Rückversicherungsprämien bezogen hat, zurückbezahlen soll.

C. Obligatorische Versicherung.

I. Versicherungspflichtige Personen.

Art. 38. S. allgemeiner Teil, Seite 313, Ziff. 3.

Absatz 1. Die Eisenbahn- und Dampfschiffahrtsunternehmungen und die Post sind gegenwärtig der Haftpflicht durch das Gesetz vom 28. März 1905 unterstellt, das an Stelle desjenigen vom 1. Juli 1875 trat. Die Haftpflicht der Fabrikanten ist Gegenstand des Gesetzes vom 25. Juni 1881. Was die unter Ziffer 3 und 4 unseres Artikels 38 erwähnten Unternehmungen betrifft, sind sie laut Gesetz vom 26. April 1887 der gleichen Haftpflicht wie die Fabriken unterworfen.

Da wir die obligatorische Versicherung auf die gleichen Unternehmungen, wie die gegenwärtig der Haftpflicht unterstellten, anzuwenden beabsichtigen, haben wir soviel wie möglich unter Ziff. 1 bis 4 dieselben Bezeichnungen, wie in den Gesetzen von 1905, 1881 und 1887, wieder aufgenommen.

Es war nicht notwendig, hier im besondern die Unternehmungen von elektrischen Anlagen anzuführen. Die Art. 27 bis 39 des Gesetzes vom 24. Juni 1902 stellen freilich besondere Haftpflichtbestimmungen für sie auf, aber Art. 40 desselben Gesetzes verweist bezüglich der durch ihre Angestellten und Arbeiter erlittenen Unfälle einfach auf die Gesetze von 1875 (1905), 1881 und 1887. Die Unternehmungen von elektrischen Anlagen charakterisieren sich je nach dem Fall als Transportunternehmungen, Fabriken, oder als Unternehmungen, welche „Installationen technischer Natur“ ausführen und sind also, auch ohne besondere Erwähnung, in unserm Art. 38 in begriffen.

Absatz 2 gibt den Art. 4 des Gesetzes von 1899 wieder.

Absatz 3 entspricht dem Art. 2, Abs. 1, des Gesetzes von 1887.

Absätze 4 und 5 entsprechen dem Art. 1, Abs. 3 und 2, des Gesetzes von 1899.

Wir glauben nicht, die Angestellten oder Arbeiter, die ein gewisses Minimalalter noch nicht erreicht haben, die nicht eine bestimmte Mindestdauer der Anstellung aufweisen, oder deren Lohn eine gewisse Grenze übersteigt, von der obligatorischen Versicherung ausschliessen zu sollen, wie das Gesetz von 1899 (Art. 1, 3, 4 und 237) es tat. Gegenwärtig sind diese Umstände ohne Einfluss auf die Anwendung der Haftpflicht. Wenn wir daher die fraglichen Personen von der Versicherung ausschliessen würden, müssten wir, um einen Rückschritt zu vermeiden, für sie die Haftpflicht beibehalten.

Aus dem gleichen Grunde verzichten wir darauf, den strafweisen Ausschluss eines Versicherten vorzusehen (Gesetz von 1899, Art. 285).

Art. 39. Siehe allgemeiner Teil, Seite 315, Ziff. 4.

Art. 40. — 1. Stimmt mit Art. 8 des Gesetzes von 1899 überein. Wir haben beigefügt, dass der Bundesrat seinem Entscheide rückwirkende Kraft verleihen könne. Es ist dies notwendig, damit die Artikel 42 und 43 Anwendung finden können.

2. Schon jetzt entscheidet der Bundesrat (Gesetz von 1877, Art. 1; Gesetz von 1881, Art. 14; Gesetz von 1887, Art. 10), ob ein Betrieb der Haftpflicht unterstellt sei. Ein bejahender Entscheid kann für den Arbeitgeber die Verpflichtung nach sich ziehen, einen Schadenersatz für einen schon vorgekommenen Unfall zu leisten, ohne dass der Arbeitgeber, der vorher nicht wusste, dass er der Haftpflicht unterstellt sei, daran gedacht hätte, sich durch eine Versicherung zu decken. In Zukunft wird ein bejahender Entscheid des Bundesrates ebenfalls eventuell bewirken, dem Verunfallten einen Schadenersatz zuzuerkennen (Art. 41), für den Arbeitgeber aber wird dieser Entscheid in der Regel nur die Folge haben, die rückständigen Prämien nachzahlen zu müssen (Art. 42, Abs. 1).

Wir hätten nichtsdestoweniger gewünscht, den Entscheid über die Versicherungspflicht eher einer richterlichen Behörde, statt dem Bundesrat, zu überbinden; es ist dies jedoch zurzeit nicht möglich. Gemäss Gesetz von 1877 (Art. 1) entscheidet der Bundesrat über die Eigenschaft einer industriellen Anstalt als „Fabrik“, und seine Befugnis würde fortbestehen, wenn es sich z. B. um die Arbeitsdauer oder die Lohnzahlung in diesem Etablissement, oder um die Haftpflicht wegen einer Berufskrankheit handelte. Dagegen würde eine andere Behörde über die Eigenschaft des gleichen Etablissementes als „Fabrik“ entscheiden, wenn die Versicherungspflicht seiner Arbeiter in Frage käme. Es muss nun vermieden werden, dass über die gleiche, in verschiedener Hinsicht zu lösende Frage sich widersprechende Beschlüsse durch zwei parallele Behörden gefasst werden; d. h., eine und dieselbe Behörde soll berufen sein, über die Eigenschaft eines Etablissementes als Fabrik nach jeder Hinsicht zu entscheiden.

3. Unter „Richter“ verstehen wir namentlich das Versicherungsgericht, wenn es berufen sein wird, über Streitigkeiten betreffend die Prämien oder Versicherungsleistungen zu entscheiden (Art. 88, lit. a und c).

Art. 41. Absatz 1. Gleiches Prinzip, wie im Gesetz von 1899 (Art. 238); s. allgemeiner Teil, Seite 320, Ziff. 4.

Da es sich um eine obligatorische Versicherung handelt, könnten ihr Beginn und Ende nicht von einer vorgängigen Meldung abhängen; sie müssen von Rechts wegen eintreten, mit der Erwerbung und dem Verlust der die Versicherungspflicht begründenden Eigenschaft. Sonst entstanden bedenkliche Lücken, z. B. im Falle, wo ein Arbeiter unmittelbar nach seiner Anstellung und bevor die Anmeldung erfolgt ist, einen Unfall erlitt.

Nichtsdestoweniger haben wir als Ordnungsmassregel und Kontrollmittel An- und Abmeldungen vorgesehen (Art 41, Abs. 2) und den Arbeitgeber verpflichtet, ein Verzeichnis seines Arbeiterpersonals zu führen (Art. 44).

Art. 69 ahndet die Fälle der simulierten Versicherung.

Absatz 2. Ähnlich dem Gesetze von 1899 (Art. 46).

Der Arbeitgeber hat nicht allein vom Ein- oder Austritt eines Arbeiters Meldung zu machen, sondern auch wenn durch

ein Verkommnis der Unternehmung selbst — Änderung der Fabrikation, der Gesamtzahl der Arbeiter etc. — Beginn oder Ende der Versicherung stattfindet.

Art. 42. Ähnlich dem Gesetze von 1899 (Art. 47).

Es ist selbstverständlich, dass die Unterlassung der rechtzeitigen Anmeldung, die das Inkrafttreten der Versicherung nicht hindert, auch nicht von der Pflicht der Prämienzahlung befreien soll. Aber bei unentschuldigter Verspätung soll es nicht genügen, dass die Prämien vom tatsächlichen Beginn der Versicherung an laufen; sonst hätten die Arbeitgeber, die der Verpflichtung zur Prämienbezahlung auszuweichen suchten, nichts zu riskieren, wenn sie jegliche Anmeldung unterliessen. Wir haben deshalb vorgesehen, dass die auf die Zwischenzeit entfallenden Prämien strafweise bis auf das Fünffache erhöht werden können. Der Bund und der Versicherte selbst, die keine Schuld an der Verspätung tragen, dürfen natürlich durch diese Erhöhung nicht in Mitleidenschaft gezogen werden.

Die Verspätung der Anmeldung wird am häufigsten anlässlich eines zwischen dem Beginn der Versicherung und der Anmeldung erfolgten Unfalles konstatiert. Die Versicherungsentschädigungen werden alsdann durch die Anstalt geleistet (unter Vorbehalt dessen, was in Art. 47, Abs. 3 und 4, festgestellt ist). Wenn jedoch der Arbeitgeber die Anmeldung unentschuldig unterlassen hat, kann er angehalten werden, der Anstalt ihre Leistungen zu ersetzen.

Die Lösung der Frage, ob verspätete Anmeldung vorhanden, wird sich aus dem Beschluss des Bundesrates hinsichtlich des Beginnes der Versicherung ergeben (Art. 40 und 41). Dagegen wird das Versicherungsgericht über den entschuldbaren oder nicht entschuldbaren Charakter der Verspätung zu entscheiden haben (Art. 88, lit. c).

Art. 43. Bei unentschuldigter Verspätung der Abmeldung müssen die Prämien strafweise, zu Lasten des Arbeitgebers allein, bis zum Datum der erfolgten Abmeldung weiter laufen. Hier ist es nicht notwendig, eine Vervielfachung der Prämien vorzusehen, so wenig als eine Rückerstattung der Entschädigungen durch den Arbeitgeber für die vor erfolgter Abmeldung vorgekommenen Unfälle. Erweist es sich, dass diese Unfälle seit Ablauf der Versicherung erfolgt sind, so können die Bezüger der Entschädigungen zur Rückerstattung derselben verhalten wer-

den (Art. 69); sollte die Anstalt diese Rückerstattung nicht erlangen, so wäre die Versicherung einfach gegen Entrichtung der Prämien verlängert worden.

Art. 44. Ähnlich dem Art. 5 des Gesetzes von 1899.

Für die Kontrolle, sowie für die Berechnung der Prämien und Entschädigungen ist es notwendig, dass durch den Inhaber eines jeden versicherten Unternehmens — und nicht nur durch die Besitzer von Fabriken, wie es Art. 6 des Gesetzes von 1877 vorsteht — ein vollständiges Verzeichnis und zwar auch für seine Angestellten geführt werde, dessen Einzelheiten der Bundesrat gemäss Art. 99 bestimmen wird.

Art. 45. Massnahmen zum Schutz der Gesundheit und zur Sicherheit gegen Verletzungen sind bereits durch Art. 2, Abs. 4, des Gesetzes von 1877 und Art. 5 des Gesetzes von 1887 vorgeschrieben.

Art. 45 findet seine Strafsanktion in Art. 92; eine Zivilsanktion ergibt sich aus der Festsetzung der Prämien nach der Unfallgefahr (Art. 76 und 77, insbesondere Abs. 2).

II. Gegenstand der Versicherung.

Art. 46. S. allgemeiner Teil, Seite 315 bis 318.

III. Feststellung der Unfälle.

Art. 47. Die Absätze 1 bis 3 entsprechen den Artikeln 242 und 243 des Gesetzes von 1899.

Wir haben für die Hinterlassenen die Anzeigepflicht bei Todesfall beigefügt, und dies auch, wenn der Unfall selbst schon angemeldet worden ist, und der Tod erst nach einer gewissen Zeit eintritt.

Bei Absatz 2 setzen wir für den Arbeitgeber die Verpflichtung fest, der Anstalt Anzeige zu machen. Zu diesem Zwecke kann die Anstalt sich durch eine ihrer Agenturen (Art. 28) oder durch eine Krankenkasse, der Agenturdienste übertragen sind (Art. 33), vertreten lassen. Sie wird dafür besorgt sein, den Arbeitgebern zum voraus die Adressen anzugeben, an die Unfallanzeigen zu richten sind.

Absatz 3 erklärt die fehlbaren Personen solidarisch ersatzpflichtig „für den durch die Versäumnis verursachten Schaden“. Infolge Unkenntnis des Unfalles ist die Anstalt nicht in der Lage, eine geeignete Behandlung anzuordnen. Der Versicherte lässt sich z. B. durch einen Kurpfuscher behandeln, der falsche Heilmittel anwendet; die Erwerbsunfähigkeit wird unheilbar oder bleibt eine vollständige, während der Versicherte, wenn er von Anfang an richtig behandelt worden wäre, nur geringere Unfallfolgen davongetragen hätte.

Absatz 4 entspricht den Artikeln 75 und 271 des Gesetzes von 1899. Die Verjährung, die wir hier einsetzen, hat indessen den Fall im Auge, wo ein Unfall in einer bestimmten Frist nicht angezeigt worden, und nicht den, wo die Geltendmachung des Anspruches auf Entschädigung eine verspätete ist. Um den Tatbestand, die Ursachen und die Schwere des Unfalles kontrollieren und rechtzeitig Behandlungsvorkehren treffen zu können, muss die Anstalt unverzüglich vom Unfall in Kenntnis gesetzt werden; der Zeitpunkt, in welchem ein Entschädigungsbegehren eingereicht wird, hat nicht die gleiche Wichtigkeit.

Die Verjährung findet nur in Fällen unentschuldigter Versäumnis seitens des Versicherten oder seiner Hinterlassenen Anwendung. Wenn dagegen die Nichtanzeige dem Arbeitgeber oder dessen Stellvertreter zuzuschreiben ist (Abs. 2), so bleibt die Anstalt zu Leistungen verpflichtet, wird jedoch gemäss Abs. 3 auf den Arbeitgeber Regress nehmen können.

Art. 48 entspricht den Artikeln 50 und 245 des Gesetzes von 1899.

Gewisse, von der Anstalt zu ergreifende Anordnungen betreffend die Behandlung des Verletzten sind in den Artikeln 50, Abs. 2 und 3, und 51, Abs. 2, ausdrücklich vorgesehen und geregelt.

IV. Leistungen der Anstalt.

S. allgemeiner Teil, Seite 330 bis 332.

Die Bestimmungen dieses Kapitels geben hauptsächlich die Artikel 246 bis 286 des Gesetzes von 1899 wieder.

Art. 49. Keine Bemerkungen.

a. Krankenpflege und Krankengeld.

Art. 50 bis 57. Keine Bemerkungen.

b. Invalidenrente.

Art. 58 und 59. — 1. Ein Vorzug der Versicherung gegenüber der Haftpflicht besteht darin, dass die Invalidität in Form einer Rente entschädigt werden kann.

Gegenwärtig sieht das Gesetz eine Kapitalabfindung vor, und die Festsetzung einer Rente gehört zu den Ausnahmefällen (Gesetz von 1875, Art. 6, Abs. 1; Gesetz von 1881, Art. 6, Abs. 5; Gesetz von 1905, Art. 9). Die Berechnung der zu bezahlenden Kapitalsumme beruht auf dem angenommenen jährlichen Schaden; dieser Schadenbetrag wird mit einem Faktor multipliziert, der sich aus der Lebenswahrscheinlichkeit und den Zinseszinsen ergibt. Nun kann der jährliche Schaden sich als ein anderer erweisen, als derjenige, den man vorgesehen hatte, und der durch die Kapitalisierungstabelle gegebene Faktor — mag er für die Gesamtheit vieler Fälle noch so genau sein — wird für den einzelnen Fall nur selten zutreffen. Der ersatzpflichtige Arbeitgeber zieht im allgemeinen vor, eine Abfindungssumme zu entrichten, statt eine Rente zu bezahlen, weil er so der peinlichen Erinnerung an den Unfall los und davon enthoben ist, im Hinblick auf ihn in seiner Bilanz eine besondere Reserve einzustellen. Der Verletzte seinerseits fürchtet, die Auszahlung einer Rente würde unregelmässig stattfinden, besonders wenn er wegziehen sollte. Mit der ihm ausbezahlten Kapitalsumme kann er etwas unternehmen, einen kleinen Handel gründen etc.; allerdings rechnet das Gericht von vorneherein mit dieser Möglichkeit, indem es den Schadenersatz mit Rücksicht auf die „Vorteile einer Kapitalabfindung“ herabmindert (s. Tabelle Seite 385, Ziff. 6 und 13). Die Erfahrung lehrt übrigens, dass es für den Verletzten allzuoft nicht gut ist, auf einmal entschädigt worden zu sein. Indem er auf einmal über mehr Geld verfügt, als er je besessen, weiss er keinen Nutzen daraus zu ziehen, er verschleudert es, setzt es in zweifelhafte Unternehmungen, oder vertraut es gewissenlosen Leuten an.

2. Das Rentensystem hat überdies den grossen Vorteil, die Revision des Schadenersatzes zu erleichtern für den Fall, wo der Schaden, d. h. der Grad der Invalidität, sich anders herausstellt, als angenommen wurde, während diese Revision kaum durchführbar ist, nachdem die Entschädigung in Form eines Kapitals entrichtet wurde.

Demgemäss gestatten unsere Haftpflichtgesetze (1875, Art. 6, Abs. 2; 1881, Art. 8 und 13; 1905, Art. 10 und 14)

die Revision nur in Ausnahmefällen: „Wenn bei der Urteilsfällung die Folgen einer Körperverletzung oder Erkrankung noch nicht genügend klar vorliegen“, so „kann“ der Richter für den Fall einer wesentlichen Verschlimmerung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes des Verletzten eine Revision vorbehalten; die Revision ist somit an die Einschaltung eines ausdrücklichen Vorbehaltes bei der ersten Urteilsfällung gebunden. Die Gesetze von 1881 und 1905 unterwerfen sie einer kurzen Verjährungsfrist, und das Gesetz von 1875 gewährte sie nur zum Nachteil des Arbeitgebers. Der Richter bemüht sich, lieber schon bei der ersten Urteilsfällung den Veränderungsmöglichkeiten im Gesundheitszustand des Verletzten Rechnung zu tragen, als eine Revision und somit einen neuen Prozess vorzubehalten. Nichts ist aber mehr dem Irrtum unterworfen, als die Schätzung dieser Veränderungen, ihrer Wichtigkeit und ihres Zeitpunktes.

Die Schwierigkeiten oder die Unmöglichkeit einer wirksamen Revision voraussehend, verdoppeln beide, der Arbeitgeber und der Verletzte, ihre Anstrengungen, damit die Bestimmung des Schadenersatzes zu ihren Gunsten ausfalle. Es ist dies ein Hauptgrund der Häufigkeit, wie auch der Heftigkeit der Prozesse. Später behauptet wenigstens eine der Parteien, „übervorteilt“ worden zu sein.

3. Der Vorteil des Rentensystems, der in der genauen Anpassung des Schadenersatzes an den Schaden durch das Mittel der Revision besteht, wird nur dann gänzlich erreicht, wenn die Renten jederzeit revidiert werden können. Wir könnten daher auf den Vorschlag nicht eingehen, für die Revidierbarkeit der Renten eine gewisse Frist vom Zeitpunkt ihrer ersten Feststellung an zu bestimmen.

4. Andererseits sieht unser Art. 59 die Revision einer Rente nur für den Fall vor, wo die Erwerbsunfähigkeit „erheblich grösser oder erheblich geringer wird, als bisher angenommen wurde“. Es muss vermieden werden, dass unter dem Vorwand eines kleinen Unterschiedes im Invaliditätsgrade der Betrag der Rente alle Augenblicke durch einen neuen Prozess in Frage gestellt werden könne.

c. Sterbegeld und Hinterlassenenrenten.

Art. 60. — 1. Der Ausdruck „Bestattung“ schliesst die Leichenverbrennung nicht aus.

2. In den Orten, wo ganze oder teilweise Unentgeltlichkeit der Bestattung besteht, wird die Entschädigung ausschliesslich auf den durch die Unentgeltlichkeit nicht gedeckten Teil der Kosten Anwendung finden; sie wird daher nicht der Behörde, welche die Kosten der unentgeltlichen Bestattung trägt, ausbezahlt werden.

Art. 61. — 1. Beim Haftpflichtsystem haben die Hinterlassenen Anspruch auf Schadenersatz nur in dem Masse, als sie einen Unterhalt einbüssen, zu welchem der Getötete verpflichtet war. In dessen stellen unsere verschiedenen Gesetze hierüber keine absolut identischen Regeln auf. Das Gesetz von 1875 (Art. 5, Abs. 2) schrieb vor: „War der Getötete zur Zeit seines Todes verpflichtet, einem andern Unterhalt zu gewähren, so kann dieser insoweit Ersatz fordern, als ihm infolge des Todesfalles der Unterhalt entzogen worden ist.“ Das Gesetz von 1881 (Art. 6) bestimmt, dass der zu leistende Schadenersatz umfassen soll „den Schaden, welchen die Hinterlassenen eines Getöteten oder Verstorbenen erleiden, wenn derselbe zu ihrem Unterhalt verpflichtet war“ und es nennt als entschädigungsberechtigte Hinterlassene „Ehegatten, Kinder, beziehungsweise Grosskinder, Eltern, beziehungsweise Grosseltern, Geschwister“. Nach dem Gesetz von 1905 endlich (Art. 2) besteht ein Anspruch auf Schadenersatz für Hinterlassene, sofern sie „durch den Tod ihren Versorger verloren“ haben. Der Richter hat somit in jedem einzelnen Fall zu untersuchen, ob der Hinterlassene ein Recht auf Unterhalt gegenüber dem Verstorbenen besessen habe, ob, auf Grund dieses Rechtes, der Unterhalt faktisch stattgehabt, oder wahrscheinlich in Zukunft stattgefunden hätte, welchen Geldwert er erreichte oder erreicht hätte, endlich welchen Schaden sein Verlust darstellt. Alle diese Entschädigungsfaktoren sind schwer festzusetzen.

Wir ziehen deshalb vor, im Gesetze selbst den Teil des Verdienstes, auf den die verschiedenen Hinterlassenen des Verstorbenen Anspruch haben werden, zu bestimmen. Die Verwandten, denen wir eine Entschädigung zuerkennen, sind übrigens dieselben, wie die im Gesetze von 1881 erwähnten. Es sind auch die, welchen das Familienrecht gewöhnlich einen Anspruch auf Alimentation zuerkennt. Als Entschädigungsbeträge haben wir die Ansätze des Gesetzes von 1899 (Art. 264) wieder aufgenommen; sie sind den Hinterlassenen günstiger, als die, welche sich aus der Praxis der gegenwärtigen Gesetzgebung ergaben.

2. Die unter Ziff. 1 bei Art. 58 gemachten Bemerkungen über den Vorzug des Rentensystems finden auch hier entsprechende Anwendung.

3. Die Altersgrenze von 16 Jahren für die Renten von Kindern und Geschwistern (Ziff. 3 und 4) ist auch die, welche die Gerichte für die Berechnung einer Entschädigung auf Grund des Alimentationsanspruches im allgemeinen aufstellen.

Für ein dauernd erwerbsunfähiges Kind jedoch ist als wahrscheinlich anzunehmen, dass der Versicherte über das sechzehnte Altersjahr hinaus die Alimentationsleistung fortgesetzt hätte. Deshalb fügen wir bei, dass die Rente dieses Kindes bis siebenzig Jahre nach der Geburt des Versicherten laufe.

4. Bei Abs. 2 behalten wir den Fall vor, wo der geschiedene Ehepartner dem Versicherten gegenüber einen Anspruch auf Alimentation besass. Es ist beispielsweise nur billig, dass eine geschiedene Witwe, welcher der Richter die Scheidung zu ungunsten des Versicherten, sowie eine durch ihn zu entrichtende Pension zugesprochen hatte, nicht den ganzen Vorteil dieser Pension verliere.

Art. 62. — 1. Durch die Bestimmung, dass der Gesamtbetrag aller Hinterlassenenrenten 50 % des Jahresverdienstes des Verstorbenen nicht übersteigen darf, halten wir uns an die in Sachen von Alimentationsansprüchen gegenwärtig geübte Praxis. Die Gerichte nehmen an, dass ein Arbeiter kaum mehr als die Hälfte seines Verdienstes auf den Unterhalt seiner Familie verwenden könne.

Besonders ist auch angezeigt, dass der Ansatz des Gesamtbetrages der Hinterlassenenrenten (50 %) ein niedrigerer sei, als der einer Rente für vollständige Invalidität (60 %), da im Todesfalle die Kosten des Unterhalts des Verletzten selbst dahinfallen.

2. Die Absätze 2 bis 5^{ter} regeln die Ansprüche jeder Kategorie von Hinterlassenen in Anbetracht derjenigen der andern Kategorien; sie lassen sich von dem Grundsatz leiten, dass die nahen Verwandten den entfernteren vorgehen, und dass der Wegfall des Anspruches eines Verwandten in einem gewissen Masse den andern zu gute kommt. Hier einige Beispiele bezüglich der Anwendung von Art. 62:

a. Der Versicherte hinterlässt eine Witwe, zwei Kinder und seinen Vater. Die Witwe hätte Anspruch auf 30 % und die

Kinder zusammen ebenfalls auf 30 % (Art. 61, Ziff. 1 und 3); da jedoch der Gesamtbetrag 50 % nicht übersteigen darf (Art. 62, Abs. 1), erhält die Witwe 25 % und jedes Kind $12\frac{1}{2}$ % (Abs. 2); der Vater hat keine Bezugsberechtigung (Abs. 4). Ein Kind stirbt. Dieser Tod kommt in erster Linie der Witwe und dem andern Kinde zu gute (Abs. 3), deren Renten dadurch auf die normale Höhe von 30 % und 15 % gebracht werden; der Rest, d. h. 5 %, fällt auf den Vater. Die Witwe stirbt; die Rente des Kindes steigt auf 25 % (Art. 61, Ziff. 3) und diejenige des Vaters auf 20 % (Ziff. 4).

b. Der Versicherte hinterlässt eine Witwe und drei Brüder von unter 16 Jahren. Die Witwe erhält 30 % und jeder Bruder $6\frac{2}{3}$ % (Art. 61, Ziff. 1 und 4). Einer der Brüder übersteigt das sechzehnte Altersjahr, seine Rente wird unter die zwei andern verteilt, von denen jeder von da an 10 % erhält (Art. 62, Abs. 5).

c. Der Versicherte hinterlässt ein kleines Kind, eine junge Schwester und eine geschiedene Witwe ohne Anspruchsrecht (Art. 61, Abs. 2). Das Kind bezieht 15 % und die Schwester hätte Anspruch auf 20 % (Art. 61, Ziff. 3 und 4), aber gemäss der letzten Bestimmung von Art. 62 wird deren Rente auf 15 % herabgesetzt. Die geschiedene Witwe stirbt: die Rente des Kindes steigt auf 25 % und diejenige der Schwester kann nunmehr 20 % erreichen.

Art. 63. Gleich dem Gesetze von 1899 (Art. 268) bestimmen wir, dass im Falle der Wiederverhehlung die Witwe als Abfindung den dreifachen jährlichen Betrag ihrer Rente erhält. Es handelt sich hier nicht um einen eigentlichen „Auskauf“, da infolge der Wiederverhehlung die Rente von Rechts wegen dahingefallen (Art. 61, Ziff. 1) und daher ihr Kapitalwert auf Null gesunken war. Die Witwe erwirbt übrigens durch ihre Wiederverhehlung auch einen neuen Anspruch auf Alimentation gegenüber ihrem zweiten Ehegatten. Die Anstalt beschränkt sich darauf, die Wiederverhehlung zu erleichtern; sie findet darin ihr Interesse in allen Fällen, wo die Witwe noch länger als 3 Jahre gelebt hätte.

2. Der zweite Teil des Art. 63 verfolgt den Zweck, zu verhindern, dass infolge sofortigen Heimfalles der Ansprüche der Witwe auf andere mitgeniessende oder subsidiäre Bezüger die der Witwe gewährte Abfindungssumme eine Mehrausgabe für die Anstalt bilde.

3. Hier ein Beispiel der Anwendung von Art. 63. Der Versicherte hinterlässt eine Witwe, zwei Kinder und seinen Vater; die Witwe erhält 25 %, jedes Kind $12\frac{1}{2}\%$ und der Vater 0 (siehe Beispiel α in Art. 62). Da die Witwe sich wieder verheiratet, bezieht sie einmalig $3 \times 25\% = 75\%$. Die Situation des Kindes und des Vaters bleibt provisorisch die gleiche, da die Rente der ehemaligen Witwe als fortbestehend gilt. Im darauf folgenden Jahre stirbt ein Kind; die von ihm bezogenen $12\frac{1}{2}\%$ kommen der Anstalt, welche die ehemalige Witwe vertritt, mit 5 %, dem überlebenden Kinde mit $2\frac{1}{2}\%$ und mit dem Reste (5 %) dem Vater zu gute. Die ehemalige Witwe gilt nunmehr als 30 % empfangend, das hinterlassene Kind bezieht 15 % und der Vater 5 %. Erst nach drei Jahren seit der Wiederverhehlung steigt die Rente des Vaters auf 15 %.

Art. 64. Dieser Artikel beeinträchtigt den Art. 47 in keiner Weise. Während dieser letztere den Fall einer verspäteten Unfallanzeige berührt, gestattet Art. 64 die Verwirkung der Ansprüche der Hinterlassenen, die sich nicht innert einer bestimmten Frist anmelden.

d. Gemeinsame Bestimmungen.

Art. 65. — 1. Wenn der Versicherte einen tödlichen Unfall oder einen solchen mit bleibendem Nachteil erlitten hat, während er noch nicht den Lohn bezog, den er mutmasslich später bezogen hätte, so wäre es unbillig, die Renten endgültig nach dem zur Zeit des Unfalles bezogenen Lohn festzusetzen. Von dem Zeitpunkte an, wo der Versicherte einen höhern Lohn erlangt hätte, bemisst sich der wirkliche Schaden nach diesem Lohn. So rechtfertigt sich Abs. 2 unseres Art. 65. Diese Bestimmung bildet immerhin einen dem Versicherten oder seinen Hinterlassenen gewährten Vorteil, da die Prämien nie nach dem höhern Lohne entrichtet wurden.

2. Die Rechtsprechung in Haftpflichtsachen nimmt ebenfalls an, dass eine spätere Lohnerhöhung für die Festsetzung des Schadenersatzes in Betracht gezogen werde; sie verlangt jedoch, dass diese Erhöhung eine nahe bevorstehende und sozusagen sichere sei. Dagegen lässt die gleiche Rechtsprechung eine Reduktion des Schadenersatzes aus dem Grunde zu, weil der Lohn des Verletzten gegen Ende seines Lebens wahrscheinlich

abgenommen hätte. Unser Entwurf ist somit in doppelter Hinsicht dem Verletzten und seiner Familie günstiger.

Art. 66. Keine Bemerkungen.

Art. 67. Absatz 2. Es ist selbstverständlich, dass bis zum Zeitpunkt, wo die Verjährung ganz abgelaufen ist, eine nicht bezogene Rente keinen Anlass zur Vermehrung der Ansprüche von mitgenießenden oder subsidiären Bezügera gibt, und dass ihr im Gegenteil der Wegfall anderer Renten zu gute kommt. Die Anstalt könnte somit einen widerrechtlichen Nutzen zum Schaden dieser andern Nutzniesser ziehen, wenn es ihr zukäme, trotz der tatsächlich vollendeten Verjährung, die Abschreibung nicht vorzunehmen und vielmehr fortzufahren, die Raten auf Rechnung eines Rentenberechtigten, der sie nie bezieht, einzutragen. Deshalb bestimmen wir, dass die Anstalt zur Vornahme der Abschreibung gehalten sei.

Beispiel: Der Versicherte hinterlässt eine Witwe, drei Kinder und seinen Vater; der Witwe sind 20 %, jedem Kinde 10 % Renten zugesprochen worden, der Vater erhält nichts. Obschon die Witwe die Rückstände ihrer Rente nie bezieht, steigt diese infolge Hinscheidens eines der Kinder im Laufe des zweiten Jahres auf 25 %. Die Rente jedes hinterlassenen Kindes wächst auf 12¹/₂ % und der Vater erhält immer noch nichts. Nach Ablauf zweier Jahre jedoch, während welchen die Witwe keine Raten bezogen hat, muss ihr Anspruch auf eine Rente gestrichen werden: die hinterlassenen Kinder und der Vater beziehen nunmehr jedes 15 %.

Art. 68. — 1. Nach unserem gegenwärtigen Haftpflichtsystem zieht jedes Verschulden des Verletzten, wenn es die Ursache des Unfalles gewesen ist, den Verlust des Rechts auf Schadenersatz nach sich (Gesetz von 1875, Art. 2; Gesetz von 1881, Art. 2; Gesetz von 1905, Art. 1). Die Schwere des Verschuldens ist belanglos, irgend ein Verschulden genügt.

Die ausserordentliche Härte dieses Grundsatzes kann nicht gelehnet werden. Ein gewisses Mass von Unvorsichtigkeit, Nachlässigkeit oder Unachtsamkeit steckt in der menschlichen Natur. Jeder Mensch begeht täglich mehr als eine Unvorsichtigkeit, und wenn sie ihm nicht zum Bewusstsein gelangt, so ist es nur deshalb, weil dieser Fehler glücklicherweise nicht immer von seiner möglichen Wirkung gefolgt ist. Besonders während einer

lang andauernden und einförmigen Arbeit sind gewisse Unaufmerksamkeiten nicht zu vermeiden; niemand kann seine Gedanken und seine Sinne auf die ihn beschäftigende Arbeit beständig konzentrieren. Die Gewöhnung an die Gefahr ist unvermeidlich und sogar bis zu einem gewissen Grade notwendig, um von der Arbeit den erwünschten Ertrag zu erzielen. Das Vorkommen von Unfällen infolge leichten „Verschuldens“ des Verletzten selbst ist also nie ganz zu vermeiden, während zugleich die Umstände, unter denen die Arbeit ausgeführt wird (Vorhandensein von Maschinen etc.), oft zu einem schreienden Missverhältnis führen zwischen der Schwere des Verschuldens und derjenigen des Schadens, den der Verletzte selbst tragen muss.

Die mit dem Selbstverschulden des Verletzten begründete Einrede ist ein Grundübel des gegenwärtigen Haftpflichtsystems; sie ist es, welche die grosse Mehrzahl der Prozesse hervorruft (s. Tabelle, Seite 385, Ziff. 1, 2, 9 und 10) und ihnen einen besonders peinlichen Charakter aufdrückt. Der erste Impuls eines Arbeitgebers, von dem ein Schadenersatz aus Unfall verlangt wird, besteht ganz natürlich darin, die Verletzung auf ein Verschulden des Verunfallten selbst zurückzuführen.

Die Versicherung bietet daher durch die Tatsache, dass sie den Versicherten auch gegen die Folgen seines leichten Verschuldens schützt, einen sehr grossen Vorteil. Eben weil die Erfahrung es als unvermeidlich darstellt, wird dieses Verschulden als integrierender Teil des „Risikos“ betrachtet und demgemäss auch in die Versicherung einbezogen. Dieser Einschluss kann ohne Schwierigkeit stattfinden, besonders wenn der Versicherer unter allen Umständen nur einen Teil des Schadens deckt, und also der Versicherte auch stets ein Interesse daran hat, einen Unfall zu vermeiden.

2. Andererseits schliesst die Versicherung jeden durch den Versicherten absichtlich herbeigeführten Unfall aus. Die Deckung eines solchen Unfalles liefe den guten Sitten zuwider und wäre vom technischen Standpunkte aus ein Unsinn, da eine Verletzung, die nichts zufälliges an sich hat, kein „Risiko“ darstellt.

3. So wie das Gesetz von 1899 (Art. 282), sehen auch wir für den Fall einer groben Fahrlässigkeit des Verletzten nur eine Kürzung der Entschädigungen vor (Abs. 3). Art. 20 des französischen Haftpflichtgesetzes vom 9. April 1898 enthält die gleiche Lösung, wie unser Entwurf; er schliesst den vor-

sätzlich herbeigeführten Unfall gänzlich aus, entschädigt ohne Einschränkung das leichte Verschulden und gestattet im Falle einer groben Fahrlässigkeit nur eine Kürzung. Der wenigstens teilweise Schadenersatz, den das französische Gesetz in diesem letztern Falle einem Arbeitgeber auferlegt, kann mit um so grösserm Recht durch unsern Entwurf einem Versicherer überbunden werden.

Es liegt kein Grund vor, in das Gesetz eine Definition der „groben Fahrlässigkeit“ aufzunehmen, da dieser Begriff und seine Differenzierung von dem leichten Verschulden schon im römischen Recht vorkommen und durch die Rechtsprechung in Sachen der Haftpflicht, der Versicherung oder der Anwendung von Art. 50 ff. O. R. genügend festgestellt worden sind. Das schwere oder grobe Verschulden besteht gemäss gegenwärtiger Jurisprudenz in einer Nichtachtung der elementarsten Verhaltensregeln, in einem Mangel an derjenigen Aufmerksamkeit, Vorsicht oder Sorgfalt, die jede auch nicht besonders sorgsame Person unter den gegebenen Verhältnissen anzuwenden pflegt, während das leichte Verschulden in jedem Mangel an einer vollkommenen Vorsicht besteht.

4. Wir sehen auch den im Gesetze von 1899 nicht geregelten Fall vor, wo ein tödlicher Unfall vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit seitens eines Hinterlassenen des Versicherten verursacht worden ist. Es würde jeder guten Sitte und den allgemeinen Grundsätzen der Versicherung widersprechen, wenn dieser Hinterlassene Nutzniesser einer Rente wäre. Das leichte Verschulden eines Hinterlassenen, wie das des Versicherten selbst, hat keinen Einfluss auf die Entschädigung; dagegen kann die grobe Fahrlässigkeit eines Hinterlassenen vollständige und nicht nur teilweise Verwirkung nach sich ziehen.

Es sei übrigens noch bemerkt, dass das Verschulden eines Hinterlassenen nur für ihn und nicht für die andern mitgeniessenden oder subsidiären Hinterlassenen Folgen haben wird. Diese andern Hinterlassenen sollen nämlich nicht unter einem Verschulden zu leiden haben, das ihnen eben so fremd, wie das irgend eines Dritten ist.

5. Es ist billig, einem Verschulden nur dann Gewicht beizulegen, wenn sein Urheber zur Zeit des Begehens „zurechnungsfähig“ war (Gesetz von 1899, Art. 281 und 282). Man hat jedoch geltend gemacht, dass die Unzurechnungsfähigkeit, wenn sie selbst die Folge eines Verschuldens ist, keine Entschuldigung bilden solle; es wird insbesondere ver-

langt, dass jemand sich nicht durch seine Unzurechnungsfähigkeit infolge Trunkenheit entschuldigen könne. In der Fassung von Abs. 4 haben wir trotz dem heikeln Charakter der bezüglichen Unterscheidungen diesem Verlangen Rechnung getragen.

6. Unsere Haftpflichtgesetze verweigern jede Entschädigung, wenn der Unfall durch höhere Gewalt oder durch Verschulden dritter Personen verursacht wurde (1875, Art. 2; 1881, Art. 2; 1905, Art. 1). Das Gesetz von 1881 (Art. 5, lit. a) bestimmt überdies eine Kürzung, wenn Zufall vorliegt. Es ist klar, dass Unfälle, die diesen Ursachen zuzuschreiben sind, in Zukunft nicht ausgeschlossen werden können, sondern im Gegenteil vorzugsweise das Anwendungsgebiet der Versicherung bilden.

7. Die Behandlung der verschiedenen Unfallursachen in der Gegenwart und nach unserm Entwurfe kann man zusammenfassen, wie folgt:

	Haftpflicht des Arbeitgebers.	Versicherung.
Leichtes Selbstverschulden	Verwirkung	Entschädigung
Schweres „	„	Kürzung.
Vorsätzlicher Unfall	„	Verwirkung.
Höhere Gewalt	„	Entschädigung
Drittverschulden	„	„
Zufall (Gesetz von 1881)	Kürzung	„

8. Die nachstehende Tabelle zeigt nach den veröffentlichten Entscheidungen des Bundesgerichtes, welche Rolle in den Haftpflichtprozessen die verschiedenen Ursachen von Verweigerung, Kürzung oder Erhöhung der Entschädigung spielen.

a. *Haftpflicht nach den Gesetzen von 1881 und 1887.*

131 aufgezählte Entscheidungen.

	Geltend gemacht		Anerkannt	
	Zahl	% der Entscheidungen	Zahl	% der Entscheidungen
1. Selbstverschulden des Verletzten	50	38	11	8
2. Mitverschulden d. Verletzten	32	24	26	20
3. Zufall	45	34	40	30
4. Höhere Gewalt	4	3	0	0
5. Drittverschulden	2	1,5	1	0,8
6. Vorteil der Kapitalabfindung	39	30	32	24
7. Maximum	31	24	29	22
8. Strafbares Verschulden des Arbeitgebers	12	9	6	5

b. *Haftpflicht der Transportunternehmungen (Gesetz von 1875).*

149 aufgezählte Entscheidungen.

	Geltend gemacht		Anerkannt	
	Zahl	% der Entscheidungen	Zahl	% der Entscheidungen
9. Selbstverschulden des Verletzten	82	55	15	10
10. Mitverschulden d. Verletzten	40	27	22	15
11. Höhere Gewalt	11	7	0	0
12. Drittverschulden	15	10	0	0
13. Vorteil der Kapitalabfindung	37	25	35	23
14. Grobe Fahrlässigkeit der Unternehmung	49	33	19	13

9. Die in Art. 68 und 69 aufgestellten Grundsätze werden auf den Fall Anwendung finden, wo eine grobe Fahrlässigkeit des Versicherten oder der Hinterlassenen nicht als die einzige

Ursache des Unfalles, sondern als ein Mitverschulden sich zeigen wird, das mit einer andern Ursache zusammentraf (Verschulden des Arbeitgebers, eines Dritten etc.). In diesem Falle wird, wie gegenwärtig, Anlass vorhanden sein, die relative Wichtigkeit der verschiedenen Ursachen zu prüfen und demgemäss die Kürzung der Entschädigung zu bestimmen.

Art. 69. Entspricht den Artikeln 283 und 284 des Gesetzes von 1899.

1. Indem wir von dem Falle reden, wo es sich herausstellt, dass der Tod, die Invalidität oder die Krankheit gar nicht oder nur teilweise die Folge eines versicherten Unfalles ist, fassen wir alle die nachfolgenden Möglichkeiten zusammen: Der erwähnte Unfall hat sich im Laufe der Versicherung ereignet (Art. 41), aber der Schaden ist nicht aus diesem Unfall entstanden (Art. 46, Abs. 1); oder es bestand zur Zeit des erwähnten Unfalles keine Versicherung, und in diesem Falle kann es gleichgültig sein, ob dieser Unfall tatsächlich den Schaden verursacht hat.

Neben dem Falle, wo der Schaden nicht aus einem versicherten Unfälle herrührt, gibt es den einer eigentlichen Simulation, bei dem der angebliche Schaden ganz oder teilweise nicht vorhanden ist.

2. Gemäss einer in Versicherungssachen ständigen Regel sehen wir eine verhältnismässige Kürzung für alle diejenigen Fälle vor, wo der Schaden nur teilweise die Folge eines versicherten Unfalles ist. Beispiele: Die erwiesene Invalidität rührt nicht nur davon her, dass der Verletzte drei Finger durch einen versicherten Unfall verloren hat, sondern auch davon, dass er tuberkulös ist; die vollständige Erblindung des Versicherten erfolgt aus dem Verlust eines Auges durch einen versicherten Unfall, während der Verlust des andern Auges aus einer Krankheit oder aus einem der Versicherung vorgängigen Unfall herrührt. Es wäre unbillig, wenn die Anstalt für die Folgen der Tuberkulose oder für den ersten Verlust eines Auges haftbar sein sollte.

Art. 70. Entspricht dem Artikel 269 des Gesetzes von 1899.

1. Wir haben (Seite 375, unter Art. 58 und 59, Ziff. 1 und 2) gesehen, dass grundsätzlich die Zuerkennung einer Invaliden- oder Hinterlassenenrente der Kapitalabfindung vorzuziehen ist. Es gibt jedoch Fälle, wo der Ersatz der Rente durch ein Kapital,

vermittelt Auskaufes, vorgesehen oder gestattet werden muss: Der Betrag der Rente ist klein, der Rentenberechtigte wohnt im Ausland, oder er führt besondere Gründe zu gunsten des Auskaufes ins Feld, ohne dass eine Vergeudung der Auskaufsumme zu befürchten ist.

2. In Absatz 1 bestimmen wir,²⁰ dass der dem Rentenberechtigten auferlegte Auskauf nach Massgabe der Rentendeckungstabelle stattfinden soll; die Rente wird so nach ihrem wahren Wert ausgekauft, d. h. nach dem, für welchen sie in der Bilanz der Anstalt figurierte.

3. Absatz 3 bezeichnet den Fall, wo nach dem Auskauf einer Invalidenrente „die Erwerbsunfähigkeit erheblich grösser wird, als bei dem Auskauf angenommen wurde“. Wenn der Auskauf unter beidseitiger Zustimmung stattgefunden hat, so gilt der Fall als endgültig erledigt. Wenn jedoch der Rentenberechtigte seine Zustimmung nicht gegeben hat, vielleicht gerade deshalb, weil er eine Erhöhung des Invaliditätsgrades, der dem Auskauf zu Grunde gelegt wurde, vorhersah, so muss es dem Verletzten, falls diese Erhöhung eintritt, gestattet sein, diese geltend zu machen. Er könnte dies auch gemäss Art. 59, wenn der Rückkauf nicht stattgefunden hätte.

Handelt es sich dagegen um eine Besserung im Zustande des Verletzten, so kann die Anstalt nicht die teilweise Rückzahlung des Wertes fordern, den sie selbst bestimmt hat, oder dem sie jedenfalls ihre Zustimmung gab.

4. Absatz 4 verhindert, dass infolge sofortigen Heimfalles der Rechte des Rentenbezügers auf andere mitgeniessende oder subsidiäre Rentenberechtigte der Auskauf für die Anstalt einfach eine Mehrbelastung bilde. Der Heimfall soll nur von dem Zeitpunkte an stattfinden, bis zu dem der Auskaufswert die weitere Auszahlung der Rente gestattet hätte. Dieser Zeitpunkt ergibt sich aus der Rentendeckungstabelle; indem man ihn für den Heimfall als massgebend betrachtet, behält man die gleiche Grundlage, die für den Auskauf selbst gedient hat.

Art. 71. — 1. Dieser Artikel stellt dieselben Grundsätze auf, wie die Art. 259 bis 261 des Gesetzes von 1899, nämlich: Wird der Bezüger einer Invalidenrente von einem neuen Unfall betroffen, der bloss eine vorübergehende Erwerbsunfähigkeit bedingt, so bleibt die bisherige Rente unberührt und ohne Einfluss

auf das wegen des neuen Unfalles zu gewährende Krankengeld; in allen andern Fällen mehrfacher Unfälle werden die Leistungen der Versicherung festgestellt, wie wenn der letzte Zustand des Verletzten durch einen und denselben Unfall verursacht worden wäre.

2. Es ist selbstverständlich, dass der Art. 71 nicht auf die Anhäufung von Renten Bezug hat, die unter verschiedenen Titeln von einer einzigen Person erworben worden sind. Die Tatsache, z. B., dass die Witwe A in dieser Eigenschaft rentenberechtigt ist, wird auf die Rechte der Frau A als Mutter oder Invalide durchaus keinen Einfluss haben, wenn sie ihren versicherten Sohn durch einen Unfall verliert, oder wenn sie als Versicherte selbst einen Unfall erleidet. Ebenso wird die Tatsache, dass der frühere Versicherte B rentenberechtigt ist, für die Ansprüche des B auf eine Witwerrente infolge tödlichen Unfalles seiner versicherten Frau ohne Belang sein.

Art. 72. — 1. Absatz 1 stellt den Grundsatz auf, dass die Anstalt gegenüber einem Dritten, der für den Unfall schadenersatzpflichtig ist, bis auf die Höhe ihrer Leistungen in den Ersatzanspruch des Versicherten eintritt.

Dieser Grundsatz findet sich in allen Versicherungsarten. Er bezweckt, zu verhindern, dass der Versicherte einerseits durch den Versicherer, anderseits durch den schadenersatzpflichtigen Dritten doppelt entschädigt werde. Deshalb soll der Versicherer, nachdem er den Versicherten entschädigt hat, gegen den Dritten Regress nehmen können.

Die Anstalt soll auch in die Ersatzansprüche der Hinterlassenen des Versicherten eintreten können, nachdem sie sie entschädigt hat.

Die Ansprüche, die auf den Versicherer übergehen, beruhen am häufigsten auf Art. 50 ff. oder 110 ff. O. R.; sie können aber auch andere Grundlagen haben.

2. In Absatz 2 fügen wir bei, dass die Anstalt selbst, kraft der Übertragung, einen Regress gegen den schadenersatzpflichtigen Dritten nur im Falle groben Verschuldens seinerseits nehmen kann, falls dieser Dritte ein Familienangehöriger oder ein Hinterlassener des Versicherten ist. Es hätte tatsächlich etwas Stossendes an sich, wenn die Anstalt Leistungen entrichtete, um deren unverzügliche Rückerstattung von einem nahen Familienangehörigen, der infolge eines nur leichten Verschuldens

schadenersatzpflichtig ist, zu fordern. Es könnte sogar vorkommen, dass dieser Familienangehörige als „Hinterlassener“ rentenberechtigt wäre (s. Art. 68, Abs. 2) und den Betrag seiner eigenen Rente als „schadenersatzpflichtiger Dritter“ zurückzahlen müsste. Bei unserm System dagegen besteht zwischen den Art. 68 und 72 Übereinstimmung, d. h. Gleichheit zwischen dem Fall, wo ein Hinterlassener des Anspruches auf eine Rente verlustig geht, und dem, wo die Anstalt gegen ihn einen Regress wegen der an andere Hinterlassenen zu bezahlenden Renten nehmen kann.

Der Ausschluss eines Regressrechtes der Anstalt gegen den Arbeitgeber des Versicherten entspricht dem allgemeinen Grundsatz in Sachen der Versicherung, wonach der Versicherer sich jedes Regressrechtes gegen den Versicherungsnehmer entschlägt. Gerade hier spielt der Arbeitgeber die Rolle des Versicherungsnehmers zu gunsten eines andern, da er mit der Anzeige an den Versicherer betraut ist (Art. 41, 47) und auch die Prämien bezahlt (Art. 81). Es ist aber angezeigt, den Arbeitgeber nur dann vor einem Regress zu schützen, wenn er „auf eigene Kosten wenigstens drei Viertel der Restprämien zahlte“, d. h. dem Versicherten nicht mehr als den in Art. 83 zugelassenen Prämienteil vom Lohn abzieht.

Indem wir einen Regress gegen die Familienangehörigen des Versicherten ausschliessen, scheint es uns billig, dieselbe Vergünstigung auch den Familienangehörigen des Arbeitgebers, von denen soeben die Rede war, zu gewähren. Was das Regressrecht gegenüber den Angestellten oder Arbeitern dieses Arbeitgebers betrifft, so könnte man ein solches um so weniger begreifen, als diese Personen selbst Versicherte sind.

Der Ausschluss eines Regresses kann nur für den Fall eines leichten Verschuldens des schadenersatzpflichtigen Dritten gelten. Es verstiesse gegen die guten Sitten, wenn der Dritte gegen die Folgen eines groben Verschuldens geschützt würde (siehe auch Art. 114 O. R.). Die Tatsache, Familienangehöriger des Versicherten oder des Arbeitgebers zu sein, oder als Arbeitgeber einen Teil der Prämien zu bezahlen, soll keinen Freibrief zur Deckung des groben Verschuldens bilden. Dies um so weniger, als die Versicherten selbst ein solches Verschulden nicht ungestraft begehen dürfen (Art. 68).

Siehe unter Art. 96 (Seite 402, Ziff. 3) einige Anwendungsbeispiele bezüglich der Art. 72 und 96.

V. Versicherungsprämien.

Art. 73. Entspricht dem Art. 287 des Gesetzes von 1899. Siehe allgemeiner Teil, Seite 332, Ziff. 1.

Art. 74. Siehe allgemeiner Teil, Seite 332, Ziff. 2.

Art. 75 bis 78. Siehe allgemeiner Teil, Seite 336, Ziff. 3.

Art. 79. Siehe allgemeiner Teil, Seite 339, Ziff. 4.

Art. 80 bis 82. — 1. Das Gesetz von 1899 (Art. 295) setzte eine monatliche Prämienzahlung fest.

Wir ziehen heute das nachfolgende System vor:

Bei Beginn eines jeden Jahres werden die „Restprämien“ des Jahres, d. h. der durch den Bundesbeitrag nicht gedeckte Teil der Prämien, für sämtliche Versicherte desselben Betriebes provisorisch berechnet und durch den Arbeitgeber zum voraus bezahlt. Diese vorläufige Berechnung richtet sich nach dem letztjährigen Gesamtbetrage der Tagesverdienste der Versicherten im betreffenden Betriebe oder, für einen neu eröffneten Betrieb, nach dem mutmasslichen Gesamtbetrage der Tagesverdienste in diesem Betriebe während des laufenden Jahres. Am Ende desselben werden die Prämien endgültig, auf Grund des wirklichen Gesamtbetrages der Tagesverdienste während des betreffenden Jahres, berechnet. Das Ergebnis dieser Berechnung wird mit dem für das betreffende Jahr zum voraus bezahlten Betrage verglichen und ein Mehr- oder Minderbetrag wird beim vorläufigen Bezug der Prämien des neuen Jahres verrechnet. Beispiel:

Im Jahre 1908 betrug der Gesamtlohn der Versicherten des Betriebes N. Fr. 104,869. Im Anfang von 1909, für welches Jahr der Prämienatz 2% beträgt, muss N. die vorläufig berechneten Restprämien

für 1909 vorausbezahlen mit.	$\frac{2}{100} \times 104,869 =$	^{Fr.} 2097.38
weniger die Bundesbeiträge (vorgesehen mit 20%)		419.47
d. h. mit		1677.91

Bei der endgültigen Abrechnung Ende 1909 wird konstatiert, dass der Gesamtbetrag der Tagesverdienste im Jahre 1909 Fr. 162,420 betrug. Die Verrechnung macht sich, wie folgt:

a. Prämien pro 1909	$\frac{2}{100} \times 162,420 =$	Fr. 3248. 40	Fr.
nach Abzug der Bundesbeiträge (angenommen 19%)		617. 20	
betragen die endgültigen Restprämien abzüglich die zum voraus bezahlte Summe		2631. 20	
		1677. 91	
	Bleiben zu bezahlen		953. 29
b. Prämien pro 1910 (angenommen, der Prämienatz sei auf 1,75% ermässigt worden)	$\frac{1,75}{100} \times 162,420 =$	2842. 35	
abzüglich die Bundesbeiträge (vorgesehen 19%)		540. 05	
vorauszubehaltende provisorische Restprämien			2302. 30
	Im ganzen zu bezahlen		3255. 59

2. Dieses System ist das, welches die Gesellschaften gewöhnlich bei ihren Kollektiv- oder Haftpflichtversicherungen in Anwendung bringen. Es hat für den Arbeitgeber und die Anstalt den Vorzug, nur einmal im Jahre eine Abrechnung zu fordern. Die Anstalt ist immer gedeckt, und wenn es im Verlaufe des Jahres sich als wahrscheinlich herausstellt, dass für dieses Jahr der endgültige Betrag der Prämien den vom Arbeitgeber zum voraus bezahlten Betrag erheblich übersteigen wird (z. B., weil die Zahl der Arbeiter eine grosse Vermehrung erfährt), so kann die Anstalt eine angemessene Zwischenzahlung verlangen (Art. 82). Die Tatsache, dass die Anstalt die Prämie für ein ganzes Jahr zum voraus bezieht, und dass sie infolge dessen auch den Zinsgenuss besitzt, hat ihre Rückwirkung auf den Prämienatz im Sinne seiner Ermässigung.

Das Versicherungsjahr, d. h. der Zeitabschnitt, auf den eine Abrechnung sich bezieht, stimmt nicht notwendigerweise mit dem Kalenderjahr überein. Es steht somit der Anstalt frei, nicht alle ihre Abrechnungen auf denselben Zeitpunkt auszuführen und sie, wie es ihr und den Arbeitgebern am bequemsten ist, auf eine beliebige Zeit zu verlegen.

3. Der Bezug der Bundesbeiträge geschieht auf ähnliche Weise, wie der der Restprämien (Art. 80).

Art. 83. Siehe allgemeiner Teil, Seite 341, Ziff. 5.

D. Freiwillige Versicherung.

Art. 84. Siehe allgemeiner Teil, Seite 315, Ziff. 4.

Absatz 1. Das Gesetz von 1899 (Art. 239) gestattete die freiwillige Versicherung nur den Arbeitgebern von obligatorisch Versicherten, aber es setzte für die Versicherungspflicht ein weiteres Gebiet fest, als unser Entwurf es tut; dieser letztere muss deshalb die freiwillige Versicherung auf gewisse Kategorien von Personen ausdehnen, die im Jahre 1899 der Versicherung unterstellt waren. Indem man die Opposition, die das Obligatorium hervorriefe, vermeidet, wird den Personen dieser Kategorien andererseits gestattet, sich mit Anspruch auf den Bundesbeitrag zu versichern, wenn sie es wünschen. Dies bildet den Gegenstand von lit. *a*.

Die Logik verlangt, dass den Arbeitgebern von obligatorisch Versicherten (lit. *b*) die Arbeitgeber von freiwillig Versicherten der Landwirtschaft, des Handwerks und des Kleingewerbes (lit. *c*) beigelegt werden. Es ist dies keine Neuerung, da nach dem Gesetze von 1899 die gleichen Personen in ihrer Eigenschaft als Arbeitgeber von obligatorisch Versicherten sich ebenfalls versichern lassen konnten. Mit der Forderung, dass alle Angestellten und Arbeiter der in lit. *c* bezeichneten Arbeitgeber selbst versichert seien, stellen wir eine wohl begründete Bedingung, die sich bezüglich der in lit. *b* verstandenen Arbeitgeber ganz von selbst erfüllt.

Absatz 2 entspricht dem Art. 240 des Gesetzes von 1899.

1. Weit entfernt von dem Bestreben, in das Tätigkeitsgebiet der Anstalt möglichst viele Geschäfte einzubeziehen, sind wir der Meinung, sie werde schon genügend Arbeit durch die in den Art. 38 und 84, Abs. 1, vorgesehenen Versicherungen haben. Von verschiedenen Seiten wurde jedoch der Wunsch geäußert, die Anstalt möchte sich auch mit gewissen speziellen Unfallversicherungen, z. B. der Versicherung der Fabrikanten gegenüber Drittpersonen, oder der Transportunternehmungen gegenüber Reisenden und Drittpersonen befassen. Abs. 2 sieht die Möglichkeit einer derartigen Ausdehnung für den Fall voraus, wo sie sich als opportun erweisen sollte.

2. Seit 1899 haben wir uns damit beschäftigt, in befriedigender und einheitlicher Weise die Versicherung der Beamten und Angestellten des Bundes, hauptsächlich gegen ihre Berufsunfälle, zu ordnen.

Gestützt auf einen Bericht unseres Finanzdepartements beschlossen wir am 23. Januar 1900 im Prinzip, diese Versicherung

zu organisieren, und im Dezember 1902 übermittelte uns unser Industriedepartement zu Ihren Händen den Entwurf eines Bundesbeschlusses, der zu diesem Zwecke eine besondere durch den Bund verwaltete Kasse vorsah. Es schien uns jedoch, dass die Frage bis zur Annahme oder Verwerfung eines neuen Entwurfes betreffend die allgemeine Unfallversicherung pendent bleiben sollte, und dass im Falle der Annahme dieses Entwurfes die Beamten und Angestellten des Bundes eher, als bei einer speziellen Kasse, bei der neuen Anstalt versichert werden könnten. Abs. 2 unseres Art. 84 wird gerade das Mittel zur Verwirklichung dieses Planes liefern.

Da jedoch der Bund für die in Frage stehende Versicherung einzig als Arbeitgeber und nicht als öffentliche Gewalt auftreten würde, so ist kein Grund vorhanden, hier die Zweckmässigkeit, die versicherten Risiken, die Verteilung der Kosten, oder die übrigen Einzelheiten dieser Versicherung zu untersuchen. Es sind dies Punkte, welche die eidgenössische Behörde auf administrativem Wege, nicht als gesetzgeberische Gewalt, sondern einzig als bei der Unfallversicherungsanstalt versicherungsnehmender Arbeitgeber zu bestimmen haben wird. Es genügt für heute, dass gemäss Art. 84 die Anstalt durch die Bundesversammlung die Befugnis erhalten kann, ihre Tätigkeit u. a. auf die Versicherung der eidgenössischen Beamten und Angestellten auszudehnen.

Wir glauben also, bis zum Beginn der Tätigkeit der Unfallversicherungsanstalt, mit der Behandlung des Postulates vom 27./28. Juni 1906 zuwarten zu sollen, durch welches der Bundesrat eingeladen wurde, „Bericht zu erstatten, welche Folge er seinem Beschlusse vom 23. Januar 1900 über die Versicherung seiner Beamten und Angestellten gegen Unfall zu geben gedenkt“.

Art. 85. Entspricht dem Art. 224 des Gesetzes von 1899, mit dem Unterschiede, dass die Gewährung eines Bundesbeitrages an die freiwillige Versicherung der Arbeitgeber von einem Beschlusse der Bundesversammlung abhängig sein wird.

Art. 86. Entspricht den Art. 239, Abs. 2, und 240 des Gesetzes von 1899.

Die freiwilligen Versicherungen können betreffend versichertes Risiko, Beginn und Ende der Versicherung, Berechnung und Zahlung der Prämien, die Art und die Höhe der Entschädigungen etc. nicht wie die obligatorische Versicherung behandelt werden. Vielmehr wird es angezeigt sein, bezüglich dieser verschiedenen Punkte, je nach dem Wunsche der Beteiligten, Un-

terschiede zwischen den einzelnen freiwilligen Versicherungsarten zu machen. Hier die Einzelheiten dieser Versicherungen zu bestimmen, führte daher nur zu einer beträchtlichen Ausdehnung des Gesetzes und verhinderte zugleich, die freiwilligen Versicherungen den Bedürfnissen eines jeden Berufes anzupassen.

E. Versicherungsgericht.

Die Streitigkeiten über die Anwendung des Gesetzes zwischen der Unfallversicherungsanstalt und den Versicherten oder ihren Hinterlassenen müssen durch eine unparteiische, gerichtliche Behörde entschieden werden. Wir könnten deshalb den Vorschlag nicht begrüssen, der dahin geht, es sei der Entscheid über diese Streitigkeiten dem Verwaltungsrat der Anstalt zu übertragen. Gerade wegen seiner Eigenschaft als Organ einer der streitenden Parteien böte dieser Rat nicht die Garantien der Unparteilichkeit, die hier von höchster Wichtigkeit sind.

Da es sich um ein Bundesgesetz handelt, muss seine Anwendung in der ganzen Schweiz dieselbe sein; daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer eidgenössischen Gerichtsbarkeit.

Ist es aber angezeigt, diese Gerichtsbarkeit als einzige Instanz oder als letzte Rekursinstanz einzusetzen? Wir nehmen die erstere Lösung an. Da wir auch hier einen Fortschritt gegenüber dem gegenwärtigen Haftpflichtsystem verwirklichen wollen, müssen wir eine rasche, einfache und billige Rechtsprechung einführen. Nun zieht aber eine Mehrheit von Instanzen notwendigerweise eine lange Dauer der Prozesse, vermehrte Mühen und Kosten für die Parteien nach sich; sie verursacht dem Staate (Kanton oder Bund) Unterhaltungskosten für die untern Instanzen. Das System einer einzigen Instanz ist daher vorzuziehen, wenn, wie wir es vorsehen, das in Frage stehende Gericht den Parteien leicht zugänglich ist und ein rasches Prozessverfahren anwendet (Art. 87 und 89). Das Gesetz von 1899 (Art. 315) setzte ebenfalls eine einzige Instanz für den Entscheid von Streitigkeiten in Sachen der Unfallversicherung ein.

Es schuf zu diesem Zweck ein „Bundesversicherungsgericht“, während der Entwurf des Bundesrates vom Jahre 1896 (Art. 80) diese Kompetenzen dem jetzigen Bundesgericht zuzuweisen gedachte. Wir schliessen uns der im Gesetze von 1899 enthaltenen Lösung an; denn die Zuweisung der Rechtsprechung an das Bundesgericht würde wahrscheinlich eine Vermehrung des Personals dieser Behörde erfordern und also kaum eine Ersparnis gegenüber der Schaffung eines besondern Gerichtshofes bedeuten.

Ein neues, viel einfacheres, als das gegenwärtig vom Bundesgericht als einzige Instanz angewendete Verfahren (Gesetz vom 22. November 1850) sollte für die in Frage stehenden Streitigkeiten eingeführt werden.

Art. 87. Entspricht den Artikeln 312 und 313 des Gesetzes von 1899.

Mit dem Vorschlage, nur drei Richter und dagegen fünf Ersatzmänner einzusetzen, trachten wir danach, die Kosten zu vermindern. Die Abteilung für Schuldbetreibung und Konkurs beim Bundesgericht zählt ebenfalls nur drei Richter. Ein nicht zahlreiches Gericht genügt, oder ist sogar in Fällen, wie die betreffende Unfallversicherung, wo es sich weniger um schwierige Rechtsfragen und bedeutende Streitsummen, als um Fragen des Tatbestandes und um detaillierte Berechnungen handelt, vorzuziehen.

Der letzte Absatz unseres Art. 87 hat grosses praktisches Interesse; indem er dem Gerichte gestattet, überall in der Schweiz Sitzungen abzuhalten, macht er den Richter für den Rechtsuchenden schnell erreichbar und erleichtert die Beweisführung.

Art. 88. Entspricht dem Art. 315 des Gesetzes von 1899.

Absatz 4. Der Regress der Anstalt gegenüber einem schadenersatzpflichtigen Dritten (Art. 72) gehört vor den ordentlichen Richter. Diese Ersatzforderung kommt in der Tat der Anstalt einzig als Rechtsnachfolgerin des Verletzten zu und gründet sich auf das gemeine Recht; der Dritte als solcher bleibt der Versicherung ganz fremd. Mit noch mehr Grund und ohne dass es nötig wäre, es besonders zu erwähnen, gehört die Forderung, die der Verletzte selbst gegen einen Dritten für den durch die Versicherung nicht gedeckten Teil des Schadens stellen kann, nicht vor das Versicherungsgericht.

Absatz 5. In Abweichung vom Gesetze von 1899 (Art. 315, lit. f.) überlassen wir die Erledigung von Streitigkeiten zwischen Arbeitgeber und Versicherten über die Lohnabzüge für die Prämien (Art. 83) dem ordentlichen Richter.

Diese Streitigkeiten berühren die Anstalt nicht. In der Abrechnung zwischen Arbeitgeber und Arbeiter wird überdies sehr oft der Anteil des letztern an der Versicherungsprämie nicht der einzige streitige Punkt sein; es wird noch Zwistigkeiten geben über Abzüge wegen mangelhafter Arbeit etc., und diese Streit-

punkte sollten jedenfalls durch den ordentlichen Richter geschlichtet werden. Warum daher die Parteien zwingen, für eine und dieselbe Abrechnung einen zweifachen Prozess zu führen? Die für diese Abrechnung im allgemeinen eingesetzte Gerichtsbarkeit (Friedensrichter, Gewerbegerichte, Schiedsrichter etc.) ist auch gewöhnlich noch einfacher, als die des Versicherungsgerichtes, und die Rechtsprechung über Streitigkeiten betreffend den Anteil des Arbeiters an der Prämienzahlung erfordert keine besondere Kenntnisse in Versicherungssachen. Es genügt, dass unser Art. 83 jeden Lohnabzug, der die vorgesehene Grenze überschreitet, verbietet, um zu bewirken, dass der ordentliche Richter dem Arbeiter die Entlastung oder die Rückerstattung eines übertriebenen Abzuges gewähre.

Es versteht sich von selbst, dass es die ordentlichen Gerichte sind, die in Prozessen, die dem Versicherungsdienste fremd sind, und zwischen der Anstalt und Drittpersonen entstehen, Recht sprechen werden.

Wir bringen schliesslich in Erinnerung, dass Streitigkeiten, welche die Versicherungspflicht, den Bundesbeitrag oder die Steuerfreiheit zum Gegenstand haben, entweder durch den Bundesrat (Art. 40 und 79) oder durch das Bundesgericht (Art. 24) entschieden werden.

Art. 89. Keine Bemerkungen.

Dritter Titel.

Straf-, Schluss- und Übergangsbestimmungen.

Art. 90. Entspricht den Artikeln 390 und 391 des Gesetzes von 1899.

1. Es ist notwendig, dass die gegenwärtigen Mitglieder von Krankenkassen, wenn sie seit wenigstens 2 Jahren versichert sind, schon von nun an die Freizügigkeit geniessen.

2. Aber auch während einer gewissen Zeitperiode seit dem Inkrafttreten des Gesetzes muss die Mitgliedschaft bei irgend einer schweizerischen Krankenkasse als Mitgliedschaft bei einer anerkannten Kasse betrachtet werden. Sonst verlören die Mitglieder einer gegenwärtig bestehenden Kasse, die erst später als 2 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes „anerkannt“ würde, den Vorteil ihrer frühern Mitgliedschaft bei dieser Kasse, und es würde jedenfalls die zwischen dem Inkrafttreten des Gesetzes und dem Zeitpunkt der Anerkennung der Kasse liegende Zeit

nicht in der Mitgliedschaftsdauer von im Minimum 2 Jahren oder 6 Monaten, wie sie die Art. 6 und 11 vorschreiben, mitberechnet werden. Nun ist es kaum wahrscheinlich, dass die Anerkennung aller gegenwärtigen Krankenkassen schon auf den genauen Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes wird stattfinden können.

Art. 91. — 1. Wie wir schon bei Behandlung der Art. 19 und 79 (Seite 303, lit. *c*, und 339, lit. *a*) bemerkt haben, ist es im Prinzip angezeigt, den nicht schweizerischen Versicherten die gleichen Bundesbeiträge wie den schweizerischen Versicherten zu gewähren.

Grundsätzlich macht unser Entwurf zwischen Ausländern und Schweizern hinsichtlich der Leistungen der Anstalt ebenfalls keinen Unterschied. Schon unter dem gegenwärtigen Haftpflichtsystem hat die fremde Nationalität eines Verletzten keinen nachteiligen Einfluss auf seine Rechte; vielmehr, wenn ein fremder Arbeiter Opfer eines Unfalles ist, und es sich darum handelt, die seinen Hinterlassenen zukommende Entschädigung zu bestimmen, nehmen unsere Gerichte das Alimentationsrecht als massgebend an, welches die Hinterlassenen gemäss dem fremdländischen Rechte gegen den Getöteten besaßen. Infolgedessen kann es vorkommen, dass ein Hinterlassener des fremden Arbeiters eine höhere Entschädigung erhält, als diejenige, die unter den gleichen Umständen den Hinterlassenen eines schweizerischen Arbeiters gewährt würde.

Ebensowenig als die gegenwärtige Gesetzgebung sieht auch unser Entwurf im Prinzip einen Nachteil darin, dass eine Person ihren Wohnsitz im Auslande hat: Die Leistung der Bundesbeiträge ist ohne Rücksicht auf den Wohnsitz für die Mitglieder der anerkannten Krankenkassen (Art. 19 und 20) und für die obligatorisch Unfallversicherten (Art. 79) vorgesehen. Die Bedingung des Wohnsitzes in der Schweiz wird nur für die freiwillig Unfallversicherten gestellt (Art. 84) und in diesem Punkte rechtfertigt sie sich von selbst. Was die Ansprüche der Versicherten oder ihrer Hinterlassenen gegenüber der Anstalt betrifft, werden dieselben keineswegs durch den Umstand berührt, dass die Berechtigten ihr Domizil im Auslande haben. Einzig Art. 70 stellt fest, dass, wenn ein Rentenberechtigter seit wenigstens einem Jahre im Auslande wohnt, der Auskauf seiner Rente ihm auferlegt werden kann. Aber dieser durch praktische Erwägungen begründete Auskauf setzt den Rentenberechtigten nicht in Nachteil; er findet nach dem wahren Wert der Rente statt

und besteht einzig darin, dass die Schadenersatz-Rente durch eine gleichwertige Kapitalabfindung ersetzt wird.

2. Man sieht, dass unser Entwurf sehr entgegenkommend ist, da er als Regel die Gleichbehandlung von Personen fremder Abkunft und fremden Wohnsitzes und der Schweizer oder der in der Schweiz wohnenden Personen feststellt. Diese Weitherzigkeit ist leider nicht bei allen sozialen ausländischen Gesetzgebungen zu finden. Einige schliessen die Fremden vom Genuss gewisser sozialer Institutionen aus; andere machen einen Unterschied zum Nachteil der Fremden bezüglich der Staatsbeiträge; wieder andere gewähren den Ausländern oder den im Auslande wohnenden Personen gar kein Recht auf die gewöhnlichen Entschädigungen, oder sehen unter gewissen Umständen eine Ablösung ihrer Rechte zu nachteiligen Bedingungen vor.

Ohne nähere Auseinandersetzung wird man zweifellos mit uns finden, dass bei dieser Sachlage die neue schweizerische Gesetzgebung sich nicht damit begnügen kann, die Gleichbehandlung von Schweizern und Fremden, sowie der Bewohner der Schweiz und des Auslandes zu statuieren. Es ist angezeigt, zu dem Grundsatz der Gleichbehandlung einen Vorbehalt für den Fall zu machen, dass eine fremde Gesetzgebung gegenüber der Schweiz kein Gegenrecht walten liesse. Deshalb gestattet Art. 91 für diesen Fall, die Gleichbehandlung in den vorerwähnten verschiedenen Punkten aufzuheben; er zieht die Gegenseitigkeit nicht nur in Sachen der Kranken- und Unfallversicherung, sondern auch auf andern Gebieten der sozialen Gesetzgebung in Betracht.

3. Indem wir für die Schweiz die Gleichbehandlung der Ausländer, oder der im Auslande wohnenden Personen und der Schweizer, oder der in der Schweiz wohnenden Personen festsetzen, machen wir die Aufrechthaltung dieses Prinzips von der Bedingung abhängig, dass das Ausland dieselbe Gleichheit anwende.

Wir verlangen nicht, dass der fremde Staat den Schweizern oder den in der Schweiz wohnenden Personen gleiche Vorteile garantiere, d. h. gleiche Leistungen, wie diejenigen, die das schweizerische Gesetz den Angehörigen oder Bewohnern dieses Staates gewährt. Es ist schwierig, zwei Gesetzgebungen vom Standpunkt der Leistungen, die jede von ihnen vorsieht, gegenseitig abzuwägen. Bald bietet die eine, bald die andere mehr Vorteile, je nachdem es sich um die Ausdehnung der genussberechtigten Kreise, die gedeckten Risiken, die Art und die Höhe der verschiedenen Entschädigungen, die Verteilung der Lasten, die Staatsbeiträge etc. handelt.

Für jeden Staat ist übrigens das Wichtigste, dass seine Bewohner oder Angehörigen in einem andern Staate genau so behandelt werden, wie die Bewohner und Angehörigen dieses andern Staates selbst.

4. Wir glauben, dieses Ziel um so leichter erreichen zu können, als unser Gesetz, indem es als interne Regel die Gleichbehandlung festsetzt, den ersten Schritt gemacht haben wird.

Mehrere Staaten haben schon unter sich Verträge abgeschlossen, die ihren Angehörigen gegenseitig die Vorteile sozialer Institutionen gewähren, und der italienisch-schweizerische Handelsvertrag vom 13. Juli 1904 sagt in seinem Artikel 17: „Die vertragschliessenden Parteien verpflichten sich, die Behandlung der italienischen Arbeiter in der Schweiz und der schweizerischen Arbeiter in Italien mit Rücksicht auf die Arbeiterversicherung in gemeinsamem und freundschaftlichem Einverständnis zu prüfen, zu dem Zwecke, den Arbeitern beider Nationen, durch geeignete Vereinbarungen, im andern Lande eine Behandlung zu sichern, die ihnen so weit als möglich gleichwertige Vorteile gewährt.“

Art. 92. — Absatz 1. Die Aufsicht über die anerkannten Krankenkassen verlöre jeden Wert, wenn diese Kassen der Aufsichtsbehörde unwahre Angaben lieferten. Wir haben daher der vorsätzlichen Mitteilung solcher Angaben zu steuern. Eine ähnliche Bestimmung befindet sich auch im Aufsichtsgesetz von 1885 (Art. 11, Ziff. 2), mit dem Unterschiede jedoch, dass dieses Gesetz eine Busse von fünftausend Franken und von sechs Monaten Gefängnis als Maximum vorsieht.

Absatz 2. Wir haben söviel als möglich vermieden, strafrechtliche Bestimmungen im Gesetze aufzunehmen. Eine zivilrechtliche Folge, namentlich in einer starken Erhöhung der Prämien bestehend, genügt in vielen Fällen und wirkt wenigstens ebensogut wie eine strafrechtliche Ahndung; man vermeidet zudem, dem Gesetz einen polizeilichen Anstrich zu geben. So sind zivilrechtliche Folgen z. B. in Fällen von Verletzung der Anzeigepflicht bei Beginn oder Ende der Versicherung (Art. 41, 42 und 43), von verspäteter Anzeige bei Unfällen (Art. 47), von Zuwiderhandlung gegen die Massnahmen für ihre Behandlung (Art. 48), von Nichtanzeige einer Gefahrerhöhung (Art. 77), oder von verspäteter Prämienzahlung (Art. 81 und 82) vorgesehen. Ein zu hoher Abzug am Lohne des Versicherten (Art. 83) zieht eine zivilrechtliche Folge in der Weise nach sich, dass der Arbeitgeber weder gegen sein leichtes Verschulden gedeckt (Art. 72 und 96), noch von der in Art. 341 O. R. vorgeschriebenen Verpflichtung entlastet wird (Art. 97).

Man hat es jedoch für nötig erachtet, ausserdem noch eine strafrechtliche Ahndung gewisser Übertretungen vorzusehen, namentlich deshalb, weil eine wirkliche Busse bei Nichtbezahlung in Gefängnis umgewandelt werden kann, während es bezüglich der Durchführung einer zivilrechtlichen Strafe kein anderes Mittel als die Schuldbetreibung gibt. Die Fälle strafrechtlicher Ahndung bilden den Gegenstand unseres Absatzes 2; sie sind viel weniger zahlreich, als nach dem Gesetze von 1899 (Art. 208, 209, 215 und 321). Eine Verfolgung wegen Betrug ist schon in Art. 69, letzter Absatz, für den Fall der Simulation vorgesehen.

Während das Gesetz von 1899 (Art. 210, 319 und 324) die Bussenerteilung in die Befugnis der administrativen Behörden legte, führen wir die Rechtsprechung der kantonalen Strafgerichte ein. Die vorgesehenen Strafen sind dieselben, wie im Gesetz von 1877 betreffend die Arbeit in den Fabriken (Art. 19), mit der Abänderung, dass der Richter bei Rückfall, statt zu Gefängnis zu verurteilen, die Busse bis auf tausend Franken festsetzen kann. Das Gesetz von 1899 stellte Bussen im Maximalbetrag von zweitausend Franken, mit verdreifachtem Maximum im Rückfalle, auf.

Absatz 3 wiederholt Art. 322 des Gesetzes von 1899; er gestattet zum Beispiel, eine Busse gegen eine Aktiengesellschaft selbst für das Vergehen ihres Fabrikdirektors auszusprechen. Dagegen kann selbstverständlich die Gesellschaft nicht zu Gefängnis verurteilt werden, und die über die Gesellschaft verhängte Busse kann wegen Nichtbezahlung nicht in Gefängnis des Direktors umgewandelt werden.

Art. 93 und 94. Keine Bemerkungen.

Art. 95. — 1. Art. 4 des Gesetzes von 1877 verpflichtet den Fabrikbesitzer, von jeder in seiner Fabrik vorgekommenen erheblichen Körperverletzung der kompetenten Lokalbehörde Anzeige zu machen, die darüber eine amtliche Untersuchung einzuleiten hat. Diese Bestimmung, neben Art. 47 und 48 unseres Entwurfes angewendet, würde einen misslichen Dualismus schaffen.

2. Da unser Entwurf die Haftpflicht mit bezug auf Berufskrankheiten fortbestehen lässt, so müssen die Haftpflichtgesetze von 1881 und 1887 nur „mit bezug auf Unfälle“ aufgehoben werden.

3. Art. 40 des Gesetzes von 1902 erklärt die elektrischen Schwach- und Starkstromanlagen gemäss den Gesetzen von 1875 (1905), 1881 und 1887 als der Haftpflicht unterstellt für die Un-

fälle ihrer Angestellten und Arbeiter. Da diese Personen nunmehr versichert sind, muss der betreffende Artikeldahinfallen.

4. Das Gesetz von 1905 betreffend die Haftpflicht der Transportanstalten, sowie Art. 18 des Gesetzes von 1894, welcher die Post gleich einer andern Transportanstalt für den beim Postbetrieb verursachten Schaden haftpflichtig erklärt, beziehen sich nicht allein auf die Unfälle der Angestellten oder der Arbeiter dieser Unternehmungen, sondern auch auf die der Reisenden und der Drittpersonen.

a. Da unser Entwurf (Art. 38) nur die Versicherung für Unfälle von Angestellten und Arbeitern einführt, so muss die Haftpflicht nur mit bezug auf diese Unfälle aufgehoben werden; dagegen ist kein Grund vorhanden, zu unterscheiden, ob der von einem Angestellten oder Arbeiter der Unternehmung erlittene Unfall diese Person während oder ausserhalb ihrer Arbeit betroffen habe. Auch im letztern Falle wird das Versicherungsgesetz, unter Ausschluss der Gesetze von 1905 und 1894, Anwendung finden, da der Verunfallte nicht allein gegen Berufsunfälle versichert sein wird.

b. Erleidet ein Versicherter durch den Betrieb einer Transportunternehmung einen Unfall, und war er nicht Angestellter oder Arbeiter dieser Unternehmung, so bleiben dagegen die Gesetze von 1905 und 1894 anwendbar. Wenn z. B. ein versicherter Fabrikarbeiter von einem Eisenbahnunfall als Reisender betroffen wird, wird der Regress der Anstalt (Art. 72) und die Forderung des Verletzten (Art. 96) sich auf das Gesetz von 1905 stützen können.

c. Die Gesetze von 1905 und 1894 werden selbstverständlich beibehalten für den Unfall eines bei der Anstalt nicht versicherten Reisenden oder Passanten.

Art. 96. Entspricht dem Art. 384 des Gesetzes von 1899.

1. Soweit sie nunmehr versichert sind, müssen die Personen, die bisanhin die Haftpflicht genossen haben, ihren Arbeitgebern gegenüber auf den Boden des gemeinen Rechtes, d. h. der Art. 50 ff. und 110 ff. O. R., gestellt werden.

2. Für den durch die Versicherung gedeckten Teil des Schadens kann der Geschädigte in keinem Falle gegen den Arbeitgeber vorgehen, so wenig als gegen irgend einen andern Dritten: Die Versicherungsanstalt tritt bis auf die Höhe ihrer Leistungen in den Ersatzanspruch des Geschädigten ein (Art. 72, Abs. 1), und somit ist es sie allein, der ein Regressrecht gegen Dritte zusteht.

Was dagegen den durch die Versicherung nicht gedeckten Teil des Schadens betrifft, wird der Geschädigte gegenüber jedem ersatzpflichtigen Dritten ein auf dem gemeinen Rechte beruhendes Forderungsrecht behalten. Gemäss Abs. 2 des Art. 96 jedoch kann er, wenn dieser Dritte der Arbeitgeber (oder einer seiner Familienangehörigen, Angestellten oder Arbeiter) ist, seine Forderung gegen ihn nur dann geltend machen, wenn der Dritte den Unfall durch ein grobes Verschulden verursacht hat. Der Ausschluss einer Forderung des Geschädigten gegen den Dritten, wenn sein Verschulden nur ein leichtes ist, rechtfertigt sich aus denselben Gründen, wie die, für welche Art. 72, Abs. 2, unter gleichen Umständen einen Regress der Anstalt gegen diesen gleichen Dritten (s. Seite 388, Ziff. 2) ausschliesst. Wir haben jedoch nicht geglaubt, im Falle leichten Verschuldens die Familienangehörigen oder Hinterlassenen des Versicherten gegen eine Forderung dieses letztern oder anderer Hinterlassener schützen zu sollen, denn die Erwägungen, die sich einem Regress der Anstalt gegen diese Personen entgegenstellen, könnten für den durch die Versicherung nicht gedeckten Teil des Schadens gegen einen Ersatzanspruch der Geschädigten selbst nicht aufkommen.

3. Hier einige Anwendungsbeispiele zu den Artikeln 72 und 96.

a. Der Unfall wurde durch ein leichtes oder schweres Verschulden eines Dritten verursacht, der nicht in Beziehungen zu dem Versicherten oder seinem Arbeitgeber steht; für die Höhe ihrer Leistungen hat die Anstalt ein Regressrecht gegen diesen Dritten, und für den Mehrbetrag des Schadens kann der Verletzte (Versicherter oder Hinterlassener) selbst den Dritten belangen.

b. Ein tödlicher Unfall wird durch ein leichtes Verschulden des Arbeitgebers des Versicherten verursacht. Für die Renten, die sie den Hinterlassenen ausbezahlt, hat die Anstalt gegenüber dem Arbeitgeber kein Regressrecht, und für den Mehrbetrag des Schadens können die Hinterlassenen ebensowenig den Arbeitgeber belangen.

c. Ein Unfall, der Invalidität zur Folge hat und durch ein leichtes Verschulden des Bruders des Versicherten verursacht wurde, gibt der Anstalt kein Regressrecht gegen den Bruder, während der Versicherte, wenn er es für gut findet, ihn für den durch die Rente nicht gedeckten Teil des Schadens belangen kann.

d. Ein tödlicher Unfall ist durch das schwere Verschulden des Vaters des Versicherten verursacht worden. Dieser hinterlässt

eine Witwe. Der Vater verliert jedes Recht auf eine Hinterlassenenrente (Art. 68, Abs. 2); bezüglich der der Witwe ausbezahlten Rente hat die Anstalt ein Regressrecht gegen den Vater, der zudem gegenüber der Witwe selbst für den durch die Rente nicht gedeckten Teil des Schadens haftbar ist.

Art. 97. Entspricht dem Art. 380 des Gesetzes von 1899.

1. Art. 341 O. R. bestimmt: „Bei einem auf längere Dauer abgeschlossenen Dienstvertrag 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.“ Abs. 2 desselben Artikels fügt bei: „Der Arbeitgeber hat den Dienstpflichtigen, welcher bei ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt, bei vorübergehender unverschuldeter Krankheit auf eigene Kosten verpflegen und ärztlich behandeln zu lassen.“

2. Man kann die Maximaldauer der „verhältnismässig kurzen Zeit“ und einer „vorübergehenden Krankheit“ auf drei Wochen schätzen. Die Erfahrung lehrt anderseits, dass die aus den ersten drei Wochen einer gewöhnlichen Krankheit entstehenden Lasten 52 %, d. h. ungefähr die Hälfte der Lasten der sechs ersten Monate dieser Krankheit betragen (siehe die Reduktionsfaktoren, Seite 288). Der Arbeitgeber, wenn er wenigstens die Hälfte der Prämien einer Krankenversicherung zahlt, die im Minimum während sechs Monaten Leistungen gewährt (Art. 10, Abs. 2, unseres Entwurfes), bezahlt somit die Leistung dieser Versicherung insoweit selbst, als sie sich auf die drei ersten Wochen beziehen; er darf daher gemäss Art. 341 O. R. nur angehalten werden, den Mehrbetrag der durch diesen Artikel vorgesehenen Entschädigungen über die Leistungen der Krankenkasse hinaus zu tragen. So verfügt Abs. 1 unseres Art. 97.

3. Bezüglich der Unfallkrankheiten beweist die schweiz. Statistik (1888—1891), dass die auf die ersten drei Wochen dieser Krankheiten entfallenden Entschädigungen im Durchschnitt ungefähr 11 % des Totalbetrages der in unserm Entwurfe festgesetzten Unfall-Entschädigungen ausmachen. Es würde somit genügen, dass der Arbeitgeber zirka 11 % an die Unfallversicherungsprämien beitrage, damit er gemäss Art. 341 O. R. nur angehalten werden dürfte, den Mehrbetrag der durch diesen Artikel vorgesehenen Entschädigungen über die Leistungen der Unfallversicherungsanstalt hinaus zu tragen; nun aber beläuft sich der Beitrag

des Arbeitgebers auf wenigstens 75 % der Restprämien (Art. 83). Dieses Plus des Beitrages entspricht reichlich dem vorerwähnten Mehrbetrag, um so mehr, als die Versicherung nicht nur Unfälle deckt, die ohne Verschulden des Dienstpflichtigen entstanden sind, und als, da derselbe im allgemeinen nicht „in häuslicher Gemeinschaft“ mit seinem Arbeitgeber lebt, Artikel 341 O. R. den Arbeitgeber nicht dazu verpflichtete, ihm Pflege und ärztliche Hilfe zu leisten. Es ist daher angezeigt, wie es Abs. 2 unseres Art. 97 tut, zu bestimmen, dass im Falle von Unfallversicherung Art. 341 O. R. auf die durch diese Versicherung gedeckten Unfallkrankheiten gar nicht anwendbar sein wird gegenüber einem Arbeitgeber, der auf eigene Kosten wenigstens drei Viertel der Restprämien zahlte.

Art. 98. Die erste Wahl des Verwaltungsrates könnte nicht so stattfinden, wie es Art. 26 vorsieht, da man den Anteil jeder Kategorie von Interessenten an der Gesamt-Prämieinnahme noch nicht kennen würde.

Art. 99. Siehe allgemeiner Teil, Seite 250, lit. e.

Art. 100. Es ist angezeigt, dem Bundesrat die Festsetzung des Zeitpunktes für das Inkrafttreten des Gesetzes zu überlassen. Dieser Zeitpunkt hängt nämlich von der Vollendung gewisser Vorbereitungsarbeiten ab.

Genehmigen Sie, Tit., die Versicherung unserer vollkommenen Hochachtung.

Bern, den 10. Dezember 1906.

Im Namen des schweiz. Bundesrates,

Der Bundespräsident:

L. Forrer.

Der Kanzler der Eidgenossenschaft:

Ringier.

(Entwurf.)

Bundesgesetz
betreffend
die Kranken- und Unfallversicherung.

Die Bundesversammlung
der schweizerischen Eidgenossenschaft,
in Ausführung des Artikels 34^{bis} der Bundesverfassung,
nach Einsicht einer Botschaft des Bundesrates vom
10. Dezember 1906,

beschliesst:

Erster Titel.

Krankenversicherung.

A. Allgemeine Bestimmungen.

Art. 1.

Der Bund bedient sich, zur Förderung der Kranken-
versicherung, der von ihm anerkannten, beaufsichtigten und
subventionierten Krankenkassen.

Betätigung
des Bundes.

Art. 2.

Die Kantone sind befugt:

- a. die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne
Bevölkerungsklassen obligatorisch zu erklären,
- b. öffentliche Krankenkassen einzurichten,

Befugnisse der
Kantone.

- e. für eine obligatorische Krankenversicherung von un- selbstständig erwerbenden Personen die Arbeitgeber zur Leistung von Beiträgen zu verpflichten.

Daherige Erlasse bedürfen der Genehmigung des Bundesrates.

Wird von einem Kanton die Krankenversicherung obli- gatorisch erklärt, so trägt der Bund an die Kosten der kantonalen Aufsicht bei. Der Bundesrat setzt diese Beiträge endgültig fest.

Art. 3.

Kantonale
Aufsicht.

Jedem Kanton steht das Recht der Aufsicht über alle Hilfskassen zu, welche ihren Sitz auf seinem Gebiete haben und nicht unter das Bundesgesetz betreffend Beaufsichtigung der Privatunternehmungen im Gebiete des Versicherungs- wesens, vom 25. Juni 1885, fallen.

Auf Wunsch der Kantone wird ihnen die Bundesbe- hörde mit bezug auf eine kantonale Beaufsichtigung von Hilfskassen unentgeltlich beratenden Beistand leisten.

Die Kantone erstatten dem Bundesrat, wenn es der- selbe verlangt, Bericht über ihre Tätigkeit im Gebiete des Hilfskassenwesens.

B. Anerkannte Krankenkassen.

Art. 4.

Anerkennung
durch den
Bundesrat.

Es werden vom Bundesrate diejenigen Hilfskassen anerkannt, welche ausschliesslich oder in Verbindung mit anderen Versicherungsarten die Krankenversicherung betrei- ben, ihren Hauptsitz in der Schweiz haben und den Bestim- mungen der nachfolgenden Artikel genügen.

Der Entscheid des Bundesrates über die Anerkennung ist endgültig.

Art. 5.

Vorlage der
Statuten und
Rechnungen.

Die sich zur Anerkennung anmeldenden Kassen haben ihre Statuten oder sonstige Bestimmungen über die Rechte und

Pflichten der Mitglieder dem Bundesrate zur Genehmigung vorzulegen; ein gleiches gilt für jede Änderung dieser Statuten oder Bestimmungen seitens bereits anerkannter Kassen. Der Bundesrat prüft namentlich, ob die betreffende Kasse für ihre Mitglieder die notwendige Sicherheit biete.

Die Betriebsrechnungen sind durch die anerkannten Krankenkassen innert drei Monaten nach Jahresschluss dem Bundesrate einzusenden; der Bundesrat ist befugt, innert drei Monaten nach der Einsendung die Abänderung von unrichtigen Rechnungen zu verlangen.

Art. 6.

Die anerkannten Krankenkassen sind verpflichtet, als **Freizügigkeit.** sofort genussberechtigt jede Person aufzunehmen, welche:

- a. bereits während mindestens zwei Jahren Mitglied einer oder verschiedener anerkannter Krankenkassen gewesen ist; erlitt die Mitgliedschaft eine Unterbrechung von mehr als zwei Monaten, so wird die vor dieser Unterbrechung liegende Mitgliedschaftszeit nicht berücksichtigt;
- b. nach Massgabe der Statuten der bisherigen Kasse ihre Mitgliedschaft infolge Wegzugs, Berufs- oder Anstellungsänderung aufgeben muss; gleichgehalten wird das Aufhören der Versicherung infolge Auflösung der bisherigen Kasse, und der Austritt aus dieser Kasse mit dem Zeitpunkte, wo sie aufhört, anerkannte Krankenkasse zu sein;
- c. die für die Aufnahme allgemein geltenden Bedingungen der neuen Kasse erfüllt; eine Bedingung betreffend das Minimal- oder Maximalalter oder den Gesundheitszustand darf jedoch dem Übertretenden nicht entgegengehalten werden;
- d. vom Zeitpunkte ihres Übertrittes an nicht mehr Mitglied irgend einer andern Krankenkasse sein wird.

Für die Bemessung der an die neue Kasse zu zahlenden Eintrittsgelder und Beiträge gelangen diejenigen Bestimmungen dieser Kasse zur Anwendung, welche für den Eintritt im Alter des Übertretenden allgemein gelten.

Die neue Kasse ist nicht verpflichtet, den Übertretenden für solche Leistungen zu versichern, die von anderer Art oder von anderem Betrage wären, als die Leistungen, welche diese Kasse unter gleichen Umständen ihren sonstigen Mitgliedern gewährt.

Macht eine Kasse die Aufnahme von Übertretenden von der Erfüllung einer Bedingung politischer oder konfessioneller Art abhängig, so wird die bei dieser Kasse bestandene Mitgliedschaft für den Übertritt in eine andere Kasse nicht berücksichtigt.

Art. 7.

Nichtausschluss von Schweizerbürgern. Die anerkannten Krankenkassen dürfen einem Angemeldeten nicht deswegen, weil er Schweizerbürger ist, die Aufnahme verweigern.

Art. 8.

Aufnahme von weiblichen Personen. Sie sind verpflichtet, Personen weiblichen wie männlichen Geschlechts unter den nämlichen Bedingungen zu versichern.

Art. 9.

Karenzzeit. Bei den anerkannten Krankenkassen darf die **Mindestdauer** der Mitgliedschaft, bis ein Mitglied genussberechtigt wird (Karenzzeit), nicht über drei Monate betragen. Die Bestimmungen von Art. 6 und 11 bleiben vorbehalten.

Art. 10.

Mindestleistungen. Ihren genussberechtigten erkrankten Mitgliedern haben die anerkannten Krankenkassen, auf eigene Kosten, wenig-

stens ärztliche Behandlung und Arznei zu gewähren, oder ein tägliches Krankengeld, welches bei gänzlicher Erwerbsunfähigkeit mindestens einen Franken betragen soll.

Bei statutengemässer Krankheitsanzeige sind ärztliche Behandlung und Arznei von Anfang der Krankheit an zu gewähren, das Krankengeld spätestens mit dem dritten Tage nach dem Tage der Erkrankung (Wartefrist); bei Fortdauer der Krankheit dürfen die Leistungen vor Ablauf von sechs Monaten seit der Erkrankung nicht unter das im Absatz 1 geforderte Minimum sinken.

Art. 11.

Einer Wöchnerin, welche am Tage ihrer Niederkunft bereits während mindestens sechs Monaten Mitglied einer oder verschiedener anerkannter Krankenkassen gewesen ist, sollen die für einen eigentlichen Krankheitsfall vorgesehenen Leistungen gewährt werden; erlitt die Mitgliedschaft eine Unterbrechung von mehr als zwei Monaten, so wird die vor dieser Unterbrechung liegende Mitgliedschaftszeit nicht berücksichtigt.

Leistungen an
Wöchnerinnen.

Ist es, bei Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit, der Wöchnerin gesetzlich noch nicht gestattet, ihren Beruf wieder aufzunehmen, so soll sie für die weitere Dauer dieser Verhinderung auf mindestens die Hälfte des für einen eigentlichen Krankheitsfall vorgesehenen Krankengeldes Anspruch haben.

Art. 12.

Werden durch anerkannte Krankenkassen betreffend ärztliche Leistungen oder Arzneilieferungen Tarife aufgestellt oder Verträge abgeschlossen, so haben dieselben eine unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse angemessene Bezahlung vorzusehen. Streitigkeiten wegen Missachtung

Verträge mit
Ärzten und
Apothekern.

dieser Bestimmung werden durch den Bundesrat endgültig entschieden.

Art. 13.

Mitwirkung bei der Unfallversicherung. Die anerkannten Krankenkassen sind verpflichtet, bei dem Betriebe der Unfallversicherung nach Massgabe von Art. 33 bis 37 dieses Gesetzes mitzuwirken.

Art. 14.

Persönlichkeit und Steuerfreiheit. Die anerkannten Krankenkassen besitzen kraft dieses Gesetzes Persönlichkeit. Wenn die Statuten nichts anderes bestimmen, ist jede persönliche Haftbarkeit der einzelnen Mitglieder für Verbindlichkeiten der Kasse ausgeschlossen.

Die anerkannten Krankenkassen sind steuerfrei, mit Ausnahme ihres nicht unmittelbar dem Kassenbetrieb dienenden Grundeigentums.

Die Urkunden, welche im unmittelbaren Kassenbetrieb von anerkannten Krankenkassen oder für dieselben ausgestellt werden, sind von Stempel- und andern öffentlichen Gebühren befreit.

Art. 15.

Streitigkeiten. Privatrechtliche Streitigkeiten von anerkannten Krankenkassen unter sich oder mit ihren Mitgliedern oder Drittpersonen werden vom ordentlichen Richter entschieden, wenn die kantonale Gesetzgebung oder, betreffend Streitigkeiten der Kassen mit ihren Mitgliedern, die Statuten nichts anderes bestimmen.

Die Bestimmung von Art. 88, lit. d, bleibt vorbehalten.

Art. 16.

Verzicht auf die Anerkennung. Der Verzicht auf die Eigenschaft als anerkannte Krankenkasse ist jederzeit zulässig.

Art. 17.

Bei Verletzung einer der in Art. 5 bis 13 aufgestellten Bestimmungen kann der Bundesrat, von Amtes wegen oder auf Beschwerde hin, gegen die schuldige Kasse eine Busse bis auf einhundert Franken aussprechen.

Ordnungsbusse;
Entzug der Anerkennung.

Bei fortgesetzter Verletzung kann der Bundesrat, nach erfolgter Mahnung, den Entzug der Anerkennung beschliessen.

Ein gleiches liegt dem Bundesrate ob, wenn eine anerkannte Krankenkasse für ihre Mitglieder nicht mehr die notwendige Sicherheit bietet.

Der Entscheid des Bundesrates über Bussenerteilung oder Entzug der Anerkennung ist endgültig.

Die zivil- oder strafrechtliche Verantwortlichkeit der Leiter der Kasse bleibt vorbehalten.

Der Betrag der in Anwendung dieses Artikels ausgesprochenen Bussen ist im Interesse der Krankenversicherung zu verwenden.

Art. 18.

Im Falle des Verzichtes oder des Entzuges darf eine neue Anerkennung erst nach Ablauf von drei Jahren erfolgen.

Neuanerkennung.

C. Bundesbeiträge.

Art. 19.

Der Bund zahlt den anerkannten Krankenkassen für jedes Mitglied einen Beitrag von einem Rappen für jeden Tag der Mitgliedschaft.

Ordentlicher Beitrag.

Der Bundesbeitrag wird auf anderthalb Rappen erhöht für solche Mitglieder, welche im Sinne von Art. 10

über die durch Absatz 1 daselbst festgestellten Mindestleistungen hinaus für ein tägliches Krankengeld von mindestens einem Franken versichert sind.

Im Falle gleichzeitiger Mitgliedschaft bei mehr als einer anerkannten Krankenkasse wird der Bundesbeitrag nur an diejenige Kasse ausbezahlt, welcher die versicherte Person am längsten angehört.

Die Auszahlung der Bundesbeiträge geschieht jährlich durch Vermittlung der Kantonsregierung, an Hand eines von ihr aufgestellten und als richtig bescheinigten Ausweises betreffend die anerkannten Kassen, welche ihren Sitz in dem Gebiete des Kantons haben. Stellt sich nachträglich heraus, dass vom Bunde zu viel bezahlt wurde, so kann der Kanton zur Rückerstattung angehalten werden; es bleibt ihm ein Rückgriff auf die betreffende Kasse vorbehalten. An solche Kassen, welche ihren Betrieb über mehrere Kantone erstrecken, kann die Auszahlung des Bundesbeitrages direkt erfolgen.

Streitigkeiten über die Bundesbeiträge werden durch den Bundesrat endgültig entschieden.

Art. 20.

Besonderer Beitrag.

Auf erfolgte Anmeldung hin zahlt der Bund den anerkannten Krankenkassen, für welche wegen topographischer Verhältnisse die Gewährung der ärztlichen Behandlung und Arznei besonders hohe Kosten verursacht, einen Beitrag an die Mehrkosten.

Dieser Beitrag darf für jeden Mitgliedschaftstag einen Rappen nicht übersteigen; er wird vom Bundesrat endgültig festgesetzt.

Zweiter Titel.

Unfallversicherung.

A. Schweizerische Unfallversicherungsanstalt.

Art. 21.

Es wird eine „schweizerische Unfallversicherungsanstalt“ errichtet, welche die Unfallversicherung nach Massgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes betreibt. Zweck;
Persönlichkeit

Die Anstalt besitzt kraft dieses Gesetzes Persönlichkeit und hat ihren Sitz in Bern.

Art. 22.

Der Bund bestreitet die Einrichtungskosten und die Hälfte der Verwaltungskosten der Anstalt. Einrichtungs-
und Ver-
waltungskosten.

Art. 23.

Die Organe der Anstalt besitzen die Portofreiheit. Portofreiheit.

Die Anstalt ist befugt, sich für ihre Zahlungen und Einkassierungen unentgeltlich der Vermittlung der Post zu bedienen.

Art. 24.

Die Anstalt ist steuerfrei, mit Ausnahme ihres nicht unmittelbar dem Anstaltsbetrieb dienenden Grundeigentums. Steuerfreiheit.

Die Urkunden, welche von der Anstalt oder für dieselbe im unmittelbaren Betrieb ausgestellt werden, sind von Stempel- und andern öffentlichen Gebühren befreit.

Streitigkeiten über die Anwendung dieses Artikels werden durch das Bundesgericht entschieden.

Art. 25.

Vorstand. Ein Vorstand leitet und verwaltet die Anstalt. Er wird auf Antrag des Verwaltungsrates durch den Bundesrat gewählt.

Art. 26.

Verwaltungsrat. Dem Vorstande wird ein Verwaltungsrat beigegeben.

Der Verwaltungsrat zählt dreissig bis vierzig Mitglieder und besteht aus Vertretern der Arbeitgeber, der obligatorisch Versicherten, der freiwillig Versicherten und des Bundes, je im Verhältnis der durch jede Kategorie geleisteten Beiträge zur gesamten Prämieinnahme der Anstalt.

Die Vertreter der Arbeitgeber, der obligatorisch Versicherten und der freiwillig Versicherten werden durch die Interessenten jeder dieser Kategorien für eine Amtsdauer von sechs Jahren gewählt; der Bundesrat wählt die Vertreter des Bundes für eine gleiche Amtsdauer.

Art. 27.

**Befugnisse des
Verwaltungs-
rates.**

Der Verwaltungsrat stellt über wichtige Angelegenheiten der Anstalt Anträge an den Bundesrat, insbesondere bezüglich

- a. derjenigen Verordnungen, welche in Ausführung dieses zweiten Titels erlassen werden,
- b. des Jahresberichts und der Jahresrechnung,
- c. der Wahl des Vorstandes.

Der Verwaltungsrat beschliesst, auf Antrag des Vorstandes, über die Aufstellung und die Änderungen des Prämientarifs (Art. 75) und der Rentendeckungstabelle.

Er entscheidet über Rekurse betreffend die Zuteilung der Betriebe zu den Gefahrenklassen (Art. 76 bis 78).

Mit Zustimmung des Bundesrates kann der Verwaltungsrat einzelne dieser Befugnisse einem oder mehreren Ausschüssen übertragen.

Art. 28.

Die Anstalt errichtet Agenturen in den einzelnen Kantonen; die Agenten vertreten die Anstalt gemäss den ihnen erteilten Befugnissen. **Agenturen.**

Art. 29.

Auf ihr Begehren können diejenigen Berufsverbände, welche sich über ein grösseres Gebiet des Landes erstrecken, zur Mitwirkung beim Betriebe der Anstalt zugezogen werden, insbesondere bezüglich **Berufsverbände.**

- a. der Gefahren-Klassifikation der Betriebsarten (Art. 75, Absatz 2),
- b. der zu treffenden Massnahmen für die Unfallverhütung.

Art. 30.

Die Anstalt steht unter Aufsicht des Bundesrates. **Bundesaufsicht.**

Der Bundesrat kann, von Amtes wegen oder auf Beschwerde hin, gegen solche Beschlüsse des Vorstandes oder des Verwaltungsrates Einspruch erheben, welche mit einer richtigen Geschäftsführung unvereinbar oder geeignet wären, die Sicherheit der Anstalt zu gefährden.

Spätestens Ende Juni stellt jeweilen der Vorstand den Jahresbericht und die Jahresrechnung der Anstalt für das verflossene Betriebsjahr fest und unterbreitet beide, mit dem Antrage des Verwaltungsrates, dem Bundesrate zur Genehmigung.

Art. 31.

**Organisations-
Bestimmungen.** Der Bundesrat setzt die näheren Bestimmungen über die Organisation der Anstalt und über die Besoldungsverhältnisse des Vorstandes und des Verwaltungsrates fest.

Art. 32.

**Verantwortlich-
keit.** Auf die Mitglieder des Vorstandes und des Verwaltungsrates, sowie auf die Beamten der Anstalt findet das Bundesgesetz über das Bundesstrafrecht, vom 4. Hornung 1853, insbesondere Art. 53 und folgende, Anwendung.

B. Mitwirkung der anerkannten Krankenkassen.

Art. 33.

**Übernahme von
Agenturen.** Die schweizerische Unfallversicherungsanstalt kann jederzeit einer anerkannten Krankenkasse, innert den Grenzen ihres örtlichen Tätigkeitsgebietes, eine Agentur übertragen.

Insbesondere kann sie sich durch eine solche Kasse für den Prämienbezug, den Anzeige-, Erhebungs- und Aufsichtsdienst bei Unfällen, wie für die Ausrichtung der Anstaltsleistungen vertreten lassen; die Kasse ist für die sorgfältige Erfüllung des Auftrages verantwortlich.

Die Anstalt ersetzt der Kasse die derselben durch die Erfüllung des Auftrages erwachsenden Auslagen, einschliesslich einer billigen Vergütung für Mühewaltung; ausgenommen sind die Auslagen der Kasse für solche Leistungen, die nach Art. 36 auf ihre eigene Rechnung gehen.

Art. 34.

**Rückversie-
herung.** Die Anstalt ist jederzeit befugt, bei einer anerkannten Krankenkasse einen Versicherten, der in ihrem Tätigkeits-

gebiet wohnt, mit bezug auf die gemäss Art. 50 bis 57 für die ersten sechs Wochen einer Unfallkrankheit zu gewährenden Leistungen in Rückversicherung zu geben.

Art. 35.

Die Rückversicherung geschieht gegen die seitens der Anstalt an die Kasse erfolgende Abtretung eines Teiles der von der Anstalt selbst bezogenen Prämien. Auf Antrag des Vorstandes der Anstalt und nach Vernehmlassung von Vertretern der anerkannten Krankenkassen setzt der Bundesrat die Rückversicherungsprämien und die in Art. 33 vorgesehenen Vergütungen durch einen Tarif fest.

Rückversicherungsprämien
und
Provisionen.

Art. 36.

Tritt ein rückversicherter Unfall ein, so gewährt die Kasse auf eigene Rechnung, aber im Namen der Anstalt, die in Art. 50 bis 57 vorgesehenen Leistungen während den ersten sechs Wochen einer Unfallkrankheit.

Rückversicherter Unfall.

Immerhin ist die Kasse verpflichtet, die Weisungen der Anstalt einzuholen und zu befolgen:

- a. wenn Bestimmungen von Art. 47, Absatz 3 oder 4, Art. 50, Absatz 2 oder 3, Art. 51, Absatz 2, Art. 57, 67 bis 69 oder 72 zur Anwendung gelangen sollen,
- b. wenn mit bezug auf getroffene Anordnungen (Art. 48, Absatz 2) oder Versicherungsleistungen Streitigkeiten entstehen.

Art. 37.

Im Laufe der ersten sechs Wochen seit einem rückversicherten Unfall ist die Anstalt jederzeit berechtigt, die Kasse von den in Art. 36 vorgesehenen Obliegenheiten zu entheben; die Kasse ersetzt in diesem Falle der Anstalt ihre Auslagen für solche Leistungen, die nach Art. 36 auf Rechnung der Kasse gegangen wären.

Rücknahme durch die Anstalt.

C. Obligatorische Versicherung.

I. Versicherungspflichtige Personen.

Art. 38.

Umfang der Versicherungspflicht. Versicherungspflichtig sind alle Personen, welche in der Schweiz einem Betriebe der nachfolgend bezeichneten Arten als Angestellte oder Arbeiter angehören:

1. die Eisenbahn- und Dampfschiffahrts-Unternehmungen und die Post;
2. die Betriebe, welche dem Bundesgesetze betreffend die Arbeit in den Fabriken, vom 23. März 1877, unterstellt sind;
3. die Gewerbe, in welchen explodierbare Stoffe gewerbmässig erzeugt oder verwendet werden;
4. die nachstehend verzeichneten Gewerbe und Arbeiten, wenn die betreffenden Arbeitgeber während der Betriebszeit durchschnittlich mehr als fünf Arbeiter beschäftigen:
 - a. das Baugewerbe;
 - b. die Fuhrhalterei, der Schiffsverkehr und die Flösserei;
 - c. die Aufstellung und Reparatur von Telephon- und Telegraphenleitungen, die Aufstellung und der Abbruch von Maschinen und die Ausführung von Installationen technischer Natur;
 - d. der Eisenbahn-, Tunnel-, Strassen-, Brücken-, Wasser- und Brunnenbau, die Erstellung von Leitungen, sowie die Ausbeutung von Bergwerken, Steinbrüchen und Gruben.

Die in solchen Betrieben beschäftigten Lehrlinge, Volontärs und Praktikanten sind versicherungspflichtig, auch wenn sie keinen Lohn beziehen.

Bei den in Ziffer 3 und 4 verzeichneten Gewerben und Arbeiten werden im Sinne dieses Gesetzes auch die Angestellten und Arbeiter eines Unterakkordanten des

Unternehmers als Angestellte und Arbeiter des Unternehmers selbst betrachtet.

Die Versicherungspflicht wird dadurch nicht unterbrochen, dass ein Versicherter vorübergehend im Ausland arbeitet.

Eine bloss vorübergehende Beschäftigung in der Schweiz, auf Rechnung eines ausländischen Betriebes, begründet keine Versicherungspflicht.

Art. 39.

Die Bundesversammlung ist befugt, die Versicherungspflicht auf andere, als die in Art. 38 bezeichneten Klassen von Personen auszudehnen.

Ausdehnung.

Art. 40.

Streitigkeiten über die Versicherungspflicht bestimmter Personen oder Klassen von Personen werden durch den Bundesrat endgültig entschieden; derselbe bestimmt, ob und auf welchen Zeitpunkt sein Entscheid zurückwirke.

Streitigkeiten über die Versicherungspflicht.

Ein solcher Entscheid ist auch für den Richter massgebend.

Art. 41.

Die Versicherung bei der schweizerischen Unfallversicherungsanstalt beginnt und endet mit der Erwerbung und dem Verlust der die Versicherungspflicht begründenden Eigenschaft.

An- und Abmeldung.

Der Arbeitgeber hat der Anstalt vom Beginne oder Aufhören der Versicherung seiner Angestellten und Arbeiter innert vier Tagen Anzeige zu machen. (An- und Abmeldung).

Art. 42.

Die Unterlassung der rechtzeitigen Anmeldung befreit Verspätete An- nicht von der Pflicht zur Prämienzahlung vom Beginne der Versicherung an. meldung.

Bei unentschuldigter Versäumnis können die auf die Zwischenzeit entfallenden Prämien bis auf das Fünffache erhöht werden, ohne dass der Bund an den Mehrbetrag beitragen würde oder dass der Arbeitgeber sich für denselben an dem Versicherten erholen dürfte. Der Arbeitgeber kann überdies angehalten werden, der Anstalt die für einen während der Zwischenzeit vorgekommenen Unfall gewährten oder noch zu gewährenden Leistungen zu vergüten.

Art. 43.

**Verspätete Ab-
meldung.**

Die unentschuldigte Versäumnis der Abmeldung hat zur Folge, dass die Prämien bis zu dem Tage der Abmeldung weiterlaufen; der Bund leistet keinen Beitrag an die seit dem Aufhören der Versicherung weitergelaufenen Prämien, und der Arbeitgeber darf sich für dieselben an dem gewesenen Versicherten nicht erholen.

Art. 44.

**Arbeiter-
verzeichnisse.**

Jeder Inhaber eines in Art. 38 bezeichneten Betriebes ist verpflichtet, ein geordnetes Verzeichnis der in diesem Betriebe beschäftigten Angestellten und Arbeiter zu führen, sowie der Anstalt über alle Verhältnisse, welche sich auf die Versicherung beziehen, Auskunft zu geben.

Art. 45.

Unfallverhütung.

In allen in Art. 38 bezeichneten Betrieben hat der Arbeitgeber, zum Schutz der Gesundheit und zur Sicherheit gegen Verletzungen, alle erfahrungsgemäss und durch den jeweiligen Stand der Technik, sowie durch die gegebenen Verhältnisse ermöglichten Schutzmittel anzuwenden. Der Vorstand der schweizerischen Unfallversicherungsanstalt ist befugt, entsprechende Vorschriften und Verbote zu er-

lassen; der Entscheid des Bundesrates, im Beschwerdefall, bleibt vorbehalten.

II. Gegenstand der Versicherung.

Art. 46.

Die Anstalt versichert gegen die Unfälle, welche eine vorübergehende Erwerbsunfähigkeit (Krankheit), einen bleibenden körperlichen Nachteil (Invalidität) oder den Tod zur Folge haben.

Unfälle.

III. Feststellung der Unfälle.

Art. 47.

Wird ein Versicherter von einem Unfall betroffen, welcher eine Invalidität oder Krankheit verursacht oder mutmasslich zur Folge haben wird, so ist der Verletzte verpflichtet, hiervon innert zwei Tagen seinen Arbeitgeber oder dessen Stellvertreter in Kenntnis setzen zu lassen. Tritt infolge eines Unfalles der Tod ein, so liegt dieselbe Anzeigepflicht den Hinterlassenen (Art. 61) solidarisch, innert zwei Tagen nach Kenntnisnahme des Todes, ob.

Anzeigepflicht.

Der Arbeitgeber oder dessen Stellvertreter ist verpflichtet, der Anstalt innert zwei Tagen Kenntnis zu geben, wenn er erfährt, dass bei einem von ihm beschäftigten Versicherten ein Unfall den Tod, eine Invalidität oder Krankheit verursachte oder mutmasslich zur Folge haben wird.

Die unentschuldigte Versäumnis der Anzeige zieht, im Falle von Absatz 1, den gänzlichen oder teilweisen Entzug der auf die Zwischenzeit entfallenden Geldleistungen der Anstalt nach sich und, im Falle von Absatz 2, für den Arbeitgeber die Pflicht zur Vergütung dieser Leistungen an die Anstalt; ausserdem können der Anstalt gegenüber die Fehl-

baren solidarisch für den durch die Versäumnis verursachten Schaden ersatzpflichtig erklärt werden.

Jeder Anspruch aus einem Unfall kann von der Anstalt zurückgewiesen werden, wenn der Unfall oder der Tod, bei unentschuldigter Versäumnis seitens des Verletzten oder seiner Hinterlassenen, der Anstalt innert drei Monaten nicht angezeigt wurde.

Die Bestimmung von Art. 64 bleibt vorbehalten.

Art. 48.

Erhebungen und Anordnungen. Nach erhaltener Kenntnis von einem Unfall nimmt die Anstalt unverzüglich die nötigen Erhebungen vor, um den Unfall, seine Verumstände und Ursachen festzustellen.

Die Anstalt trifft fortwährend die nötigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung des Verletzten, sowie zur Feststellung der Art und Schwere der Unfallfolgen; bei unentschuldigter Nichtbefolgung dieser Anordnungen können die Versicherungsleistungen für die Folgezeit ganz oder teilweise entzogen werden.

IV. Leistungen der Anstalt.

Art. 49.

Leistungen. Die Leistungen der Anstalt bestehen in:

- a. der Krankenpflege und dem Krankengeld,
- b. der Invalidenrente,
- c. dem Sterbegeld und den Hinterlassenenrenten.

a. Krankenpflege und Krankengeld.

Art. 50.

Krankenpflege. Vom Zeitpunkte des Unfalles an und für die Dauer der sich daraus ergebenden Krankheit hat der Versicherte

Anspruch auf ärztliche Behandlung, Arznei und andere zur Heilung dienliche Mittel und Gegenstände, sowie auf Ersatz der notwendigen Reisekosten.

Gebriecht es dem Versicherten an der nötigen Wartung, so kann ihm die Anstalt solche verschaffen.

Anstatt der ärztlichen Behandlung und Wartung zu Hause, kann die Anstalt, jedoch in der Regel nur mit Zustimmung des Versicherten und seiner Angehörigen, die Unterbringung in einer Heilanstalt anordnen.

Art. 51.

Dem Versicherten steht die Wahl des behandelnden **Wahl des Arztes.** Arztes unter den an seinem Aufenthaltsorte oder in der Umgebung regelmässig praktizierenden Ärzten frei.

Die Anstalt kann die Zuziehung eines zweiten Arztes auf Antrag des behandelnden Arztes, des Versicherten oder seiner Familie gestatten oder von sich aus anordnen.

Als Ärzte im Sinne dieses Gesetzes gelten solche, welche den eidgenössischen Befähigungsausweis besitzen.

Art. 52.

Die Anstalt ist nicht gehalten, ungerechtfertigte Kosten **Ärzte-Tarif.** zu übernehmen, oder mehr als die tarifmäßigen Gebühren zu bezahlen.

Der Tarif für die Entschädigung ärztlicher Leistungen wird unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse, nach Vernehmlassung der schweizerischen Ärztekommision, durch den Bundesrat aufgestellt. Die Namen derjenigen Ärzte, welche den Tarif annehmen und also von den Versicherten selbst keine Mehrentschädigung verlangen, sind zu veröffentlichen.

Art. 53.

**Wahl
der Apotheke.**

Für den Bezug der Arzneien steht dem Versicherten die Wahl unter den an seinem Aufenthaltsorte oder in der Umgebung bestehenden öffentlichen Apotheken frei.

Als öffentliche Apotheke im Sinne dieses Gesetzes gilt eine solche, deren Leiter das eidgenössische Apothekerdiplom oder als Arzt eine kantonale Bewilligung zur Führung einer Apotheke besitzt.

Art. 54.

Arznei-Tarif.

Die Anstalt ist nicht gehalten, die Bezahlung von solchen Arzneien zu übernehmen, welche nicht durch einen zuständigen Arzt (Art. 51) verordnet wurden, oder mehr als die tarifmässigen Beträge zu bezahlen.

Der Arznei-Tarif wird, nach Vernehmlassung des schweizerischen Apothekervereins, durch den Bundesrat aufgestellt. Die Namen derjenigen Apotheker, welche den Tarif annehmen und also von den Versicherten selbst keine Mehrentschädigung verlangen, sind zu veröffentlichen.

Art. 55.

**Ausge-
schlossene Ärzte
und Apotheker.**

Ärzten und Apothekern, welche sich der Anstalt gegenüber Missbräuche zu schulden kommen lassen, kann der Bundesrat auf Antrag des Vorstandes das Recht, auf Rechnung der Anstalt Versicherte zu behandeln oder ihnen Arzneien zu verabfolgen, für eine bestimmte Zeit entziehen

Art. 56.

Krankengeld.

Mit dem dritten Tage nach dem Tage des Unfalles und für die weitere Dauer der sich daraus ergebenden Krankheit gewährt die Anstalt, bei gänzlicher Erwerbsunfähigkeit, ein tägliches Krankengeld im Betrage von 60% des nach Massgabe von Art. 74 festgesetzten Tagesverdienstes.

Bei nur teilweiser Erwerbsunfähigkeit wird das Krankengeld entsprechend gekürzt.

Art. 57.

Die Anstalt ist befugt, Massnahmen zu treffen, damit das Krankengeld ganz oder teilweise zum Unterhalt des Versicherten und derjenigen Personen, welche er zu unterhalten hat, verwendet werde.

Besondere Verwendung des Krankengeldes.

Die Armenbehörde, welche während der Krankheit für den Unterhalt des Versicherten und derjenigen Personen, welche er zu unterhalten hatte, Barbeträge ausgelegt hat, ist bei rechtzeitiger Anmeldung befugt, das auf die nämliche Zeit entfallende Krankengeld bis auf den Betrag der bereits erfolgten Leistung bei der Anstalt zu erheben.

Zur Deckung der auf der Versicherung lastenden Kosten der besondern Wartung zu Hause oder der Unterbringung in einer Heilanstalt (Art. 50, Absatz 2 und 3) darf das Krankengeld ganz oder teilweise verwendet werden, jedoch dann, wenn der Versicherte Angehörige zu unterhalten hat und deren Unterhalt es erfordert, in keinem höhern Betrag als zur Hälfte.

b. Invalidenrente.

Art. 58.

Wenn anzunehmen ist, dass der Unfall einen bleibenden körperlichen Nachteil (Invalidität) hinterlassen wird, so hören die bisherigen Leistungen auf, und der Verletzte erhält für die Folgezeit eine lebenslängliche Invalidenrente.

Rentenbetrag.

Diese Rente beträgt bei gänzlicher Erwerbsunfähigkeit 60 % des Jahresverdienstes (Art. 65) des Verletzten.

Bei nur teilweiser Erwerbsunfähigkeit wird die Rente entsprechend gekürzt.

Art. 59.

Revision.

Wird im Verlaufe der Zeit die Erwerbsunfähigkeit erheblich grösser oder erheblich geringer, als bisher angenommen wurde, so findet für die Folgezeit eine Erhöhung, Verminderung oder gänzliche Aufhebung der Rente statt.

Die Bestimmungen von Art. 69 bleiben vorbehalten.

c. Sterbegeld und Hinterlassenenrenten.

Art. 60.

Sterbegeld.

Stirbt der Verletzte infolge des Unfalls, so hören die bisherigen Leistungen auf, und es bezahlt die Anstalt die Kosten einer anständigen Bestattung, mit höchstens vierzig Franken.

Art. 61.

Hinterlassenenrenten.

Ausserdem erhalten die Hinterlassenen für die Folgezeit Renten, welche einen Teil des Jahresverdienstes (Art. 65) des Verstorbenen betragen, nämlich:

1. die Witwe bis zu deren Tode oder Wiederverehelichung 30 %;
2. der Witwer, sofern er dauernd erwerbsunfähig ist oder es innert fünf Jahren seit dem Tode der Ehefrau wird, bis zu dessen Tode oder Wiederverehelichung 20 %;
3. jedes hinterbliebene oder nachgeborene eheliche Kind 15 % und, wenn es auch den zweiten Elternteil verliert oder bereits verloren hat, 25 %; die Rente läuft bis zum zurückgelegten sechzehnten Lebensjahr des Kindes oder, sofern es beim Erreichen dieses Alters dauernd erwerbsunfähig ist, bis siebenzig Jahre nach der Geburt des Versicherten;

4. die Verwandten in aufsteigender Linie lebenslänglich und die Geschwister bis zum zurückgelegten sechzehnten Lebensjahr, in gleichen Rechten für jeden Einzelnen, zusammen 20 %.

Der überlebende Ehelebe besitzt einen Rentenanspruch nur dann, wenn die Ehe noch vor dem Unfälle verkündet wurde und, falls die Eheleute zur Zeit des Unfalls rechtskräftig, gänzlich oder von Tisch und Bett, geschieden waren, nur insofern, als der Versicherte dem überlebenden Ehelebe gegenüber unterhaltspflichtig war.

Kinder, welche bereits zur Zeit des Unfalls rechtskräftig adoptiert oder legitimiert waren, sind den ehelichen gleichzuhalten.

Dasselbe gilt für aussereheliche Kinder mit bezug auf Ansprüche, die aus dem Tod der Mutter hergeleitet werden.

Ebenso wird ein aussereheliches Kind mit bezug auf Ansprüche aus dem Tod des Vaters gehalten wie ein eheliches Kind, sofern die Vaterschaft durch einen rechtskräftigen Entscheid oder durch eine glaubwürdige, schriftliche Anerkennung des Versicherten festgestellt ist.

Art. 62.

Der Gesamtbetrag aller Hinterlassenenrenten darf 50 % des Jahresverdienstes (Art. 65) des Verstorbenen nicht übersteigen. **Gesamtbetrag der Renten.**

Wenn und solange die Renten der in Art. 61, Ziffer 1 bis 3, bezeichneten Hinterlassenen zusammen mehr als 50 % ausmachen würden, so tritt eine verhältnismässige Kürzung ein.

Der Wegfall einer in Ziffer 1 bis 3 daselbst vorgesehenen Rente kommt in erster Linie den übrigen, nach Massgabe dieser Ziffern rentenberechtigten Hinterlassenen verhältnismässig innert ihrer Berechtigung zu gute.

Die Bezugsberechtigung für die in Ziffer 4 daselbst bezeichneten Hinterlassenen tritt nur so weit ein und lebt nur so weit auf, als den unter Ziffer 1 bis 3 daselbst bezeichneten Hinterlassenen nicht oder nicht mehr 50 % zukommen.

Der Wegfall einer in Ziffer 4 daselbst vorgesehenen Rente kommt den übrigen in dieser Ziffer bezeichneten Hinterlassenen gleichmässig zu gute. Kein solcher Hinterlassener erhält jedoch gleichzeitig mehr als ein nach Massgabe von Ziffer 1 bis 3 daselbst Bezugsberechtigter.

Art. 63.

Wiederverehelichung der Witwe. Im Falle der Wiederverehelichung erhält die Witwe, unbeschadet ihres Rentenanspruchs bis zur Wiederverehelichung, den dreifachen jährlichen Betrag ihrer Rente als Abfindung. Hinsichtlich der Bestimmungen von Art. 61 und 62 gilt die Rente, zu gunsten der Anstalt, noch drei Jahre lang als fortbestehend und den Wegfall anderer Renten mitgeniessend.

Art. 64.

Aufruf von Hinterlassenen. Die Anstalt ist befugt, in einer öffentlichen Ausschreibung eine Frist von mindestens sechs Monaten anzusetzen, innert welcher die Hinterlassenen (Art. 61) zur Vermeidung einer Verwirkung ihrer Ansprüche sich anzumelden haben.

d. Gemeinsame Bestimmungen.

Art. 65.

Festsetzung des Jahresverdienstes. Als Jahresverdienst gilt das Dreihundertfache des nach Massgabe von Art. 74 festgesetzten Tagesverdienstes.

Bezog der Versicherte am Tage des Unfalls noch nicht den normalen Lohn eines Erwachsenen derselben Berufsart, so ist für die Höhe der Renten von dem Zeitpunkt an, wo er mutmasslich, ohne den Unfall, diesen normalen Lohn bezogen hätte, letzterer massgebend.

Art. 66.

Das Krankengeld wird, anderweitige Vereinbarung vorbehalten, am Schluss jeder Woche bar ausbezahlt. Im Falle des Notbedarfs sollen schon im Laufe der Woche Anzahlungen stattfinden.

Fälligkeit
der
Leistungen.

Jede Invaliden- oder Hinterlassenenrente ist in Monatsraten, je am ersten Tage des Kalendermonats zum voraus, zahlbar. Beginnt die Rentenberechtigung im Laufe des Kalendermonats, so wird die auf den Monatsrest entfallende Rate am ersten Tage des folgenden Monats fällig.

Wenn im Laufe des Kalendermonats die Rentenberechtigung aufhört oder der Betrag der Rente geändert wird, so findet für den Monatsrest weder Rück- noch Nachvergütung statt.

Art. 67.

Es kann jede Monatsrate einer Rente (Art. 66, Absatz 2) durch die Anstalt als verjährt erklärt werden, wenn ihre Zahlung nicht innert drei Monaten nach Fälligkeit vom Berechtigten oder in dessen Namen bei der Anstalt verlangt wurde.

Verjährung.

Das Recht auf eine bereits zugesprochene Rente muss durch die Anstalt als verjährt abgeschrieben werden, wenn vom Berechtigten oder in dessen Namen bei der Anstalt seit zwei Jahren keine Zahlung fälliger Raten verlangt wurde.

Art. 68.

Verwirkung. Hat sich der Versicherte den Unfall vorsätzlich, durch ein Vergehen oder auf arglistige Weise zugezogen, so können er und seine Hinterlassenen mit bezug auf diesen Unfall des Anspruchs auf die Versicherungsleistungen, mit Ausnahme des Sterbegeldes, verlustig erklärt werden.

Dasselbe gilt, mit bezug auf eine Rente, für den Hinterlassenen, welcher den Unfall vorsätzlich, durch ein Vergehen, auf arglistige Weise oder durch grobe Fahrlässigkeit verursacht hat.

Hat der Versicherte den Unfall durch grobe Fahrlässigkeit selbst verursacht, so können das Krankengeld und die Invaliden- oder Hinterlassenenrenten bis auf die Hälfte gekürzt werden.

Es tritt jedoch weder Verwirkung noch Kürzung ein, wenn der Urheber des Unfalls ohne sein Verschulden sich im unzurechnungsfähigen Zustande befand.

Art. 69.

**Nicht-
versicherter
Schaden;
Simulation.**

Stellt es sich heraus, dass der Tod, die Invalidität oder Krankheit gar nicht oder nur teilweise die Folge eines versicherten Unfalles ist, oder dass die Invalidität oder Krankheit gar nicht oder nur in erheblich geringerem Masse besteht, als bisher angenommen wurde, so werden für die Folgezeit die Versicherungsleistungen eingestellt oder entsprechend gekürzt, und es können die an Geld zu viel bezahlten Beträge zurückgefordert werden.

Bei wissentlicher Irreführung der Anstalt, seitens des Versicherten oder seiner Hinterlassenen, kann der Vorstand die Fehlbaren wegen Betrugs oder Betrugsversuchs dem kantonalen Strafrichter überweisen.

Art. 70.

Jede Invaliden- oder Hinterlassenenrente darf jederzeit, **Rentenauskauf** auch ohne Zustimmung des Berechtigten, durch die Anstalt nach Massgabe der Rentendeckungstabelle ausgekauft werden, wenn der Berechtigte seit mindestens einem Jahre im Auslande wohnt, oder wenn die Rente weniger als hundert Franken jährlich beträgt.

In allen übrigen Fällen ist der Auskauf nur mit Zustimmung des Berechtigten zulässig.

Jede mit Zustimmung des Berechtigten ausgekaufte Rente ist endgültig erledigt. Dagegen steht es dem ohne seine Zustimmung ausgekauften Bezüger einer Invalidenrente frei, wenn die Erwerbsunfähigkeit erheblich grösser wird, als bei dem Auskauf angenommen wurde, für die Folgezeit im Sinne von Art. 58 und 59 die Gewährung einer Zusatzrente zu verlangen, auf welche die Bestimmungen des vorliegenden Artikels ebenfalls Anwendung finden.

Eine ausgekaufte Hinterlassenenrente gilt hinsichtlich der Bestimmungen von Art. 61 und 62, zu gunsten der Anstalt, als fortbestehend und den Wegfall anderer Renten mitgeniessend, solange der Ausgekaufte nach der beim Auskauf zugrundegelegten Wahrscheinlichkeit noch rentenberechtigt geblieben wäre.

Art. 71.

Wird der Bezüger einer Invalidenrente von einem **Mehrzahl von Unfällen.** neuen durch die Versicherung gedeckten Unfall betroffen, der bloss eine Krankheit verursacht, so bleibt die bisherige Rente unberührt und ohne Einfluss auf das wegen des neuen Unfalles zu gewährende Krankengeld, welches sich

nach dem Tagesverdienste des Versicherten zur Zeit des neuen Unfalles richtet.

In allen übrigen Fällen, wo ein neuer durch die Versicherung gedeckter Unfall den Bezüger von Krankengeld oder einer Invalidenrente trifft, werden die Ansprüche aus den verschiedenen Unfällen vereinigt und es richten sich für die Folgezeit die Leistungen der Anstalt nach dem Verdienste, welchen der Versicherte zur Zeit des neuen Unfalles mutmasslich erreicht hätte, wenn ihm kein früherer Unfall zugestossen wäre; die Bestimmung von Art. 65, Absatz 2, findet entsprechende Anwendung.

Art. 72.

Regress.

Gegenüber einem Dritten, welcher mit bezug auf den Unfall schadenersatzpflichtig ist, tritt die Anstalt, bis auf die Höhe ihrer Leistungen, in den Ersatzanspruch des Versicherten oder seiner Hinterlassenen (Art. 61) ein.

Dieser Ersatzanspruch kann immerhin, gegen einen Familienangehörigen oder Hinterlassenen (Art. 61) des Versicherten, gegen den Arbeitgeber des Versicherten, wenn dieser Arbeitgeber auf eigene Kosten wenigstens drei Viertel der Restprämien (Art. 81) zahlte, oder gegen einen Familienangehörigen, Angestellten oder Arbeiter eines solchen Arbeitgebers, nur dann geltend gemacht werden, wenn die betreffende Person den Unfall vorsätzlich, durch ein Vergehen, auf arglistige Weise oder durch grobe Fahrlässigkeit verursacht hat.

V. Versicherungs-Prämien.

Art. 73.

Allgemeines.

Auf jeden Versicherten entfällt für jeden Werktag während der Dauer der Versicherung eine Versicherungs-Prämie.

Die Prämie wird nach der Höhe des Tagesverdienstes (Art. 74) des Versicherten und nach der Unfallgefahr des ihn beschäftigenden Betriebes (Art. 75—78) bestimmt.

Art. 74.

Wo der Erwerb kein täglich gleichmässiger ist, insbesondere bei Akkordarbeit und Stundenlohn, ist der Tagesverdienst nach dem Durchschnitt zu berechnen.

Festsetzung des
Tages-
verdienstes.

Regelmässige Nebenbezüge werden mitberechnet.

Für solche Versicherte, 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. Dasselbe gilt für Versicherte mit einem Anfangslohn, sofern jener niederste Lohn höher ist.

Bei Jahresgehalt wird der dreihundertste, bei Monatsgehalt der fünfundzwanzigste Teil als Tagesverdienst angenommen.

Mit Bewilligung des Bundesrates kann der Verwaltungsrat die Versicherten nach Massgabe ihres Tagesverdienstes (Absatz 1 bis 4) in Lohnklassen einteilen. Ein für jede Klasse bestimmter Betrag gilt dann, für die Berechnung sowohl der Prämien als der Geldleistungen der Anstalt, gleichmässig als der Tagesverdienst sämtlicher dieser Klasse angehörenden Versicherten.

Art. 75.

Auf Antrag des Vorstandes wird durch den Verwaltungsrat ein Prämientarif aufgestellt.

Prämientarif.

Dieser Tarif teilt die verschiedenen Betriebsarten, nach ihrer Unfallgefahr, in Gefahrenklassen ein. Innert derselben Gefahrenklasse können verschiedene Gefahrenstufen

gebildet werden, behufs Berücksichtigung vorhandener Unfallverhütungsmassnahmen und anderer die Unfallgefahr berührender besonderer Umstände.

Für jede Gefahrenklasse und Gefahrenstufe gibt der Tarif den Betrag der Prämie an, im Verhältnis zu dem Tagesverdienste.

Auf Grund der gemachten Erfahrungen kann der Prämientarif alljährlich, vor dem 1. November und mit Wirkung vom nächsten 1. Januar an, abgeändert werden.

Art. 76.

Zuteilung der Betriebe. Jeder Betrieb wird durch den Vorstand, gemäss dem Prämientarif, einer Gefahrenklasse und gegebenenfalls einer Gefahrenstufe zugeteilt.

Die Zuteilung kann für einen Betrieb samthaft oder nach einzelnen Gruppen seiner Angestellten und Arbeiter erfolgen.

Art. 77.

Neue Zuteilung. Der Vorstand kann alljährlich, von sich aus oder auf Antrag des Arbeitgebers oder eines beteiligten Versicherten, vor dem 1. Dezember und mit Wirkung vom nächsten 1. Januar an, eine neue Zuteilung vornehmen.

Bei Zuwiderhandlung gegen Art. 45 kann der Vorstand jederzeit den Betrieb in eine höhere Gefahrenstufe versetzen; er entscheidet, ob und auf welchen Zeitpunkt diese Versetzung zurückwirke.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, der Anstalt von jeder die Unfallgefahr erhöhenden Änderung im Betriebe oder in der Beschäftigungsart der Versicherten innert acht Tagen Anzeige zu machen; alsdann nimmt der Vorstand eine neue Zuteilung vor und entscheidet, ob und auf welchen Zeitpunkt sie zurückwirke.

Die Unterlassung der rechtzeitigen Anzeige befreit nicht von der Pflicht zur Zahlung der Prämien, gemäss der neuen Zuteilung, vom Zeitpunkte ihres Inkrafttretens an. Bei unentschuldigter Versäumnis können die auf die Zwischenzeit entfallenden Prämien bis auf das Fünffache erhöht werden, ohne dass der Bund an den Mehrbetrag beitragen würde oder dass der Arbeitgeber sich für denselben an den Versicherten erholen dürfte.

Art. 78.

Die in Fällen von Art. 76 und 77, Absatz 1 bis 3, durch den Vorstand gefassten Beschlüsse werden dem Arbeitgeber, für sich und zu Händen der beteiligten Versicherten, schriftlich mitgeteilt. Mitteilungen an
den Arbeitgeber.

Innert zwanzig Tagen seit der Mitteilung kann der Arbeitgeber und ebenso jeder beteiligte Versicherte die Abänderung des Beschlusses durch den Verwaltungsrat verlangen. Der Rekurs besitzt keine aufschiebende Wirkung.

Art. 79.

Der Bund zahlt an die Prämien einen Beitrag, welcher sich bei einer Tagesprämie von einem Rappen auf 30 % beläuft, bei einer um je einen Rappen höheren Tagesprämie um je 1 % abnimmt und also bei fünfzehn Rappen 16 % beträgt; übersteigt die Tagesprämie fünfzehn Rappen, so wird an den Mehrbetrag kein Bundesbeitrag geleistet. Bundesbeitrag.

Streitigkeiten über den Bundesbeitrag werden durch den Bundesrat endgültig entschieden.

Art. 80.

Der Gesamtbetrag der Bundesbeiträge wird für ein ganzes Jahr zum voraus durch den Vorstand vorläufig geschätzt und durch die Anstalt bezogen. Bezug der
Bundesbeiträge.

Nach Jahresschluss sind die Bundesbeiträge auf Grund des wirklichen Gesamtbetrages der Prämien des betreffenden Jahres endgültig zu berechnen; ein Mehr- oder Minderbetrag wird nachbezogen oder verrechnet.

Art. 81.

Bezug der
Restprämien.

Die über die Bundesbeiträge hinaus zu beziehenden Prämienbeträge (Restprämien) sämtlicher Versicherten des selben Betriebes werden für ein ganzes Jahr zum voraus durch den Vorstand vorläufig berechnet; diese Berechnung richtet sich nach dem letztjährigen Gesamtbetrage der Tagesverdienste im betreffenden Betriebe oder, für einen neueröffneten Betrieb, nach dem mutmasslichen Gesamtbetrage der Tagesverdienste in diesem Betriebe bis Ende des Jahres.

Nach Jahresschluss sind die Restprämien auf Grund des wirklichen Gesamtbetrages der Tagesverdienste während des betreffenden Jahres endgültig zu berechnen; ein Mehr- oder Minderbetrag wird mit den vorläufig berechneten Restprämien des neuen Jahres nachbezogen oder verrechnet.

Das Ergebnis der Berechnungen wird dem Arbeitgeber schriftlich mitgeteilt, worauf der betreffende Betrag innert dreissig Tagen an die Anstalt, für diese kostenfrei, durch den Arbeitgeber zu bezahlen ist; vorbehalten bleibt ein Rekurs an das Versicherungsgericht (Art. 88, lit. c), welcher jedoch keine aufschiebende Wirkung besitzt.

Bei unentschuldigter Zahlungsver säumnis können die auf die Zwischenzeit entfallenden Prämien bis auf das Fünffache erhöht werden, ohne dass der Bund an den Mehrbetrag beitragen würde oder dass der Arbeitgeber sich für denselben an den Versicherten erholen dürfte.

Art. 82.

Stellt es sich im Laufe des Jahres als wahrscheinlich heraus, dass die nach Jahresschluss zu berechnenden Restprämien einen erheblich grösseren Betrag ausmachen werden, als die vom Arbeitgeber im voraus bezahlten, so ist der Vorstand berechtigt, vom Arbeitgeber eine angemessene Zwischenzahlung zu verlangen.

Zwischenzahlung.

Die Bestimmungen von Art. 81, Absatz 3 und 4, finden entsprechende Anwendung.

Art. 83.

Der Arbeitgeber ist berechtigt, höchstens einen Viertel der Restprämien seiner Angestellten und Arbeiter an deren Lohn abzuziehen; immerhin darf der Abzug, für die auf eine Lohnperiode entfallenden Restprämien, nur an dem Lohnbetrag dieser oder der unmittelbar nachfolgenden Periode stattfinden; jede andere Heranziehung des Versicherten ist unzulässig.

Abzug am Lohn.

Die Bestimmungen von Art. 42, Absatz 2, Art. 43, 77, Absatz 4, Art. 81, Absatz 4, und Art. 82, Absatz 2, bleiben vorbehalten.

D. Freiwillige Versicherung.

Art. 84.

Es können bei der Anstalt Versicherung nehmen, unter Voraussetzung schweizerischen Wohnsitzes:

Versicherte.

- a. die Angestellten und Arbeiter der Landwirtschaft, des Handwerkes und des Kleingewerbes, die in der Hausindustrie arbeitenden Personen, wie auch die Dienstboten und Tagelöhner;
- b. die Arbeitgeber von obligatorisch Versicherten

c. die Arbeitgeber der Landwirtschaft, des Handwerks und des Kleingewerbes, deren sämtliche Angestellten und Arbeiter bei der Anstalt versichert sind.

Die Bundesversammlung ist befugt, das Geschäft der Anstalt auf weitere Gebiete der freiwilligen Unfallversicherung auszudehnen.

Art. 85.

Bundesbeitrag. Die in Art. 84, lit. a, bezeichneten Versicherten haben Anspruch auf denselben Bundesbeitrag (Art. 79), wie die obligatorisch Versicherten.

Die Bundesversammlung ist befugt, für die nach Massgabe von Art. 84, lit. b und c, oder infolge eines Ausdehnungsbeschlusses (Art. 84, Absatz 2) Versicherung nehmenden Personen einen Bundesbeitrag zu bewilligen, bis auf das in Art. 79 festgesetzte Mass.

Art. 86.

Ausführungsbestimmungen. Der Bundesrat trifft die nötigen Anordnungen über Gegenstand, Leistungen, Art und Weise der in Art. 84 vorgesehenen freiwilligen Versicherungen.

E. Versicherungsgericht.

Art. 87.

Zusammensetzung. Das Versicherungsgericht besteht aus drei Richtern und fünf Ersatzmännern.

Die Mitglieder und Ersatzmänner werden durch die Bundesversammlung auf sechs Jahre gewählt.

Der Sitz des Versicherungsgerichtes ist in Bern; es können auch anderswo Sitzungen abgehalten werden.

Art. 88.

Das Versicherungsgericht entscheidet erst- und letztinstanzlich über Streitigkeiten: Kompetenzen.

- a. zwischen einem Versicherten oder einer andern Person und der schweizerischen Unfallversicherungsanstalt mit bezug auf die in diesem Gesetz bestimmten Leistungen der letztern, die Kürzung, den Entzug, die besondere Verwendung (Art. 57, Absatz 1 bis 3), den Auskauf, die Verrechnung, die Rückerstattung oder Verjährung von solchen;
- b. betreffend Ansprüche, welche von Dritten kraft einer der Bestimmungen von Art. 51, 52, 53, 54 oder 57, Absatz 2, gegen die Anstalt geltend gemacht werden;
- c. betreffend Ansprüche, welche die Anstalt gestützt auf dieses Gesetz gegen jemand erhebt, inbegriffen die Schadenersatz- oder Rückerstattungsforderungen nach Massgabe von Art. 42, Absatz 2, Art. 47, Absatz 3, oder Art. 69;
- d. zwischen der Anstalt und einer anerkannten Krankenkasse mit bezug auf Ansprüche, welche ein Teil gegen den andern gestützt auf dieses Gesetz geltend macht.

Bei Streitigkeiten über die Prämien ist das Gericht an die gemäss Art. 76 bis 78 erfolgten Festsetzungen gebunden.

Die durch den Vorstand vorgenommene Festsetzung des Tagesverdienstes (Art. 74) ist für das Gericht, bei Streitigkeiten über die Prämien oder die Versicherungsleistungen, nicht verbindlich.

Ersatzforderungen der Anstalt gegenüber einem Dritten, auf Grund von Art. 72, gehören vor den ordentlichen Richter.

Dasselbe gilt mit bezug auf Streitigkeiten zwischen einem Arbeitgeber und seinem Angestellten oder Arbeiter betreffend Lohnabzüge für die Prämien (Art. 83).

Art. 89.

Verfahren.

Das Versicherungsgericht hält Sitzung, so oft es zur beförderlichen Erledigung der Streitigkeiten nötig ist.

Die Verhandlungen und die Gerichtsberatung sind öffentlich.

Der Bund trägt die Kosten; besondere Auslagen des Gerichtes können jedoch beiden Parteien oder der unterliegenden Partei auferlegt werden. Das Gericht kann auch letztere zu einer Prozessentschädigung zu gunsten der Gegenpartei verhalten.

Im übrigen setzt die Bundesversammlung das Verfahren und die Organisation des Gerichtes, sowie die Besoldungsverhältnisse seines Personals endgültig fest.

Dritter Titel.

Straf-, Schluss- und Übergangsbestimmungen.

Art. 90.

Bisherige Krankenversicherung.

Im Sinne von Art. 6, lit. a, und Art. 11 wird die vor Ablauf des ersten Jahres nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes bestandene Mitgliedschaft bei irgend einer schweizerischen Krankenkasse als Mitgliedschaft bei einer anerkannten Krankenkasse betrachtet.

Art. 91.

Der Bundesrat ist befugt, die Bundesbeiträge (Art. 19, 79 und 85) in Wegfall kommen zu lassen mit bezug auf Angehörige solcher fremder Staaten, deren Gesetzgebung hinsichtlich Fürsorge gegen Krankheit, Unfall, Alter, Invalidität oder Tod die Schweizerbürger oder die in der Schweiz wohnenden Personen ungünstiger behandelt, als die Angehörigen oder Einwohner des eigenen Staates.

Ausländische
oder im Ausland
wohnende Per-
sonen.

Die gleiche Befugnis steht dem Bundesrate zu mit bezug auf Versicherte, welche ihren Wohnsitz ausserhalb der Schweiz haben.

Wird von der Gesetzgebung eines fremden Staates, mit bezug auf eine in Absatz 1 erwähnte Materie, ein Nachteil daran geknüpft, dass eine Person, statt Angehöriger oder Einwohner dieses Staates zu sein, Schweizerbürger ist oder in der Schweiz wohnt, so kann der Bundesrat, mit bezug auf Leistungen der schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, einen entsprechenden Nachteil für solche Personen eintreten lassen, welche Angehörige oder Einwohner des betreffenden Staates sind.

Art. 92.

Es werden vom Bundesrate dem kantonalen Straf-richter solche Personen überwiesen, welche als Vertreter einer anerkannten Krankenkasse in den für die Bundesbehörde bestimmten Rechnungen oder sonstigen Aufschlüssen die Geschäftsverhältnisse der Kasse wissentlich unwahr darstellen. Die Schuldigen sind zu einer Busse bis auf ein-tausend Franken oder zu Gefängnis bis auf drei Monate zu verurteilen; es können beide Strafen verbunden werden.

Straf-
bestimmungen.

Auf Klage des Vorstandes der schweizerischen Unfallversicherungsanstalt hin wird durch den kantonalen Straf-richter die wissentliche Übertretung von Art. 41, Absatz 2,

Art. 44, 45, 77, Absatz 3, oder Art. 83 mit einer Busse von fünf bis fünfhundert Franken bestraft; bei Rückfall kann die Busse bis auf das Doppelte des sonstigen Höchstbetrages erhöht oder mit einer Gefängnisstrafe bis auf drei Monate verbunden werden.

Hinsichtlich der Verurteilung zu einer Busse wird das Verschulden des Stellvertreters als ein solches des Arbeitgebers angesehen.

Die Umwandlung nicht erhältlicher Bussen, sowie die Verjährung richten sich nach Art. 8, 34 und 35 des Bundesgesetzes über das Bundesstrafrecht, vom 4. Hornung 1853.

Mit bezug auf das Verfahren finden Art. 146, 147, 149, 150, 151, 154, 155, 157 und 160 bis 173 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege, vom 22. März 1893, Anwendung.

Art. 93.

**Fristen-
berechnung.**

Bei Berechnung der in diesem Gesetze festgestellten 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 mit dem nächstfolgenden Werktag.

Schriftliche Eingaben müssen spätestens am letzten Tage der Frist angelangt oder der schweizerischen Post übergeben worden sein.

Art. 94.

Militärurfälle.

Werden infolge eines Unfalles, auf Grund des Bundesgesetzes betreffend Versicherung der Militärpersonen gegen Krankheit und Unfall, vom 28. Juni 1901, Leistungen ge-

währt, so findet auf denselben Unfall das vorliegende Gesetz keine Anwendung.

Art. 95.

Alle mit diesem Gesetze in Widerspruch stehenden Bestimmungen von eidgenössischen oder kantonalen Gesetzen und Verordnungen sind aufgehoben, insbesondere:

**Aufhebungs-
klausel.**

Art. 4 des Bundesgesetzes betreffend die Arbeit in den Fabriken, vom 23. März 1877;

das Bundesgesetz betreffend die Haftpflicht aus Fabrikbetrieb, vom 25. Brachmonat 1881, das Bundesgesetz betreffend die Ausdehnung der Haftpflicht, vom 26. April 1887, mit bezug auf Unfälle;

Art. 40 des Bundesgesetzes betreffend die elektrischen Schwach- und Starkstromanlagen, vom 24. Juni 1902;

das Bundesgesetz betreffend die Haftpflicht der Eisenbahn- und Dampfschiffahrts-Unternehmungen und der Post, vom 28. März 1905, sowie Art. 18 des Bundesgesetzes über das Postregal, vom 5. April 1894, mit bezug auf Unfälle, von welchen eine der Unternehmung als Angestellter oder Arbeiter angehörende Person betroffen wird.

Art. 96.

Soweit die in Art. 95 bezeichneten Bundesgesetze ausser Kraft treten, werden sie durch die Bestimmungen des Bundesgesetzes über das Obligationenrecht, vom 14. Brachmonat 1881 ersetzt.

**Schadenersatz
nach Obligationenrecht.**

Wurde jedoch ein Versicherter der schweizerischen Unfallversicherungsanstalt von einem Unfälle betroffen, so kann durch den Versicherten oder seine Hinterlassenen (Art. 61) für den durch die Versicherung nicht gedeckten Betrag des Schadens, gegen den Arbeitgeber des Versicherten, wenn dieser Arbeitgeber auf eigene Kosten wenigstens drei Viertel der Restprämien zahlte, oder gegen

einen Familienangehörigen, Angestellten oder Arbeiter eines solchen Arbeitgebers, nur dann ein Schadenersatzanspruch geltend gemacht werden, wenn die betreffende Person den Unfall vorsätzlich, durch ein Vergehen, auf arglistige Weise oder durch grobe Fahrlässigkeit verursacht hat.

Art. 97.

Art. 341 des
Obligationen-
rechts.

Die Bestimmungen von Art. 341 des Bundesgesetzes über das Obligationenrecht, vom 14. Brachmonat 1881, werden dahin abgeändert, dass, wenn der Dienstpflichtige bei einer anerkannten Krankenkasse versichert ist und der Arbeitgeber auf eigene Kosten wenigstens die Hälfte der Beiträge zahlte,

- a. im Falle von Absatz 1 der Arbeitgeber während einer Krankheit nur den Mehrbetrag des Lohnes über das für die gleiche Zeit durch die Krankenkasse gewährte Krankengeld hinaus fortzubezahlen hat,
- b. im Falle von Absatz 2 der Arbeitgeber die Kosten der ärztlichen Behandlung nur insofern zu tragen hat, als sie durch die Krankenkasse nicht übernommen werden.

Die Bestimmungen desselben Artikels finden keine Anwendung, wenn der Dienstpflichtige bei der schweizerischen Unfallversicherungsanstalt versichert ist, sein Arbeitgeber auf eigene Kosten wenigstens drei Viertel der Restprämien zahlte und den Dienstpflichtigen eine Unfallkrankheit trifft, für welche die Anstalt Leistungen gewährt.

Art. 98.

Erste Wahl des
Verwaltungs-
rates

In Abweichung von Art. 26, Absatz 2 und 3, wird der Verwaltungsrat der schweizerischen Unfallversicherungsanstalt für eine erstmalige Amtsperiode von drei Jahren

durch den Bundesrat gewählt und aus dreissig Mitgliedern zusammengesetzt.

Art. 99.

Der Bundesrat wird mit der Vollziehung dieses Gesetzes beauftragt und erlässt die hierzu erforderlichen Verordnungen.

Vollziehung
durch den
Bundesrat.

Art. 100.

Der Bundesrat ist beauftragt, gemäss dem Bundesgesetz betreffend die Volksabstimmung über Bundesgesetze und Bundesbeschlüsse, vom 17. Juni 1874, die Bekanntmachung dieses Gesetzes zu veranstalten und den Tag seines Inkrafttretens festzusetzen.

Veröffent-
lichung und
Inkraftsetzung.

Inhaltsverzeichnis

zur

Botschaft betreffend Kranken- und Unfallversicherung.

	Seite
A. Historischer Überblick	229—246
a. Bis zur eidg. Volksabstimmung vom 20. Mai 1900	229
b. Nach der eidg. Volksabstimmung vom 20. Mai 1900	237
B. Allgemeiner Teil	246—344
Vorbemerkungen	246
I. Krankenversicherung	251—311
<i>Förderung der Versicherung</i>	251
<i>Bundesaufsicht über die Hilfskassen</i>	257
<i>Betätigung der Kantone</i>	264
<i>Bedingungen der Anerkennung durch den Bund</i>	268—297
Sitz in der Schweiz etc.	268
Genehmigung der Statuten und Rechnungen	270
Freizügigkeit	270
Nicht-Ausschluss der Schweizerbürger, Aufnahme der Frauen	277
Mindestleistungen	281
Kontrolle der Ärzttarife; Mitwirkung bei der Unfallversicherung	292
Weitere eventuelle Bedingungen der Anerkennung	293
<i>Beiträge an die anerkannten Kassen</i>	297—311
Ordentlicher Beitrag	297
Besonderer Beitrag	304
Eventueller Beitrag für die unentgeltliche Krankenpflege	305
II. Unfallversicherung	312—344
<i>Die obligatorischen und die freiwilligen Versicherten</i>	312
<i>Gegenstand der obligatorischen Versicherung</i>	315
<i>Unfallversicherungsanstalt; Mitwirkung der anerkannten Krankenkassen</i>	318
<i>Leistungen der Anstalt</i>	330
<i>Versicherungs-Prämien</i>	332
III. Finanzielle Belastung des Bundes	342
C. Spezieller Teil	345—404

Inhaltsverzeichnis des Gesetzes.

Erster Titel.

Krankenversicherung.

	Artikel
A. Allgemeine Bestimmungen	1—3
B. Anerkannte Krankenkassen	4—18
C. Bundesbeiträge	19—20

Zweiter Titel.

Unfallversicherung.

A. Schweizerische Unfallversicherungsanstalt	21—32
B. Mitwirkung der anerkannten Krankenkassen	33—37
C. Obligatorische Versicherung	38—83
I. Versicherungspflichtige Personen	38—45
II. Gegenstand der Versicherung	46
III. Feststellung der Unfälle	47—48
IV. Leistungen der Anstalt	49—72
a. Krankenpflege und Krankengeld	50—57
b. Invalidenrente	58—59
c. Sterbegeld und Hinterlassenenrenten	60—64
d. Gemeinsame Bestimmungen	65—72
V. Versicherungs-Prämien	73—83
D. Freiwillige Versicherung	84—86
E. Versicherungsgericht	87—89

Dritter Titel.

Straf-, Schluss- und Übergangsbestimmungen 90—100



**Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zu dem Entwurf eines
Bundesgesetzes betreffend die Kranken- und Unfallversicherung. (Vom 10. Dezember
1906.)**

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1906
Année	
Anno	
Band	6
Volume	
Volume	
Heft	51
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	---
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	19.12.1906
Date	
Data	
Seite	229-447
Page	
Pagina	
Ref. No	10 022 211

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.