ZÜRCHER STATISTISCHE NACHRICHTEN

18. Jahrgang 1941 * 1. Heft Januar/März

DIE OBLIGATORISCHE KRANKENPFLEGE-VERSICHERUNG ZÜRICHS

SINN UND ZWECK DER KRANKENVERSICHERUNG

«Laßt uns zu gegenseitiger Unterstützung brüderlich die Hand bieten» — unter dieser Losung stehen die Statuten einer 1831 gegründeten Zürcher Betriebskrankenkasse. So könnten auch die ersten Eidgenossen gesprochen haben, als sie ein halbes Jahrtausend früher auf dem Rütli zusammentraten. Der gleiche Geist solidarischen Zusammenstehens, der dem Bund der Eidgenossen zugrunde lag, hat auch zur Bildung der ersten Versicherungskassen geführt. Galt dort die gemeinsame Abwehr den Bedrohern der Freiheit, so richtet sie sich bei der Sozialversicherung gegen die materiellen Folgen unglücklicher Ereignisse, wie Krankheit, Unfall, Invalidität, Tod des Ernährers, Arbeitslosigkeit.

Die Sicherung vor diesen Folgen, deren Ausmaß im einzelnen Fall nicht vorauszusehen ist, besteht in einer doppelten Verteilung des Risikos, nämlich in einer zeitlichen und in einer persönlichen. Statt aus der Hand in den Mund zu leben, bis ein Schadenereignis eines Tages das ganze Haushaltsbudget mit einem Schlag aus dem Gleichgewicht bringt, legt der Versicherte Woche für Woche oder Monat für Monat einen relativ kleinen, tragbaren Teil seines Einkommens auf die Seite, um im Notfall gewappnet zu sein. Diese zeitliche Risikoverteilung setzt bei vorhandenem Sparwillen noch keine Versicherung voraus; es genügt dazu ein Sparguthaben.

Die gesparte Summe kann in vielen Fällen jedem Schadenanspruch genügen und sogar den erforderlichen Betrag übersteigen. Es können

aber auch Schadenfälle eintreten, denen der Einzelne mit seinem Ersparten nicht gewachsen ist. Hier setzt die persönliche Risikoverteilung und damit der solidarische Geist der Versicherung ein, indem die Gemeinschaft die Lasten des Einzelnen tragen hilft, der Gesunde dem Kranken, der Arbeitende dem Arbeitslosen, der Glückliche dem Unglücklichen aushilft. Bei der modernen Sozialversicherung kommen dann zu der Risikoverteilung innerhalb dem Kreise der Versicherten noch öffentliche oder private Zuschüsse hinzu, wodurch die Lasten noch einmal auf tragfähigere Schultern verteilt werden.

WERDEGANG DER ZÜRCHER OBLIGATORISCHEN KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG

Die Krankenversicherung, wie die Sozialversicherung überhaupt, ist zu einem wesentlichen Teil ein Ersatz für die nicht mehr bestehende oder nicht mehr wirksame Familiengemeinschaft. Sie hat die Pflichten übernommen, die früher die Familie erfüllte; sie ist ein Kind der Proletarisierung unserer Gesellschaft, eine Reaktion auf die Auflösung der Familie.

Diese Tatsache erklärt den Werdegang der Krankenversicherung, die ein paar Jahrhunderte zurückreicht, aber erst im Zeitalter der Industrie einen starken Aufschwung erlebt hat und heute, wie alle guten und schlechten Errungenschaften dieses Zeitalters, vor einer tiefen innern und äußern Krise steht.

Im Mittelalter und noch bis weit in die neuere Zeit hinein spielte sich fast das ganze Leben im Familienverband ab. Nicht nur beim Bauern, sondern auch beim Handwerker und seßhaften Händler und später auch noch beim Heimarbeiter, also praktisch bei fast der ganzen Bevölkerung, bildeten Wirtschaftsbetrieb und Haushalt eine Einheit, an der Jung und Alt, Eltern, Kinder, Großeltern und oft noch Geschwister zusammenarbeiteten. Auch die nähern Verwandten lebten gewöhnlich in enger Nachbarschaft, wenn nicht im gleichen Haushalt oder Gehöft, so doch im gleichen Dorf oder Städtchen. (Im Vergleich zur heutigen Großstadt waren ja fast alle Städte Städtchen.) Nicht nur die engste, sondern eine größere Familie bildete so eine Schicksalsgemeinschaft, die beim Fehlen von großen Kreditmöglichkeiten auch nicht annähernd so verschuldet war wie die

heutigen Wirtschaftsbetriebe, sondern an ihrem Haus und Betrieb eine schöne Reserve hatte.

Damit war für die wirtschaftlichen Nachteile von Krankheitsfällen weitgehend vorgesorgt. Wenn der Vater erkrankte, arbeiteten die Mutter und die Kinder um so mehr, die Einkünfte setzten nicht aus und der Lebensunterhalt, der ja auch in der Stadt zu einem großen Teil noch aus Selbstversorgung bestand, erlitt keine unerträglichen Einbußen. Auch die Pflege machte keine große Schwierigkeiten; von der zahlreichen und nahen Verwandtschaft war schon jemand abkömmlich für die nötigen Handreichungen. Was für Arzt und Bader, Salben und Kräuter auszugeben war, brachte man aus den Reserven der engern oder weitern Familiengemeinschaft auf.

So erklärt es sich, daß im ganzen Mittelalter kaum etwas von einer Krankenversicherung aufzuspüren ist, und man versteht damit zugleich, warum die Krankenversicherung bisher bei den Bauern so wenig Boden gefaßt hat. Die Landwirtschaft steht eben auch heute noch jener mittelalterlichen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung am nächsten. Wenn über die Geschichte der Krankenkassen in der Schweiz erklärt wird, «daß schon im Mittelalter die Bruderschaften und Zünfte ihre Mitglieder im Falle von Krankheit unterstützten», so halten wir dies für eine unbewiesene und unwahrscheinliche Behauptung. Richtig ist, daß die Anfänge der Krankenversicherung bei den Bruderschaften zu finden sind. Aber es geht nicht an, diese Bruderschaften und die Zünfte gleichzustellen. Bei den Bruderschaften handelt es sich um Gesellenvereinigungen, während die Zünfte nur die Meister umfassen. So sind denn auch alle Beispiele, welche zur Stützung jener Behauptung angeführt werden, ausgesprochene Gesellenvereine, von der 1560 in Luzern gegründeten «Bruderschaft lediger Mannspersonen» über die 1803 durch den Bürgermeister und Kleinen Rat des Kantons Zürich aufgehobene «Gesellenlade bey dem Schreinerhandwerk» bis zu dem 1788 gegründeten Fonds «zu Gunsten armer und kranker Tischlergesellen» in Zürich.

Im Mittelalter war die Gesellenschaft meist nur die Vorstufe der Meisterschaft, der Geselle war mit der Meisterfamilie wenn nicht verwandt, so doch mehr oder weniger befreundet; er war nicht viel anderes als ein Glied der Familie, auch wenn er weit in der Fremde auf der Wanderschaft arbeitete. Darum ist es wohl kein Zufall, wenn aus dem Mittelalter auch bei den Gesellen keine Krankenunterstützungen bekannt sind. In dem Maße aber, als dieser enge

Zusammenhang zwischen Meisterschaft und Gesellen zerfiel, die Gesellen zu einer besitz- und oft heimatlosen Klasse heruntersanken, entstand bei ihrer Erkrankung ein ganz neues Problem: Wer sollte die Fremdlinge pflegen und auf wessen Kosten? Die Lösung dieses Problems bildete die «Gesellenlade», die Unterstützungskasse der Bruderschaften und andern Gesellenvereine. Die Meister haben gelegentlich ihre Beiträge an diese Kassen geleistet, aber damit betrachteten sie ihre soziale Schuldigkeit gegenüber den Gesellen als erfüllt. So entstanden mit den ersten Proletariern auch die ersten gegenseitigen Unterstützungskassen für Krankheitsfälle (und andere Zwecke), die Vorläufer der heutigen Krankenversicherung.

Leider ist die soziale Seite der Zunft- und Gesellenordnungen noch sehr wenig erforscht. Ein einziges Dokument aus früherer Zeit ist uns (durch freundlichen Hinweis von Herrn Dr. Leo Weisz) bekannt geworden, das etwas von Krankenunterstützungen in Zürich vor mehr als zwei Jahrhunderten berichtet. Es ist Urkunde Nr. 3 aus dem Zunftarchiv zur Schneidern (Zürcher Zentralbibliothek), ein mit großem Aufwand an Schnörkeln prächtig auf Pergament geschriebener und mit einem Siegel in Holzkapsel versehener Brief, ausgestellt am 4. Christmonat 1720 vom Spitalschreiber vor dem Statthalter, dem Zunftmeister und zwei Mitgliedern des Großen Rates, worunter der Spitalmeister, als Zeugen. Diese bekunden, daß «für Uns kommen und erschinnen Hr. Handtwercks-Obmann Jacob Seebach und Mr. Diethelm Weber, Handtwerks Meister, im Nammen der Meisteren, desgleichen Johann Caspar Milius von Neüwstatt an der Orla in Sachsen, Frantz Ludwig Lugenbühel von Bern und Johannes Pfenninger von Stäfen, im Nammen und vonwegen der Gesellen, alle Abgeordnete von den Herren Räth- und Zwölffen, Meisteren und Gesellen eines loblichen Schneiderhandtwercks, und uns gezimmend ersucht, daß, gegen Bezahlung Vierhundert Gulden Gelts, auß Ihrer, der Gesellen Lad, jederweilige Schneidergesellen, welche hier in Krankheit sich befinden, in den Spital aufgenommen, und daselbs mit genugsammer Verpfleg- und Unterhaltung versorget werden möchtind. In Ansehung nun diser billich- und angelegener Bitt, und nachdeme Sie die anerbottenen vierhundert Gulden allbereit zu Unserem guten Vermögen erlegt und entrichtet, haben Wir Uns für Uns und Unsere Nachkommenden Spitalspflegere hierauff erklährt und erkennen in krafft dis Brieffs, daß von nun an und hinfüro, wann ein Schneider Gesell kranck darnider liget/: Er seye auf der

Herberig oder bey einem Meister, allhier krank worden: / und keine ansteckende Kranckheit an Sich hat, Er allsobald auff begehren hin, ohne Beschwehrd der Meister- und Gesellen in den Spital abgehollet, danne auf nächstkönfftigen Gschauwtag den Verordneten Herren Loblr. Gschauw fürgestellet, und so Sie befinden, daß der Kranckne zu curieren ... derselbe mit gutem Geliger und Abwarth, an dem Orth, dahin Ihne die Herren Medici ordnen, versorget, mit Brot, guter Brühe, Wein und Fleisch, je nachdeme der Zustand es erforderet und es die Herren Medici gut befinden, genugsamm und nach aller Nothdurfft versehen, und solang in dem Spital behalten und auf beschribene weiß betrachtet werden solle, bis er völlig genesen und im Stand seyn wird, seiner Arbeit widerumb nachzukommen». In einer Einschiebung wird noch erläuternd bemerkt, daß «die (,) so incurabel und ohnheilsamme Presten oder ansteckende Seüchen, als den Außsatz, die Venereische Krankheit, Fleckfieber, rothe Ruhr, umb sich fressende Krebsschäden und dergleichen haben, ... hierinn außgeschlossen seyn sollen».

Man kann ohne weiteres annehmen, daß ähnliche Abkommen auch von andern Gesellenorganisationen getroffen wurden, daß also die Krankenpflege der Gesellen schon im Anfang des 18. Jahrhunderts einigermaßen gesichert war. Auch noch im letzten Jahrhundert standen für die Krankenversicherung die Gesellen und vor allem die zugereisten im Vordergrund. Es gibt für diese besondere Klasse, die sogenannten «Aufenthalter», schon früh Zwangsversicherungen, die zum Teil heute noch in Geltung sind (Appenzell A.R., zum Teil St. Gallen). Daß auch der Kanton Zürich schon um die Mitte des letzten Jahrhunderts ein Krankenkassenobligatorium hatte, ist weniger bekannt. Das «Polizeigesetz für Handwerksgesellen, Lehrlinge, Fabrikarbeiter, Taglöhner und Dienstboten» vom 16. Christmonat 1844 bestimmte in Art. 25 und 26: «Jeder kantonsfremde Geselle sowie alle kantonsfremden Gehülfen solcher Gewerbe, welche auch anderwärts nicht als zünftig betrachtet werden, sind verpflichtet, sobald sie im Kanton eine Anstellung erhalten haben, in der Regel durch Teilnahme an einer Kranken- und Unterstützungskasse dafür zu sorgen, daß sie in Erkrankungs- und Notfällen die nötige ärztliche Hilfe und die erforderliche Krankenpflege oder die nötigste Unterstützung erhalten. Der kantonsfremde Gehülfe oder Geselle hat sich darüber gegen seinen Herrn oder Meister auszuweisen, und es geschieht im Erkrankungsfalle die Besorgung eines Gehülfen oder Gesellen, welcher keiner Kranken- oder Unterstüt-

zungskasse beigetreten ist, bei eignem Unvermögen desselben nötigenfalls auf Anordnung der Ortspolizei und auf Kosten des Herrn oder Meisters, bei welchem der Betreffende in Arbeit getreten ist.» Schließlich wird in Art. 29 sogar die Errichtung obligatorischer Kassen vorgesehen, für den Fall, daß die geforderte Vorsorge nicht in hinreichendem Maße durch freiwillige Kranken- und Unterstützungskassen durchgeführt würde.

So hat also das heutige Obligatorium in Zürich schon einen fast hundertjährigen Vorläufer, der in einer Beziehung sogar weiter reichte als die heutige Regelung, indem er für den ganzen Kanton galt. Der Zusammenhang zwischen jenem Gesetz und dem heutigen ist allerdings ganz verloren gegangen; bei allen Verhandlungen der geltenden Zwangsversicherung war nie von jenem ersten Obligatorium die Rede. Es ist formell allerdings erst durch das kantonale Einführungsgesetz vom Dezember 1916 aufgehoben worden.

Im Laufe des letzten Jahrhunderts sind immer mehr Krankenkassen teils durch Gesellenvereine und Gewerkschaften, teils durch Fabriken und teils durch gemeinnützige Institutionen gegründet worden. Die bekannten Statistiken über die gegenseitigen Hilfsgesellschaften in den Jahren 1865 und 1880[1]) ergaben für den Bezirk Zürich mit damals rund 60- bis 80 000 Einwohnern 41 bzw. 66 Krankenkassen mit 7800 bzw. 9400 Mitgliedern. Im Jahr 1903[2]) hatten 120 Kassen mit 45 000 Mitgliedern den Sitz im Bezirk Zürich. Darunter waren 5 zentralisierte Kassen mit je 16 bis 98 Sektionen und 14 400 Mitgliedern in der ganzen Schweiz. Anderseits bestanden in Zürich ein paar Sektionen von auswärtigen Kassen, deren Mitglieder im Bezirk Zürich nicht gezählt sind. Im Bezirk Zürich selber dürften es im ganzen 32- bis 35 000 Mitglieder gewesen sein.

Die ersten Bestrebungen, eine moderne Sozialgesetzgebung zu schaffen, fallen in die letzten Dezennien des vergangenen Jahrhunderts. Dabei ist auf eidgenössischem Boden bald die Krankenversicherung in den Vordergrund getreten. Die gesetzliche Regelung der Krankenversicherung hat aber bei uns einen weiten und sehr langwierigen Weg zurücklegen müssen, bis sie wirksam geworden ist. Währenddem für ganz Deutschland zwischen 1883 und 1888 die

---

[1]) Kinkelin: Die gegenseitigen Hülfsgesellschaften der Schweiz im Jahre 1865. Bern 1868. — Kinkelin: Die gegenseitigen Hilfsgesellschaften der Schweiz 1880. Bern 1888. (Beide durch die Schweizerische Statistische Gesellschaft.)

[2]) Gutknecht: Die gegenseitigen Hilfsgesellschaften in der Schweiz im Jahre 1903. Bern 1907 (Schweiz. Industriedepartement).

Versicherungspflicht für alle Lohnbezieher in Industrie, Handel und Landwirtschaft eingeführt wurde, konnte in der Schweiz 1889 nur der erste Schritt der ganzen Gesetzesarbeit vollzogen werden, nämlich die Einfügung eines Artikels in die Bundesverfassung, wodurch der Bund zur Gesetzgebung über Unfall- und Krankenversicherung ermächtigt wurde. Fast 40 Jahre sind vergangen, bis dann für die Stadt Zürich die letzte Etappe des gesetzgeberischen «Dienstweges» erreicht und die 1889 beabsichtigte Wirkung tatsächlich erzielt wurde.

Die Erwähnung der Krankenversicherung in jenem neuen Verfassungsartikel erfolgte nur beiläufig, fast zufällig. Das Hauptgewicht lag auf der Unfallversicherung, und bei der Beschäftigung mit dieser stellte sich die Krankenversicherung als notwendige Ergänzung heraus[1]). Das von Ludwig Forrer in Ausführung des Verfassungsartikels ausgearbeitete Bundesgesetz betreffend die Kranken- und Unfallversicherung mit Einschluß der Militärversicherung steuerte jedoch mit vollen Segeln einer umfassenderen Lösung der Krankenversicherung zu. In Artikel 1 wurde nämlich der Geltungsbereich des Gesetzes wie folgt umschrieben: «Alle unselbständig erwerbenden Personen männlichen oder weiblichen Geschlechts, welche auf schweizerischem Gebiet in inländischen Betrieben, die Hausindustrie inbegriffen, arbeiten, sowie sämtliche Dienstboten von inländischen Dienstherrschaften sind vom zurückgelegten 14. Altersjahr an ... gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheiten obligatorisch versichert ...» Die Durchführung der Versicherung sollte durch öffentliche Kreiskrankenkassen und Betriebskassen erfolgen. Darüber ist in den Artikeln 24 und 26 bestimmt: «In jedem Versicherungskreis besteht eine (öffentliche) Kreiskrankenkasse», und: Die «Bestimmungen über die obligatorische Mitgliedschaft in einer Kreiskrankenkasse finden auf diejenigen Personen keine Anwendung, welche obligatorische Mitglieder einer Betriebskrankenkasse sind, oder in einer eingeschriebenen Krankenkasse der Versicherungspflicht Genüge leisten». Die Finanzierung war durch Arbeiter- und Unternehmerbeiträge sowie durch eine Bundessubvention von einem Rappen je Versicherungstag vorgesehen. — Im Parlament fand das Gesetz im Oktober 1899 fast einstimmige Unterstützung, in der Volksabstimmung vom 20. Mai 1900 fiel es jedoch mit rund 340 000 gegen 150 000 Stimmen durch.

[1]) Wortlaut und nähern Inhalt der geltenden gesetzlichen Regelungen geben wir im nächsten Kapitel wieder.

Vier Jahre nach diesem Mißerfolg wurden die Vorarbeiten für eine neue Gesetzesvorlage an die Hand genommen, woraus das Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911 hervorging. Es wurde am 4. Februar 1912 mit 288 000 gegen 241 000 Stimmen vom Volk angenommen. Die Krankenversicherung ist hier wieder stark in den Hintergrund gedrängt, währenddem die Unfallversicherung mit ihrem weitgehenden Obligatorium und der heftig umstrittenen Bundesanstalt einen großen Wurf bedeutet. Für die Krankenversicherung brachte das Gesetz nicht viel mehr als eine Regelung der Subventionsbedingungen an die privaten Kassen. Auf eine allgemeine Versicherungspflicht hat der Bund ganz verzichtet, indem er die Einführung des Obligatoriums den Kantonen und Gemeinden überträgt.

Am 1. Juni 1914 trat das Bundesgesetz und damit die Unterstützung der nach den Subventionsbedingungen anerkannten Krankenkassen in Kraft. Auf dem Gebiete der heutigen Stadt Zürich waren zu jenem Zeitpunkt 37 vom Bund anerkannte Kassen tätig, wovon 23 mit Sitz in Zürich, 6 in seither eingemeindeten Vororten und 8 mit Sitz in andern Kantonen, aber mit Sektionen in Zürich. —

Das kantonale Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung war im September 1914 abstimmungsreif, kam jedoch infolge der Mobilisation nicht vors Volk. Erst am 10. Dezember 1916 fand die Abstimmung statt und ergab eine Annahme mit 70 000 gegen 19 000 Stimmen. Der Kanton nimmt durch dieses Gesetz den Ball auf, den ihm der Bund in Form des Obligatoriums zugeworfen hatte, gibt ihn aber gleich weiter an die Gemeinden, indem er diesen die Entscheidung überläßt, ob sie die Versicherungspflicht einführen wollen oder nicht. Das Gesetz umschreibt die Personenkreise, die von der Versicherungspflicht erfaßt werden können, die Leistungen, die mindestens zu gewähren sind, die Durchführung der Versicherung und die Höhe der Staatsbeiträge.

Infolge der Teuerung während der Kriegs- und Nachkriegszeit waren diese letztern sowie die Einkommensgrenzen der Versicherungspflichtigen bald überholt, so daß schon 1919 im Kantonsrat eine Revision des Einführungsgesetzes verlangt wurde. Nach weitern Vorstößen im Kantonsrat in den Jahren 1921 und 1924 arbeitete die Volkswirtschaftsdirektion den Entwurf zu einem neuen Einführungsgesetz aus, welches am 6. Juni 1926 mit 91 000 gegen 56 000 Stimmen vom Volk angenommen wurde.

Gegenüber dem früheren bringt das neue Gesetz ungefähr eine Verdoppelung der Einkommensgrenzen und der Staatsbeiträge. Das Obligatorium bleibt aber weiter den Gemeinden überlassen. Der Regierungsrat stützt sich dabei in seinem beleuchtenden Bericht auf eine große Konferenz vom 6. Februar 1925, zu welcher außer der kantonalen Fabrik- und Gewerbekommission die interessierten Kreise eingeladen wurden, die sich einstimmig dahin aussprachen, «daß ein kantonales Obligatorium wohl anzustreben, zur Zeit aber schwer erreichbar sei». Solange die Gemeinden die Versicherungspflicht noch nicht eingeführt haben, zahlt der Kanton nach dem neuen Gesetz den anerkannten Kassen 1 Franken jährlich für jede im Kanton wohnende versicherte Person. —

In den ganzen 10 Jahren, während denen das erste Einführungsgesetz in Kraft war, hat keine einzige Gemeinde das Obligatorium beschlossen. Das Zürcher Stadtparlament erhielt zwar schon im Herbst 1917 den ersten Anstoß durch eine Motion von Dr. Häberlin mit folgendem Wortlaut: «Der Stadtrat wird eingeladen, beförderlich Bericht und Antrag zu stellen betreffend Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung mit städtischen Beiträgen.» Die Motion wurde vom Stadtrat entgegengenommen, und eine vom Gesundheitsvorstand, Stadtrat Otto Lang, eingesetzte Fachkommission bearbeitete unter dem Vorsitz von Dr. Häberlin in mehreren Sitzungen das ganze Problem. Infolge der finanziellen Nöte der Stadt mußte jedoch die Behandlung wieder aufgegeben werden, als die Vorarbeiten bereits ziemlich weit gediehen waren. Der Kommission gehörten außer den beiden Genannten noch an: die Herren M. Kruker, Stadtarzt; Dr. Kraft, Schularzt; Schatzmann, als Sekretär des Gesundheitswesens; Dr. Thomann, Vorsteher des Statistischen Amtes; Dr. med. A. von Schultheß, Emil Schultheß und Johann Fischer, die drei letzten als Vertreter der Krankenkassen.

Die meisten grundsätzlichen Fragen wurden bereits in dieser ersten Kommission behandelt, und die von ihr beschlossenen Lösungen waren für die spätere Arbeit richtunggebend, in den wichtigsten Punkten überhaupt entscheidend. Hier wurde die Beschränkung auf die Krankenpflege beschlossen, die Übernahme der Zahnpflege, der Spitalbehandlung, der Badekuren und physikalischen Heilanwendungen, der Röntgenbehandlung und der Miete von Krankenmobilien, was alles in das zehn Jahre später geschaffene Versicherungswerk aufgenommen wurde. Hier fiel auch die für die Durch-

führung der Versicherung bedeutsamste Entscheidung, indem man statt der Gründung einer öffentlichen Kasse das Vertragssystem vorschlug. Die Frage ist allerdings nachher noch ein paarmal neu in Erwägung gekommen, was aus dem Kapitel über den Versicherungsträger zu ersehen ist. Die Dauer der Leistungen wurde auf 360 Tage im Laufe von 540 aufeinanderfolgenden Tagen beschränkt, währenddem die geltende Ordnung grundsätzlich unbeschränkte Leistungsdauer vorsieht.

Zu ungefähr den gleichen Schlüssen gelangte eine Kommission der Zürcher Krankenkassen, denen der Vorstand des Gesundheitswesens Ende 1917 eine Anzahl von Fragen zur Begutachtung vorgelegt hatte, die sie in einer Eingabe vom 28. Februar 1918 ausführlich beantworteten. Sie empfahl die Ausdehnung der Versicherungspflicht bis an die obere, im kantonalen Einführungsgesetz erlaubte Einkommensgrenze, verwarf aber die von diesem Gesetz zugelassene Einbeziehung von nicht in der Gemeinde wohnhaften, aber hier arbeitenden Personen. Neu zuziehende Personen sollten schon nach drei Monaten von der Versicherungspflicht erfaßt werden, und für die Beiträge der untersten Einkommensklasse sollte wie in Basel die Stadt voll aufkommen. Diesen beiden Anregungen wurde, wie wir noch sehen werden, nicht Folge gegeben. Hingegen ist hier zum erstenmal die Rede von einem zu gründenden städtischen Kontrollamt, das die Überwachung der Versicherungspflicht, die Kontrolle der Vertragskassen, die Ausrichtung und Kontrolle der öffentlichen Beiträge zu besorgen hat. Dieses «Kontrollamt» ist dann 1927 tatsächlich als Krankenversicherungsamt geschaffen worden. Die Aufwendungen der Stadt an die Beiträge der Versicherung berechnete diese Kommission auf 1½ Millionen Franken im Jahr.

Diesen Stand hatten die Vorbereitungen erreicht, als sie 1918 eingestellt wurden, um bessere Zeiten für die Einführung der obligatorischen Versicherung abzuwarten. Diese schienen der Geschäftsprüfungskommission des Großen Stadtrates im Jahre 1924 angebrochen zu sein. Sie lud in ihrem Bericht zum Geschäftsbericht 1922 den Stadtrat in Form eines Postulates ein, «die Einführung der obligatorischen Krankenversicherung zu prüfen und dem Großen Stadtrat Bericht und Antrag einzubringen». Der Stadtrat nahm die Motion nur mit einigem Widerstreben entgegen, indem er geltend machte, es sei «zunächst die Beschlußfassung des Bundesrates[1])

[1]) über eine allfällige Revision des Bundesgesetzes

und sodann eine gewisse Konsolidierung der Erwerbsverhältnisse» abzuwarten. Anfang 1925 setzte er jedoch eine Kommission für die obligatorische Krankenversicherung ein, die am 22. Mai unter dem Vorsitz von Stadtrat Dr. Häberlin, ihre erste Sitzung abhielt. Sie war zusammengesetzt aus den Mitgliedern der frühern Kommission, M. Kruker, Dr. Kraft, Emil Schultheß und Johann Fischer, ferner aus dem neuen Gesundheitsvorstand und seinem Sekretär sowie dem neuen Vorsteher des Statistischen Amtes, den Herren Dr. Häberlin, Dr. Schatzmann und Brüschweiler. An Stelle von Dr. von Schultheß trat Dr. Denzler, und als weitere Kassenvertreter wurden Dr. Henne und Bausekretär Kägi aufgenommen.

Auf Grund der Vorarbeiten der früheren Kommission stellten der Stadtarzt und E. Schultheß den Entwurf einer Verordnung zusammen, die von einer Subkommission vorberaten und in zehn Sitzungen der Vollkommission zwischen dem 10. Juni 1925 und dem 10. Januar 1927 durchberaten wurde. Die Besprechungen drehten sich zwar hauptsächlich um Detailfragen, währenddem im Grundsätzlichen meist ohne viel Diskussion den Beschlüssen der früheren Kommission gefolgt wurde. Im Gegensatz zur Kommission der Krankenkassen von 1918 einigte man sich auf unbeschränkte Dauer der Leistung von ärztlicher Behandlung und Arznei. Die Spitalbehandlung wurde jedoch in der Dauer begrenzt. Der Beginn der Versicherungspflicht wurde für neu zugezogene Personen auf ein volles Jahr nach der Anmeldung hinausgeschoben, damit nicht durch flottante Elemente allzu viel Wechsel im Versichertenbestand eintrete, und um den Polikliniken nicht die zur Ausbildung der Studenten notwendigen Patienten zu entziehen. Alle obligatorisch Versicherten sollten, abgestuft in vier Beitragsklassen, städtische Zuschüsse an die Versicherungsprämien erhalten.

Mit Weisung des Stadtrates vom 16. März 1927 ging die Materie dann an eine Kommission des Großen Stadtrates über, die in elf Sitzungen unter dem Vorsitz von Heinrich Wyß vom April bis September die Vorlage des Stadtrates durchbesprach. Änderungen von grundsätzlicher Bedeutung sind dabei keine vorgenommen worden. Zwischen dem 31. August und dem 5. Oktober 1927 ist sodann die Vorlage durch den Großen Stadtrat beraten worden. Auch hier fand die Vorlage unveränderte Annahme, abgesehen von ein paar neuen Vorteilen für die Mitglieder, die man dem Abstimmungsvolk aus referendumspolitischen Gründen vorzulegen beschloß. Zwei davon, die Heraufsetzung des maximalen Eintrittsalters von 60 auf

65 Jahre und die Erhöhung des Stillgeldes von 20 auf 50 Franken, haben sich anscheinend bewährt und sind noch heute in Geltung. Die dritte Abänderung war eine sehr fragliche Verbesserung, die seither (in der Revision von 1934) mehr als rückgängig gemacht werden mußte. Die Kommission des Großen Stadtrates hatte als Konzession an das heute selbstverständliche Prinzip der Kostenbeteiligung jenen Kassen, die eine «Mitbeteiligung der Mitglieder an den Kosten der ärztlichen Behandlung und der Arzneien» einführen würden, einen zusätzlichen städtischen Beitragsfranken zugesprochen. Diese Bestimmung wurde vom Großen Stadtrat mit 54 gegen 34 Stimmen gestrichen.

Die Schlußabstimmung über die Verordnung erfolgte im Großen Stadtrat am 6. Oktober 1927 ohne Gegenantrag. In der Volksabstimmung vom 14. Dezember des gleichen Jahres ist die Verordnung mit 32 492 gegen 5413 Stimmen angenommen worden.

Inzwischen hatte man bereits im Sommer 1927 die nötigen Vorkehrungen zur organisatorischen Vorbereitung getroffen und als provisorischen Vorsteher des Krankenversicherungsamtes am 14. Juli Emil Schultheß, den unermüdlichen und sachkundigen Förderer des städtischen Versicherungswerkes, gewählt.

Am 1. Januar 1928 trat die Verordnung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung in Kraft. Das erste Jahr ihrer Durchführung schien den Berechnungen, die über die voraussichtliche finanzielle Belastung der Stadt angestellt worden waren, ungefähr Recht zu geben. Die durchschnittlichen Ausgaben je Mitglied beliefen sich auf 36.58 Franken gegen 35.98 Franken im Budget. Aber schon die nächsten Jahre brachten große Enttäuschungen. Die Ausgaben je Mitglied stiegen 1930 auf 45.00 und 1933 sogar auf 48.82 Franken. Die reinen Aufwendungen der Stadt, die man bei den Beratungen des Gesetzes auf rund 1,3 Millionen Franken berechnet hatte, betrugen im Jahr 1929 schon 1,6 Millionen und überstiegen 1931 die zweite Million. Gleichzeitig brach die Wirtschaftskrise herein und setzte den städtischen Finanzen stark zu. Die Belastung durch die Krankenversicherung in dieser unvorhergesehenen Höhe war für die Stadt nicht mehr tragbar. Anderseits waren die Mitgliederbeiträge bereits soweit als möglich erhöht worden, eine weitere Sanierung der Versicherung auf diesem Weg war ausgeschlossen. Eine Revision der Verordnung war unvermeidlich geworden.

Schon 1931 machte das Krankenversicherungsamt Vorschläge für eine Gesamtrevision der Versicherung, die gleichen Jahres

in drei Sitzungen der Krankenversicherungskommission beraten wurden. Eine erste Entlastung der Kassen wurde dadurch erzielt, daß der Stadtrat in Abänderung des Reglementes über Kuren die bisher vorgeschriebenen Kostenbeiträge der Kassen für vorbeugende Stärkungskuren von Kindern mit Wirkung ab 1. Januar 1932 aufhob. Die Krankenversicherungskommission behandelte in weitern sieben Sitzungen während den beiden folgenden Jahren die Revision der Verordnung. Am 18. Oktober 1933 wurden ihre Vorschläge vom Großen Stadtrat genehmigt, und am 1. Januar 1934 trat die neue Verordnung in Kraft. Als wesentlichste Änderungen gegenüber der Verordnung vom 5. Oktober 1927 sind zu nennen: Sicherung des Mitspracherechtes der Stadt in bezug auf die Statuten, die Reglemente und die Beitragsfestsetzung der Vertragskassen, soweit sie die obligatorische Versicherung betreffen; Verminderung der Zahl der Beitragsgruppen von vier auf drei; Erhöhung des Kinderbeitrages in der I. Gruppe von 20 auf 24 Franken; Einschränkung der Vergütung der unerhältlichen Mitgliederprämien an die Vertragskassen auf Fälle von Bedürftigkeit; Verminderung der Pflichtleistungen (Wegfall der Erholungskuren und Entlastung von den Mietgebühren für Krankenmobilien); Einführung einer einheitlichen, für alle Vertragskassen obligatorischen Kostenbeteiligung; Aufnahme von verschärften Strafbestimmungen bei schuldhafter Nichterfüllung der Versicherungs- und Beitragspflicht.

Die für die städtischen Finanzen wichtigste Neuordnung war die Einführung des «Selbstbehaltes» von 15 Prozent, also gerade jenes Mittels, dessen bloße Anregung 7 Jahre früher aus dem Verordnungsentwurf herausgestrichen worden war. Die hochgespannten Erwartungen, die man von dieser seit 1931 bei der «Krankenpflege Zürich» erprobten Maßnahme hegte, wurden dann in der Folge einigermaßen enttäuscht. Die Ausgaben je Mitglied sanken zwar im ersten Jahr der neuen Ordnung auf 44.72 Franken, jedoch bis 1937 waren sie schon wieder auf 48.21 Franken und 1938 sogar auf 49.12 Franken hinaufgeklettert. Die städtischen Aufwendungen erhöhten sich von 1931 bis 1940 um 800 000 Franken, was allerdings hauptsächlich auf den starken Mitgliederzuwachs zufolge der Eingemeindung von 1934 zurückzuführen war. Schon im Herbst 1934 sah sich die Stadt im Zusammenhang mit andern Sparmaßnahmen gezwungen, einen weitern Stein aus dem stolzen Versicherungsgebäude herauszubrechen durch die vorläufige Aufhebung der Zahnpflege als Pflichtleistung der Vertragskassen. Damit konnte

der Gemeindebeitrag um 4 Franken in der I. und II. Gruppe vermindert werden, wodurch eine Einsparung von ungefähr einer halben Million Franken im Jahr erzielt wurde.

1936, zwei Jahre nach der Neuordnung, war bereits wieder ein Ausschuß der Krankenversicherungskommission an der Ausarbeitung von Vorschlägen zur Abänderung der Verordnung. Die Arbeiten wurden nach der Abwertung bis zum Eintritt übersichtlicherer Wirtschaftsverhältnisse eingestellt. 1938 wurden die Vertragskassen und die Ärztegesellschaft um Meinungsäußerung zur Revision der Krankenversicherung ersucht, und ein Bericht des Amtes für Sozialversicherung (wie das Krankenversicherungsamt seit 1938 genannt wird) in Aussicht gestellt. Der Kriegsausbruch hat auch unter diese Bestrebungen einen vorläufigen Schlußstrich gesetzt.

DIE GELTENDE GESETZGEBUNG

Wie wir im vorhergehenden Kapitel dargelegt haben, stützt sich die stadtzürcherische Verordnung auf das kantonale Einführungsgesetz vom 6. Juni 1926; dieses wieder beruht auf dem Bundesgesetz vom 13. Juni 1911, und das Bundesgesetz fußt auf einem am 26. Oktober 1890 von Volk und Ständen beschlossenen Verfassungsartikel. Dieser Artikel 34^{bis} der Bundesverfassung lautet: «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.»

Das Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911 ist für die Krankenversicherung im wesentlichen bloßes Subventionsgesetz. Eine Bundesunterstützung können nur «anerkannte» Krankenkassen erhalten, und die Anerkennung ist an eine ganze Reihe von Bedingungen geknüpft, die im Gesetz festgelegt sind. Sie betreffen die Wahrung des genossenschaftlichen und des schweizerischen Charakters, die Sicherheit der Kasse, die Voraussetzungen und die Pflicht der Mitgliederaufnahme sowie die Mindestleistungen und ein paar besondere Auflagen. Die vorgeschriebenen Mindestleistungen bestehen in ärztlicher Behandlung und Arznei oder in einem täglichen Krankengeld von 1 Franken,

und zwar während wenigstens 180 im Laufe von 360 aufeinanderfolgenden Tagen.

Wie schon erwähnt, delegiert das Bundesgesetz das Recht der Einführung einer Versicherungspflicht an die Kantone, die es an die Gemeinden weitergeben können. Kantone oder Gemeinden, die von diesem Recht Gebrauch machen, können zu diesem Zwecke öffentliche Kassen einrichten, müssen dabei aber die bestehenden Krankenkassen berücksichtigen. Die freie Ärztewahl ist insofern gewährleistet, als jedem Arzt das Recht zusteht, einem zwischen Kassen und Ärzten bestehenden Vertrag beizutreten.

Die gewährten Bundesbeiträge an die anerkannten Krankenkassen belaufen sich auf 3½ Franken für Kinder unter 15 Jahren und für Männer, und auf 4 Franken für Frauen, falls Krankengeld oder Krankenpflege gewährt wird, und auf 5 Franken, falls die Kasse beides zusammen leistet. Eine weitere Erhöhung tritt ein bei längerer Erstreckung der Leistungsdauer. Ferner werden Gebirgszuschüsse und Beiträge für Wöchnerinnen gewährt. Die Beträge sind infolge der Geldentwertung und aus andern Gründen längst zu klein geworden, und darum wird seit Jahren eine Revision des Gesetzes verlangt. Schließlich zahlt der Bund bis einen Drittel der Kosten, die den Kantonen und Gemeinden aus der Übernahme von Beiträgen «dürftiger» (!), obligatorisch versicherter Kassenmitglieder erwachsen. Im Gegensatz zu den meisten ausländischen Gesetzen, die einen kleinern oder größern Arbeitgeberbeitrag verlangen, ist dieser nach dem Bundesgesetz im Zusammenhang mit dem Obligatorium unstatthaft.

Die markantesten Artikel des Bundesgesetzes seien hier im Wortlaut wiedergegeben:

Art. 1. Der Bund fördert nach Maßgabe dieses Gesetzes die Krankenversicherung durch Gewährung von Beiträgen an Krankenkassen.

Alle Krankenkassen, die den Anforderungen dieses Gesetzes genügen, haben Anspruch auf Bundesbeiträge; soweit das Gesetz keine weitern entgegenstehenden Vorschriften enthält, richten sich die Krankenkassen nach ihrem Gutfinden ein.

Art. 2. Die Kantone sind ermächtigt:

a) die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch zu erklären;
b) öffentliche Kassen einzurichten unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen; . . .

Es steht den Kantonen frei, diese Befugnisse ihren Gemeinden zu überlassen.

Art. 3. Die Kassen müssen ihren Sitz in der Schweiz haben.

Sie dürfen Schweizer nicht ungünstiger behandeln als andere Mitglieder.

Sie haben die Krankenversicherung nach den Grundsätzen der Gegenseitigkeit zu betreiben.

Sie müssen Sicherheit dafür bieten, daß sie die übernommenen Verpflichtungen erfüllen können.

Es steht ihnen frei, neben der Krankenversicherung noch andere Versicherungsarten zu betreiben.

Die Anerkennung darf einer Kasse nicht deswegen verweigert werden, weil ihre Statuten die Aufnahme von der Zugehörigkeit zu bestimmten Berufen oder Betrieben oder zu einer bestimmten Konfession oder politischen Partei abhängig machen.

Art. 12. Die Kassen haben ihren Mitgliedern wenigstens ärztliche Behandlung und Arznei oder ein tägliches Krankengeld zu gewähren, das bei gänzlicher Erwerbsunfähigkeit mindestens 1 Franken betragen soll.

Art. 35. Der Bund zahlt den Kassen, auf das Mitglied und auf das ganze Jahr berechnet, folgende Beiträge:

a) für versicherte Kinder bis und mit dem Jahre, in dem sie das 14. Altersjahr zurücklegen, 3 Franken und 50 Rappen;
b) für andere Mitglieder: 3 Franken und 50 Rappen für männliche und 4 Franken für weibliche Versicherte, denen die Kasse ärztliche Behandlung und Arznei oder ein tägliches Krankengeld von mindestens 1 Franken gewährt; 5 Franken für Versicherte, denen die Kasse sowohl ärztliche Behandlung und Arznei, als ein tägliches Krankengeld von mindestens 1 Franken gewährt.

Der Bund zahlt im fernern den Kassen einen Beitrag von 20 Franken für jedes Wochenbett; dieser Beitrag wird auf 40 Franken erhöht für die Wöchnerinnen, die auf das in Art. 14, Abs. 4 vorgesehene Stillgeld Anspruch haben.

Das kantonale Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung, vom 6. Juni 1926, umschreibt in der Hauptsache den Rahmen, innerhalb welchem sich die Gemeinden halten müssen, wenn sie auf ihrem Boden den Versicherungszwang einführen wollen. Für die Versicherungspflicht werden Einkommensgrenzen angesetzt, und zwar eine niedrigere für den Normalfall und eine höhere für Gemeinden, die den Kreis der Versicherten weiter ziehen wollen. Als Normalfall ist die Versicherungspflicht für alle Einzelpersonen und Familien mit höchstens 2400 bzw. 2800 Franken vorgesehen; die Grenze darf aber für Einzelpersonen bis auf 4000 Franken ausgedehnt werden, für Familien mit Kindern um weitere 400 Franken für jedes Kind bis zum Höchstbetrag von 6000 Franken. Als Einkommen gilt das versteuerte Einkommen, vermehrt um einen Zehntel des versteuerten Vermögens.

Bei der Durchführung der obligatorischen Versicherung ist das kantonale Einführungsgesetz gegenüber der Gründung öffentlicher Kassen noch zurückhaltender als das Bundesgesetz. Eine solche Gründung ist einer Gemeinde nur gestattet, sofern es ihr «nicht möglich ist, die Versicherung durch Vereinbarungen mit privaten anerkannten Krankenkassen durchzuführen» (§ 11). Besondere Erwähnung verdient noch § 17, der den mit der Durchführung des

Obligatoriums betrauten Kassen vorschreibt, «Maßnahmen gegen mißbräuchliche Beanspruchung der Kassenleistungen zu treffen».

Bezüglich der Versicherungsleistungen wird das Hauptgewicht auf die Gewährung von ärztlicher Behandlung und Arznei gelegt, die im Bundesgesetz alternativ neben der Krankengeldversicherung aufgeführt, vom Kanton jedoch als unabdingbare Mindestleistung verlangt wird. Sie darf versicherungspflichtigen Mitgliedern von den Krankenkassen auch dann nicht vorenthalten werden, wenn diese infolge «Dürftigkeit» ihre Beiträge nicht entrichten können. Für dadurch entstehende Verluste haben die Gemeinden aufzukommen, wobei ihnen das Rückgriffsrecht auf die Schuldner zusteht.

Die Staatsbeiträge bestehen aus einem Zuschuß von jährlich 2 Franken für jede dem Obligatorium unterstellte Person, aus einem Zuschuß zum Bundesbeitrag an die Kosten des Wochenbettes und an das Stillgeld, aus der Übernahme von einem Drittel der Auslagen, die den Gemeinden aus der Deckung der nicht einbringlichen Beiträge erwachsen und schließlich aus einem Beitrag von jährlich 1 Franken für alle freiwillig versicherten Einwohner jener Gemeinden des Kantons, die das Obligatorium noch nicht eingeführt haben.

Die wichtigsten Paragraphen des Einführungsgesetzes lauten:

§ 1. Die politischen Gemeinden sind befugt, nach Maßgabe des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911 sowie der nachstehenden Bestimmungen, die obligatorische Krankenversicherung einzuführen.

§ 2. Führt eine Gemeinde die obligatorische Versicherung ein, so erstreckt sich die Versicherungspflicht:

a) auf Familien mit ihren Kindern unter 18 Jahren, wenn ihr jährliches Gesamteinkommen den Betrag von 2800 Franken nicht übersteigt;
b) auf Einzelpersonen, deren jährliches Einkommen den Betrag von 2400 Franken nicht übersteigt;
c) auf alleinstehende unmündige Personen, sofern ihre unterstützungspflichtigen Verwandten nicht mehr als 2800 Franken Einkommen haben.

Als Einkommen gilt das versteuerte Einkommen vermehrt um einen Zehntel des versteuerten Vermögens.

§ 3. Die Gemeinden sind berechtigt, die Versicherungspflicht auf Einzelpersonen und Familien auszudehnen, deren Gesamteinkommen 4000 Franken nicht übersteigt.

Gehören zur Familie unmündige Kinder, so darf die Einkommensgrenze für jedes Kind, welches das 18. Altersjahr noch nicht zurückgelegt hat, um 400 Franken bis zum Betrage von 6000 Franken erhöht werden.

§ 9. Die Gemeinden übertragen die Krankenversicherung privaten anerkannten Krankenkassen oder Verbänden solcher Krankenkassen (Vertragskrankenkassen).

Alle anerkannten Krankenkassen, die im Gebiete der Gemeinde tätig sind, haben das Recht, an solchen Vereinbarungen teilzunehmen, sofern ihre Verwaltung

dafür Gewähr bietet, daß sie ihren vertraglichen Verpflichtungen nachzukommen vermögen.

§ 11. Ist es einer Gemeinde nicht möglich, die Versicherung durch Vereinbarungen mit privaten anerkannten Krankenkassen durchzuführen, so hat sie eine oder mehrere öffentliche Krankenkassen zu gründen.

§ 18. Die obligatorische Versicherung muß wenigstens die Gewährung von ärztlicher Behandlung und Arznei umfassen. Als versichert gilt, wer Mitglied einer öffentlichen oder privaten Krankenkasse ist, die mindestens ärztliche Behandlung und Arznei gewährt.

Die Gemeinden sind berechtigt, die Versicherung auf weitere Leistungen auszudehnen.

§ 23. Der Kanton gewährt den öffentlichen und anerkannten privaten Krankenkassen neben den ihnen zukommenden Leistungen des Bundes für jede obligatorisch für ärztliche Behandlung und Arznei versicherte Person jährlich 2 Franken.

In den Fällen, in denen der Bund gemäß Art. 35 des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung einen Beitrag an die Kosten des Wochenbettes und an das Stillgeld gewährt, leistet der Kanton einen weiteren Beitrag von je 10 Franken. Der Beitrag an das Stillgeld kommt den Wöchnerinnen zu.

§ 24. Der Kanton vergütet den Gemeinden einen Drittel der Auslagen, die ihnen aus der Übernahme von Beiträgen an bedürftige, obligatorisch versicherte Personen gemäß § 21, Abs. 2 erwachsen.

§ 25. Bis zur Einführung der obligatorischen Versicherung durch die Gemeinden bezahlt der Kanton den anerkannten Krankenkassen für die im Kanton Zürich wohnenden Mitglieder jährlich 1 Franken.

Die revidierte städtische Verordnung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 5. September 1934 nützt den durch das kantonale Einführungsgesetz gegebenen Rahmen in vollem Maße aus. Versicherungspflichtig sind danach alle Familien und Einzelpersonen, deren Einkommen 4000 Franken nicht übersteigt, wobei die Grenze des Einkommens für jedes unmündige Kind um 400 Franken heraufgesetzt wird, bis zum Höchstbetrag von 6000 Franken.

Ausgenommen von der Versicherungspflicht sind, neben gewissen unterstützten Angehörigen von nichtpflichtigen Personen und neben Anstaltsversorgten, die über 65-Jährigen, sofern sie nicht bereits vorher einer anerkannten Kasse angehörten. Die Versicherungspflicht beginnt im übrigen erst 12 Monate nach erfolgter Anmeldung bei der Einwohnerkontrolle. Sie kann nicht nur durch die Mitgliedschaft oder Rückversicherung bei einer Vertragskasse, sondern auch bei einer andern anerkannten Krankenkasse mit Krankenpflegeversicherung erfüllt werden, jedoch entfällt dann der städtische Beitrag, und es bleiben der betreffenden Kasse als Vorteile nur der zusätzliche Franken und die Spezialbeiträge des Kantons. Neben den 182 600 bei Vertragskassen obligatorisch Versicherten haben Ende 1940 11 072 Personen ihre Versicherungspflicht bei andern Kassen erfüllt.

Die Erfüllung der Versicherungspflicht wird vom Krankenversicherungsamt aus überwacht. Alle Kassen, die obligatorisch versicherte Mitglieder haben, sind verpflichtet, deren Mutationen dem Krankenversicherungsamt zu melden. Versicherungspflichtige Personen, die sich nicht vor Ablauf des zwölften Monats seit ihrer Niederlassung über die Erfüllung ihrer Versicherungspflicht ausweisen, werden vom Krankenversicherungsamt zwangsweise einer Vertragskasse überwiesen. Diese Zuteilung erfolgt nach dem Alphabet der Geschlechtsnamen, und zwar sind den verschiedenen Kassen je nach ihrer Mitgliederzahl «umfangreiche» Buchstaben zugeordnet. Gewöhnlich muß etwa ein Viertel bis ein Drittel der in einem Jahr in die Versicherungspflicht Eintretenden zwangsweise zugeteilt werden. Mitte der dreißiger Jahre stieg der Anteil bis fast auf zwei Fünftel.

Die Durchführung der Versicherung geschieht durch Vertragskassen. Um in den Vertrag aufgenommen zu werden, muß eine Kasse vom Bund anerkannt und auf dem Gebiete der Stadt tätig sein; zudem muß sie für die Verpflichtungen aus dem Vertragsverhältnis hier Gerichtsstand haben, was für Kassen mit auswärtigem Sitz nicht selbstverständlich ist. Die Kasse muß ferner Gewähr bieten, daß sie ihre vertraglichen Verpflichtungen erfüllen kann, was bei kleinen Kassen eher fraglich erscheint, weshalb diese durch ein Mitgliederquorum zum vornherein ausgeschlossen sind. Die Mindestzahl der in Zürich wohnenden Mitglieder ist auf 10 000 festgesetzt. Die Vertragskassen sind verpflichtet, alle Versicherungspflichtigen vorbehaltlos aufzunehmen. Ihre Statuten und Reglemente sowie die Beitragsfestsetzung unterliegen, soweit sie die obligatorische Versicherung betreffen, der Genehmigung durch den Stadtrat.

Als wichtiges Organ zur Durchführung der Versicherung wird vom Stadtrat die Krankenversicherungskommission bestellt, die aus einer Vertretung der Stadt, je einem Vertreter jeder Vertragskasse sowie der Ärzte, der Zahnärzte, der Apotheker, der Heilanstalten und zwei weitern Interessenvertretern besteht. Sie hat für eine zweckmäßige, wirtschaftliche Durchführung der Versicherung zu sorgen und die städtische Amtsstelle zu beraten. Als die im Gesetz vorgesehenen Vertreter weiterer Interessen sitzen gegenwärtig in der Kommission je ein sozialistisches und ein bürgerliches Mitglied des Gemeinderates. Die Krankenversicherungskommission hielt seit ihrer Konstituierung im Jahre 1927 bis Ende 1936 im

ganzen 31 Sitzungen ab. Seither ist sie nur noch im Jahr 1940 zusammengetreten, und zwar zu zwei Sitzungen.

Die von den Vertragskassen geforderten Leistungen an die obligatorisch versicherten Mitglieder im Krankheitsfall gehen heute, nachdem manches in der ersten Begeisterung Beschlossene abgebaut werden mußte, immer noch weit über das im Bundesgesetz Geforderte hinaus. Zwar wurde von einer Krankengeldversicherung ganz abgesehen, aber die Krankenpflege erstreckt sich nicht nur auf die Gewährung von ärztlicher Behandlung und Arznei, sondern auch auf Spitalpflege im Kantonsspital und in der kantonalen Frauenklinik, sowie auf entsprechende Kostenbeiträge für Spitalpflege in andern Heilanstalten und in Lungenheilstätten, ferner auf den Beistand der Hebammen und ein Stillgeld von 30 bzw. 50 Franken (neben jenem von Bund und Kanton), schließlich nach speziellem Reglement auf Heilanwendungen und Heilmittel, die nicht zur bundesgesetzlichen Krankenpflege gehören, und auf die Übernahme der Transportkosten ins Krankenhaus auf Stadtgebiet.

Die Dauer der Genußberechtigung kann auf 360 Tage im Laufe von 540 aufeinanderfolgenden Tagen begrenzt werden, falls eine weitere Behandlung keine Besserung erwarten läßt. Besteht Aussicht auf Besserung, so muß ärztliche Behandlung und Arznei unbeschränkt weiter gewährt werden, Anstaltsbehandlung noch 180 Tage nach Ablauf einer Unterbrechung von sechs Monaten. Noch weitergehende Ausdehnung ist für Tuberkulose vorgesehen und seit 1940 allen Vertragskassen vorgeschrieben. Den Krankheiten sind Unfälle prinzipiell gleichgestellt, soweit nicht Unfallkassen für die notwendigen Leistungen aufkommen.

Als bescheidener Anfang im Sinne vorbeugender Maßnahmen ist den über 45-jährigen Versicherten das Recht gewährt, sich jährlich einmal zum Zwecke der Vorbeugung untersuchen zu lassen. Arbeiter, die beruflich mit Giften in Berührung kommen, haben dasselbe Recht zweimal jährlich.

An die von den Kassen gewährten Leistungen haben die Mitglieder einen Anteil von 15 Prozent — das Bundesgesetz gestattet den Kassen einen «Selbstbehalt» bis zu 25 Prozent — in Form der Kostenbeteiligung selber zu tragen. Davon ausgenommen sind die Kosten des Wochenbettes, die Stillgelder, die Transportkosten.

Die Beiträge der Stadt an die Kosten der Versicherung sind abgestuft nach dem Einkommen der Versicherten. Diese werden dafür in drei Gruppen eingeteilt, wie folgt:

Beitragsgruppen der Krankenpflegeversicherung

	Einzelpersonen	Familien ohne Kinder	Familien mit 1 Kind	Familien mit 2 Kindern	u. s. f.
			Einkommen in Franken		
Gruppe I	bis 1600	bis 2600	bis 3000	bis 3400	bis 6000
» II	1601–2200	2601–3300	3001–3700	3401–4100	bis 6000
» III	2201–4000	3301–4000	3701–4400	4101–4800	bis 6000

Die Stadt zahlt für jedes obligatorisch versicherte Kind unter 18 Jahren in Gruppe I 20, in Gruppe II 11 und in Gruppe III 4 Franken jährlich. Für Erwachsene zahlt sie 14 Franken in der I. und 6 Franken in der II. Gruppe, und dazu für jedes weibliche Mitglied in allen drei Gruppen einen jährlichen Zuschlag von 6 Franken. Damit soll das bedeutend größere Krankheitsrisiko der Frauen etwas ausgeglichen werden.

Die Stadt übernimmt ferner die Ausgaben für die vorbeugenden Untersuchungen, das volle städtische Stillgeld und schließlich die Bezahlung der wegen Bedürftigkeit unerhältlichen Mitgliederbeiträge, woran der Kanton einen Drittel leistet und der Bund laut einer besondern Abmachung praktisch etwas mehr.

Als Druckmittel gegenüber schuldhaften Nichtzahlern von Beiträgen oder Kostenbeteiligung kann diesen die Arztwahl entzogen und die Behandlung auf Polikliniken beschränkt werden. Das wird jedes Jahr in einer Anzahl von Fällen ausgeführt. Ende 1940 standen 4945 Personen unter dieser Maßregelung.

Für die durch die Beiträge von Bund, Kanton und Gemeinde nicht gedeckten Kosten der Versicherung haben die Mitglieder mit ihren Beiträgen aufzukommen. Darüber hinaus soll noch eine Reserve angesammelt werden, die nach bundesrechtlicher Auffassung grundsätzlich mindestens einer durchschnittlichen Jahresausgabe gleichkommen soll.

DIE VERSICHERUNGSTRÄGER

Das Bundesgesetz und das kantonale Einführungsgesetz lassen die Frage offen, wem die Durchführung der obligatorischen Versicherung zu übertragen sei, ob öffentlichen oder privaten Krankenkassen. Der Kanton stellt immerhin die privaten Kassen in den Vordergrund, indem er die Gründung von öffentlichen Kassen nur gestattet, wenn «es einer Gemeinde nicht möglich ist, die Versicherung durch Vereinbarungen mit privaten anerkannten Kranken-

kassen durchzuführen». In der übrigen Schweiz bilden die öffentlichen Kassen durchaus nicht die Ausnahme. Von 17 Kantonen mit kantonalen oder gemeindlichen Obligatorien haben 8 nur öffentliche Kassen und 6 weitere überlassen die Entscheidung ohne Präjudiz den Gemeinden; nur Zürich und Thurgau stellen die privaten Kassen ausdrücklich in erste Linie.

Der Grund, warum in Zürich der Gedanke einer kommunalen Kasse so wenig Zugkraft besaß, liegt wohl hauptsächlich darin, daß hier die Initiative und die Vorarbeiten für das Obligatorium maßgeblich von Krankenkassenkreisen ausgingen und gefördert wurden. Eine Kommission der Krankenkassen war es, die 1917 in einer Eingabe die obligatorische Versicherung verlangte und die dann auch zuhanden des Stadtrates Vorschläge über die Durchführung ausarbeitete. Die Persönlichkeit, die der Zürcher obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu Gevatter gestanden ist, Dr. Hermann Häberlin (1862–1938; 1920–1932 Mitglied des Stadtrates, Vorstand des Gesundheitsamtes), war selber langjähriger Präsident der «Krankenpflege Zürich» gewesen, einer Kasse, die auf dem Gebiete der Krankenpflegeversicherung Pionierarbeit geleistet hat.

Der zweite eifrige Schrittmacher des Zürcher Obligatoriums, der spätere Vorsteher des Krankenversicherungsamtes, Emil Schultheß, war zwar ebenfalls Kassenvertreter, aber doch ein Freund großzügiger Lösungen. Zu wiederholten Malen machte er Vorstöße in der Richtung einer zentralisierten Organisation, unter weitgehender Ausschaltung der Autonomie der einzelnen Kassen. Noch 1932 schlug er der Krankenkassenkommission zur Revision der Verordnung die Schaffung einer öffentlichen Kasse vor, der alle vergeblich zum Eintritt in eine Vertragskasse Aufgeforderten und ferner alle mit dem Beitrag rückständigen Vertragskassenmitglieder zwangszugeteilt werden sollten. Davon versprach er sich eine Vereinfachung der Beitragseintreibung wie der ganzen Verwaltung überhaupt und damit eine wesentliche Verbilligung der Verwaltungskosten. In seinem formulierten Entwurf einer neuen Verordnung vom Mai 1932 überspitzte er diese Tendenzen dann soweit, daß die Vertragskassen überhaupt ausgeschaltet worden wären. Bevor dieser Entwurf zur Sprache kam, starb Schultheß (1932) an einem Autounfall, und seine Vorschläge fanden keine Unterstützung. Den letzten Versuch zur Einführung einer öffentlichen Kasse machte 1940 der neue Vorsteher des Amtes für Sozialversicherung, Alfred Acker, doch stieß er abermals auf allgemeine Ablehnung. —

Es ist wohl begreiflich, daß die 9 Vertragskassen, die von Anbeginn an die Durchführung der Zürcher obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen haben und zu diesem Zwecke allerlei Umstellungen und Anpassungen über sich ergehen ließen, sich gegen ihre Absetzung zur Wehre setzen. Trotzdem die 9 Kassen nach Art und Charakter sehr verschieden sind, haben sie die gemeinsame Aufgabe doch recht einheitlich und praktisch gelöst. Die Anpassung an die Vertragsbedingungen hat natürlich die Eigenart der verschiedenen Kassen in mancher Hinsicht verwischt oder ganz aufgehoben. So ist die Konkurrenz in den Mitgliederbeiträgen, die man als einen besondern Vorteil des Vertragskassensystems bezeichnete, heute so gut wie ganz verschwunden, indem alle Kassen mit ein paar kleinen Ausnahmen genau die gleichen Mitgliederbeiträge erheben. Ferner ist jede Vertragskasse verpflichtet, jede versicherungspflichtige Person als Mitglied aufzunehmen, d. h. jede Kasse gehört damit zum Typus der «offenen Kassen», im Gegensatz zu den betrieblich, beruflich, konfessionell und politisch gebundenen Kassen. Deswegen können die Kassen aber doch ihre ursprüngliche Wesensart nicht ganz verleugnen. Es sei darum hier mit ein paar Strichen das Besondere jeder Kasse angedeutet.

Die älteste der neun Vertragskassen, eine der ältesten Krankenkassen der Schweiz überhaupt, ist die Industriekrankenkasse, die aus der Betriebskrankenkasse Escher Wyß & Co. hervorgegangen ist und 1831 gegründet wurde als «Kranken-, Invaliden- und Sterbecassa für die erwachsenen Mitglieder in der Neumühle männlichen Geschlechts». Sie war früher eine Betriebskrankenkasse, die nur den Arbeitern und Angestellten der Maschinenfabrik Escher Wyß & Co. offenstand. Seit 1920 war die Mitgliedschaft für die Belegschaft des Betriebes obligatorisch. Ursprünglich bezahlte die Kasse im Krankheitsfall nur ein Taggeld. Seit 1892 wurden die Arzneikosten übernommen und seit 1897 die übrige Krankenpflege. Von 1903 bis 1911 wurde die Krankenpflegeversicherung nicht mehr selber betrieben, sondern durch Vertrag einer andern Kasse, der «Krankenpflege Zürich», übertragen. 1918 wurde für die Angehörigen der Mitglieder die Familienversicherung der Betriebskrankenkasse Escher Wyß gegründet, die 1927 etwas über 5000 Mitglieder zählte und damit das damals von einer Vertragskasse geforderte Quorum erreichte, währenddem die Betriebskrankenkasse selber nur 2200 Mitglieder zählte. Die Familienversicherung unterzog sich 1928 den Vertragsbedingungen des Zürcher Obligatoriums und wurde

als «Krankenpflegekasse Escher Wyß & Co.» Vertragskasse. 1933 änderte sie noch einmal ihren Namen ab in die heute geltende Bezeichnung. Sie zählt heute rund 13 000 obligatorisch versicherte Mitglieder und steht damit an siebenter Stelle der neun Vertragskassen. Sie vereinigt 7,2 Prozent aller obligatorisch Versicherten auf sich, gegen 1929 erst 4,2 Prozent.

Während die besprochene Kasse von der Maschinenindustrie herkommt, hat die zweitälteste und größte der Vertragskassen, die Gewerbekrankenkasse, vormals Baugewerbekasse Zürich, ihre Wurzeln im Baugewerbe. Sie trat unter dem Seite 5 erwähnten ersten Zürcher Obligatorium als «Krankenunterstützungsverein der Maurer und Lehrlinge» im Jahre 1851 ins Leben. Die Mitglieder erhielten gegen einen Beitrag von 60 Rappen in vier Wochen eine wöchentliche Entschädigung von 6 Franken im Krankheitsfall während 6 Monaten. Bis 1904 blieb es bei der Taggeldversicherung. 1905 wurde mit der «Krankenpflege» ein Vertrag abgeschlossen, wonach diese gegen eine Vergütung von 1 Franken je Mitglied und Monat die Krankenpflegekosten der Gewerbekrankenkassen-Mitglieder übernahm. Seit 1912 betreibt die Gewerbekrankenkasse die Krankenpflegeversicherung selber. Die Kasse gibt sich hauptsächlich mit Kollektivversicherung ab, indem Baufirmen ihre ganze Arbeiterschaft bei der Kasse gegen Krankheit und seit 1888 auch gegen Unfall versicherten. So nahmen, anscheinend von allem Anfang an, die Meister des Baugewerbes Anteil an den Geschicken der Kasse; sie waren selber Mitglieder, hielten ihre eigenen Versammlungen ab und wählten ihre Vertreter in den Vorstand. Das ist heute noch so, nur daß sich ihre Mitwirkung beschränkt auf die Verwaltung des von ihnen geschaffenen Altersfonds, die Wahl von zwei Vertretern in den Vorstand und von 6 Mitgliedern (wovon 2 Vertreter der Stadt als Arbeitgeberin) in den Ausschuß der Krankenkasse, wozu ihnen die Statuten immer noch das Recht geben. Seit 1893 hat die städtische Verwaltung stets für einen großen Teil ihrer Arbeiter Kollektivverträge mit der Gewerbekrankenkasse abgeschlossen. Heute zählt die Kasse rund 42 000 obligatorisch versicherte Mitglieder, womit sie, neben der «Helvetia», allen übrigen Kassen um mehr als das Doppelte voraus ist und 23 Prozent aller obligatorisch Versicherten in Zürich umfaßt.

Ungefähr gleich alt wie die Gewerbekrankenkasse ist die Allgemeine Krankenkasse Zürich. Sie wurde 1856 durch die «Hülfsgesellschaft in Zürich» gegründet und befaßte sich anfangs

hauptsächlich damit, den Mitgliedern durch deren Beiträge und durch freiwillige Zuwendungen von anderer Seite im Krankheitsfalle Spitalpflege zu gewähren. Sie bezahlte zwar in den ersten Jahren auch schon Arzt und Arznei, mußte dies aber infolge Finanzschwierigkeiten bald einstellen. Später wurde die Bezahlung der Apothekerrechnungen wieder aufgenommen, und 1861 wurden versuchsweise zwei Vereinsärzte für die Behandlung der erkrankten Kassenmitglieder eingestellt, welche Einrichtung sich sehr bewährte und bis zur Einführung des Bundesgesetzes, das die freie Arztwahl verlangt, beibehalten wurde. Es handelt sich hier also von Anfang an um eine ausgesprochene Krankenpflegeversicherung, währenddem die Auszahlung von Taggeld erst 1935 aufgenommen wurde. Die Kasse zählt heute rund 13 000 Mitglieder im Obligatorium, das sind 7,3 Prozent, gegen 9,7 Prozent 1929.

Hatten wir es bisher mit rein zürcherischen Kassen zu tun, so ist die vierte der ins letzte Jahrhundert zurückreichenden Vertragskassen, die Grütlikrankenkasse, eine sogenannte zentralisierte Kasse, deren Tätigkeitsgebiet die ganze Schweiz umfaßt. Sie wurde 1873 durch den Schweizerischen Grütliverein gegründet, bestand während langer Zeit nur aus Mitgliedern dieses Vereins, später noch aus gewerkschaftlich oder sozialdemokratisch organisierten Arbeitern. Seit 1922 ist sie jedoch eine offene, politisch und konfessionell neutrale Kasse. Im gleichen Jahre wurde auch eine Beitrags- und Leistungsklassenordnung eingeführt, die als erste Klasse die Krankenpflege enthält, währenddem früher lange Zeit nur Taggeld ausbezahlt wurde. Mit einem Bestand von 11 000 obligatorisch Versicherten (6,2 Prozent) ist die Grütlikrankenkasse gegenwärtig die kleinste Zürcher Vertragskasse.

Ebenfalls als Schöpfung der Arbeiterbewegung ist die Krankenkasse Union anzusprechen, die heute noch ihren Sitz im Volkshaus hat, obschon ihre Statuten bereits seit 1910 nur noch durch die Bestimmung des «Volksrechts» als Publikationsorgan und der Arbeiter-Union als Vermögensverwalterin im Liquidationsfall einen Zusammenhang mit der politischen und gewerkschaftlichen Arbeiterbewegung aufweisen. Die Kasse wurde 1904 gegründet, zur Hauptsache aus Mitgliedern der zur gleichen Zeit liquidierenden Allgemeinen Gewerkschaftskrankenkasse (gegründet 1876). Bis 1910 konnten nur Gewerkschafts- und Parteimitglieder aufgenommen werden, seither ist die Kasse eine offene. Nach der Zahl der obligatorisch versicherten Mitglieder steht sie mit rund 18 000 an dritter

Stelle der Vertragskassen, im Range hart bedrängt von der Christlichsozialen Kasse, die heute 9,3 Prozent aller obligatorisch Versicherten umfaßt, währenddem die Krankenkasse Union 1929 noch 13,2, dagegen 1940 nur noch 9,7 Prozent auf sich vereinigte.

Die Zürcher Sektion der Christlichsozialen Krankenkasse ist im gleichen Jahr (1904) wie die eben besprochene Kasse gegründet worden, damals noch als selbständige Kasse tätig, seit 1914 als Bestandteil der zentralisierten christlichsozialen Kranken- und Unfallkasse der Schweiz. Diese ist heute noch, abgesehen vom Obligatorium, eine geschlossene Kasse, bei der nur Mitglied werden kann, wer «auf dem Boden der positiven christlichen Weltanschauung» steht. Die zentralisierte Kasse wurde 1914 gegründet und zählte Ende 1939 124 000 Mitglieder in 438 Sektionen. Die Zürcher Sektion hat 17 000 obligatorisch versicherte Mitglieder.

Ebenfalls eine katholische Gründung ist die Krankenkasse Konkordia, die als zentralisierte Kasse aus dem gleichen Jahre stammt wie die christlichsoziale, währenddem die Zürcher Sektion schon 1879 als «Katholische Genossenschaftskrankenkasse Zürich» ins Leben trat. Ist die Christlichsoziale Krankenkasse ein «Glied des christlichsozialen Arbeiterbundes der Schweiz», so die Krankenkasse Konkordia ein Kind des Schweizerischen katholischen Volksvereins. Sie hat 290 Sektionen mit rund 90 000 Mitgliedern; die Zürcher Sektion zählt 12 000 obligatorisch Versicherte (6,4 Prozent). In den ersten beiden Jahren des Zürcher Obligatoriums hatten sich die Christlichsoziale Krankenkasse und die Konkordia zusammen mit der Kolping-Krankenkasse in Zürich im katholischen Krankenkassenverband zusammengeschlossen, weil sie einzeln die für eine Vertragskasse verlangte Mindestzahl von 5000 Mitgliedern nicht erreichten.

In der Krankenkasse Helvetia haben wir die vierte zentralisierte unter den Zürcher Vertragskassen, und zugleich die größte Krankenkasse der Schweiz. Sie wurde 1900 gegründet von dissidenten Mitgliedern der Allgemeinen schweizerischen Krankenkasse (gegründet 1893) und zählt heute in der ganzen Schweiz 200 000 Mitglieder in 491 Sektionen. In Zürich steht sie als Vertragskasse an zweiter Stelle mit 41 000 obligatorisch Versicherten (22,8 Prozent), ein paar hundert weniger als die Gewerbekrankenkasse.

Eine Krankenkasse besonderer Art ist schließlich die Krankenpflege Zürich. Zu einer Zeit, da die Krankenversicherung noch fast ausschließlich Lohnausfallversicherung war, erkannte der initia-

tive Arzt und Politiker Dr. Hermann Häberlin die Notwendigkeit einer Förderung der Krankenpflege. Er gründete 1901 mit einigen weitern Ärzten unter Beihilfe gemeinnütziger Kreise nach dem Vorbild der «Krankenpflege Basel» eine Kasse, die sich auf die Krankenpflege spezialisierte (heute versichert sie auch für Krankengeld) und in mancher Beziehung wegweisend vorging. Neben den Versicherten nimmt die Krankenpflege Zürich noch freie Mitglieder auf, die ihr Interesse an der Kasse durch ihre Mitarbeit und einen Beitrag bekunden, ohne die Leistungen zu beanspruchen. Diese freiwilligen Beiträge haben der Kasse über die Anfangsschwierigkeiten hinweggeholfen; heute sind sie jedoch ziemlich bedeutungslos. Anhaltend scheint jedoch das gute Einvernehmen mit der Ärzteschaft zu sein, verkörpert in der Wirksamkeit einer Ärztekommission, die als Vertrauensinstanz den ganzen Krankenpflegebetrieb überwacht. Die enge Zusammenarbeit zwischen Versicherten und Ärzten hat ihre schönen Früchte getragen, obschon auch diese Kasse von der unaufhaltsamen Kostensteigerung der Krankenpflege nicht verschont geblieben ist. Sie führte als erste Zürcher Kasse die Kostenbeteiligung der Mitglieder ein, die nach den hier gemachten guten Erfahrungen später auch den übrigen Vertragskassen zur Pflicht auferlegt wurde und heute für alle anerkannten Kassen der Schweiz obligatorisch ist. Mit ihren 14 000 Mitgliedern umfaßt sie heute noch 7,9 Prozent aller dem Obligatorium unterstellten Personen.

So ergeben die neun Zürcher Vertragskassen, obschon sie als solche den gleichen Bedingungen unterstellt sind, auch heute noch ein buntes Bild mannigfaltiger Eigenarten.

DIE VERSICHERTEN

Die Abgrenzung der Versicherungspflicht bildet für jede obligatorische Versicherung eines der Hauptprobleme. Der Ursprung der Krankenkassen aus gegenseitigen Hilfsvereinen minderbemittelter Bevölkerungsgruppen und die Ausrichtung öffentlicher Zuschüsse legen die Ausschließung der wohlhabenden Bevölkerungskreise nahe. Es gibt aber auch Stimmen, die auf eine möglichst allgemeine Volksversicherung ausgehen, um die guten Risiken nicht von der Versicherung fernzuhalten — dabei ist es jedoch bestritten, ob die bessersituierten Kreise wirklich bessere Risiken für die Krankenkassen darstellen —, hauptsächlich aber, weil sie die «Klassen-

versicherung» als etwas Anstößiges, Undemokratisches empfinden. Die Versicherung, die sich gerade durch den Rechtsanspruch auf ihre Leistungen von der Armenfürsorge unterscheiden soll, erhält nach ihrer Ansicht durch die Beschränkung auf Bedürftige doch einen Almosengeschmack. Manche bessersituierte Kreise erkennen übrigens selber immer mehr, daß die Krankenpflegeversicherung auch für sie Vorteile hat, und schließen sich freiwillig den bestehenden Kassen an.

Diese Ausdehnung der Versicherung in die Sphäre der ärztlichen Privatpraxis stößt vor allem bei der Ärzteschaft auf heftigen Widerstand. Denn dadurch werden den Ärzten ihre lukrativen Patienten entzogen und der Kreis der zum relativ niedrigen Krankenkassentarif — von den Ärzten «Armentarif» genannt — Behandelten erweitert sich immer mehr. Auch der Fiskus kann dieser Entwicklung nicht gleichgültig zusehen. Es kann ja nicht der Sinn öffentlicher Zuschüsse sein, die Versicherungsprämien vermöglicher Bürger zu reduzieren. Anderseits bestehen die Vorteile der Krankenversicherung nicht nur im Genuß öffentlicher Unterstützungen, und es ist nicht einzusehen, warum man diese Vorteile irgend jemandem vorenthalten sollte, der bereit ist, seine Versicherung bei normalem Arzthonorar voll zu zahlen. Darum wird heute die Gründung besonderer Mittelstandskassen empfohlen.

Bei der Absteckung der Versicherungspflicht ist man jedoch gegenüber früher zurückhaltender geworden. Heute gilt ziemlich allgemein der Grundsatz, daß der Zwang zur Krankenversicherung nur jenen Bevölkerungskreisen auferlegt werden soll, die für die Kosten größerer Krankheitsfälle wirklich nicht selber aufkommen könnten. Das Problem der Abgrenzung ist aber immer noch dasselbe: welche Eigenschaft kann als Maß und Grenze der Bedürftigkeit gelten? Früher beschränkte man die Versicherungspflicht ganz allgemein auf die Unselbständig-Erwerbenden, oft auch nur auf die Handarbeiter, manchmal noch, aber nicht immer, mit Einschluß ihrer Familienangehörigen. Erst in neuerer Zeit, und zwar in der Schweiz fast allgemein, ist der Grundsatz der Volksversicherung, d. h. der Erstreckung der Versicherungspflicht auf alle Personen unter einer bestimmten Einkommensgrenze, eingeführt worden. Außer einigen Schweizerkantonen haben noch Portugal seit 1919 und Chile seit 1924 ähnliche Gesetze.

Für das zürcherische Obligatorium gibt das kantonale Einführungsgesetz einen ziemlich engen Rahmen zwischen zwei Einkom-

mensgrenzen. Wir haben bereits dargelegt, daß sich die Stadt an die obere Grenze gehalten hat, was sie sich als sozial vorbildliche Großstadt schuldig zu sein glaubte. Heute gehört zu den ernsthaft erwogenen Postulaten der Versicherungssanierung und der Verordnungsrevision die Einschränkung der Versicherungspflicht, d. h. die Herabsetzung der Einkommensgrenze. Dieser Reformvorschlag ist allerdings mehr von der Not diktiert als von besserer Einsicht, obschon auch diese ein paar Gründe geltend macht. Die Zwangsversicherung wird durchaus nicht von allen Versicherten als Geschenk betrachtet, sondern oft leidenschaftlich abgelehnt. Die Folge des als lästig empfundenen Zwangs ist dann eine hemmungslose Ausnutzung. Möglicherweise läßt sich diese bekämpfen durch Lokkerung des Zwangs. Man darf aber nicht außer Acht lassen, daß die Versicherungspflicht hauptsächlich für die unbekümmerten, vorläufig noch gesunden jungen Leute da ist, die freiwillig nicht dazu zu bewegen sind, durch frühen Beitritt zur Versicherung das mit dem Alter stets wachsende Krankheitsrisiko auszugleichen. Wenn solche junge Leute gegen das Obligatorium Sturm laufen, so ist das noch kein Beweis für dessen Unzweckmäßigkeit, sondern eher ein Zeugnis mangelnder Einsicht und Solidarität.

Die Zahl der Versicherten. Ende 1928 waren von den rund 230 500 Einwohnern Zürichs 104 300, also 45,3 Prozent, obligatorisch für Krankenpflege versichert. Seither ist die absolute Zahl der Versicherten auf 193 700, deren Anteil an der Gesamtbevölkerung unserer Stadt auf 57,4 Prozent gestiegen.

Obligatorisch Versicherte am Jahresende

Jahre	Bei Vertragskassen versichert	Bei andern anerkannten Kassen	Zusammen	In Prozent der Gesamtbevölkerung
1928	101 378	2 936	104 314	45,3
1929	102 263	2 975	105 238	43,8
1930	110 647	3 450	114 097	45,8
1931	117 653	3 983	121 636	47,2
1932	127 219	3 987	131 206	50,2
1933	133 561	3 798	137 359	51,8
1934	165 147	8 168	173 315	54,6
1935	170 723	8 524	179 247	56,2
1936	174 411	8 924	183 335	57,3
1937	175 085	9 146	184 231	57,3
1938	175 384	9 157	184 541	55,9
1939	179 286	10 154	189 440	56,2
1940	182 621	11 075	193 696	57,4

Jahr für Jahr seit 1929 hat der Prozentsatz der Versicherten zugenommen, mit Ausnahme von 1937 und 1938. Die Zahl ist naturgemäß stark konjunkturempfindlich, und die stetige Vermehrung ist die Folge andauernd schlechter Wirtschaftslage. Die kurze Aufhellung nach der Abwertung im Herbst 1936 kommt sofort in einer kleinen Senkung des Prozentsatzes der Versicherten zum Ausdruck, wie auch die noch gute Konjunktur bis 1929 den Anteil der Versicherten niedrig hielt. Seit 1938 wirft schon der Krieg seine Schatten auf die Wirtschaftsentwicklung.

Einen großen Sprung in der Zunahme der Versicherten ergab die Eingemeindung Anfang 1934. Weil die Bevölkerung der Vororte einen kleinern Einkommensdurchschnitt aufwies als jene auf dem alten Stadtgebiet, nahm mit der Eingemeindung auch die relative Zahl obligatorisch Versicherter zu. Die starke Zuwanderung im Anfang der dreißiger Jahre, die zur Hauptsache aus proletarischen Elementen bestand, trug das Ihre zur Ausdehnung der obligatorischen Versicherung bei. Statt wenig mehr als zwei Fünftel sind so im Laufe von nicht ganz anderthalb Dezennien fast drei Fünftel der Bevölkerung dem Obligatorium unterstellt worden.

Geschlecht und Alter. Von den 182 621 Ende 1940 bei Vertragskassen obligatorisch versicherten Personen waren 57 144 Männer, 83 890 Frauen und 41 587 Kinder unter 18 Jahren, das sind 31,3, 45,9 und 22,8 Prozent. Das Übergewicht der Frauen kommt von dem niedrigeren Einkommen der berufstätigen Frauen her. Das Verhältnis der drei Gruppen untereinander ist in allen Jahren ziemlich gleich geblieben. Auch die Eingemeindung hat daran nichts geändert.

Durchschnittlicher Mitgliederbestand nach Geschlecht und Alter

Jahre	Männer	Frauen	Kinder bis 18 Jahre	Zusammen
1928	19 724	31 776	14 779	66 279
1929	31 127	47 855	22 959	101 941
1930	33 511	50 525	23 638	107 674
1931	34 828	52 882	24 051	111 761
1932	38 111	57 676	25 600	121 387
1933	40 980	61 576	26 864	129 420
1934	48 851	71 233	33 991	154 075
1935	53 379	76 347	37 657	167 383
1936	54 878	78 598	39 104	172 580
1937	55 015	79 605	39 982	174 602
1938	55 262	80 059	40 125	175 446
1939	55 942	81 395	40 373	177 710
1940	56 962	83 000	41 228	181 190

Einkommensgruppen. Die Einteilung der obligatorisch Versicherten in Beitragsgruppen gestattet noch einige weitere Einblicke in die Umschichtung der Einkommen durch die wirtschaftliche Entwicklung der letzten Jahre. Nach der ersten, bis 1933 in Kraft stehenden Verordnung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung setzte sich die Versichertenmasse aus vier Gruppen zusammen; die seither geltende Verordnung begnügt sich mit der Einteilung in drei Gruppen. Bei der neuen Einteilung sind einfach die zweite und dritte der früheren Gruppen zu einer zusammengelegt worden. Dazu kommt noch der Unterschied, daß früher in der ersten bis dritten Gruppe ein Kind mit nur 300 Franken, heute aber in allen Gruppen mit 400 Franken angerechnet wird. Wenn man von Anfang an die frühere zweite und dritte Gruppe zusammenzieht, dann bleibt sich die Einteilung für die Einzelpersonen gleich, für die Familien ergeben sich kleine Unterschiede, wie hier ersichtlich ist.

Einkommensgrenzen der alten und neuen Beitragsgruppen

		Einkommensgrenzen (in Franken) bei		
		Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
Einzelpersonen		bis 1600	1601–2200	2201–4000
Familien ohne Kinder	früher	» 2600	2601–3400	3401–4000
	heute	» 2600	2601–3300	3301–4000
» mit 1 Kind	früher	» 2900	2901–3700	3701–4400
	heute	» 3000	3001–3700	3701–4400
» » 2 Kindern	früher	» 3200	3201–4000	4001–4800
	heute	» 3400	3401–4100	4101–4800

u. s. f. bis zur obern Grenze von 6000 Franken für alle Gruppen

Das Statistische Jahrbuch der Stadt Zürich enthält seit der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine Tabelle über die Zahl der versicherten Mitglieder nach den tatsächlichen Beitragsgruppen, je Männer, Frauen und Kinder für sich. Wir haben daraus die Ergebnisse für die Männer, Frauen und Kinder zusammengefaßt und die vier Gruppen vor 1934 durch Zusammenziehen der zweiten und dritten auf drei reduziert und gelangten so zur umstehenden Aufstellung. (Für das Jahr 1940 haben wir diese sowie alle weitern Jahrbuchtabellen im Anhang Seite 53 bis 56 abgedruckt — wir kommen darauf noch zurück.)

Durchschnittlicher Mitgliederbestand nach Gruppen 1928 bis 1940

Jahre	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III	Zusammen	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III	Zusammen
	Grundzahlen				in Prozenten			
1928	24 975	21 584	19 720	66 279	37,7	32,6	29,7	100
1929	41 182	31 635	29 124	101 941	40,4	31,0	28,6	100
1930	43 528	33 122	31 024	107 674	40,4	30,8	28,8	100
1931	43 047	35 240	33 474	111 761	38,5	31,5	30,0	100
1932	48 845	38 022	34 520	121 387	40,3	31,3	28,4	100
1933	56 229	39 254	33 937	129 420	43,5	30,3	26,2	100
1934	84 961	34 994	34 120	154 075	55,1	22,7	22,2	100
1935	96 644	37 243	33 496	167 383	57,7	22,3	20,0	100
1936	101 627	37 381	33 572	172 580	58,9	21,7	19,4	100
1937	107 354	35 657	31 591	174 602	61,5	20,4	18,1	100
1938	109 889	34 038	31 519	175 446	62,6	19,4	18,0	100
1939	110 108	35 146	32 456	177 710	61,9	19,8	18,3	100
1940	112 729	35 956	32 505	181 190	62,2	19,9	17,9	100

Die hier zum Ausdruck kommende Einkommensentwicklung trägt deutlich den Stempel der Krise. Die beiden höhern Einkommensklassen sind in ihrem absoluten Bestand seit 1929 sozusagen unverändert geblieben, währenddem die unterste Gruppe sich an Zahl fast verdreifacht hat. Wenn darin auch zum Teil die neue Gruppeneinteilung zur Auswirkung kommt, so ist die Entwicklung doch eindeutig genug. Seit 1934 hat der prozentuale Anteil der ersten Gruppe um rund 13 Prozent zu-, dagegen derjenige der zweiten Gruppe um 12 Prozent und derjenige der dritten um 19 Prozent abgenommen. Wir werden in einem folgenden Kapitel sehen, welche entscheidende Folgen dies auf die städtischen Beiträge hatte.

Die Kassenzugehörigkeit. Wie aus der Tabelle Seite 29 hervorgeht, waren Ende 1940 von rund 194 000 unter dem Obligatorium stehenden Personen 183 000 Mitglieder der neun Zürcher Vertragskassen, die übrigen 11 000 erfüllten ihre Versicherungspflicht bei andern anerkannten Kassen. Die gleiche Tabelle zeigt, daß die versicherungspflichtigen Mitglieder der freien Kassen stark zugenommen haben. Ende 1928 waren erst 2,8 Prozent der Pflichtversicherten bei freien Kassen, 1940 schon 5,7 Prozent. Es handelt sich bei den freien Kassen um Betriebskrankenkassen, und diese haben mit der Eingemeindung der Industrieorte Oerlikon und Albisrieden starken Zuwachs erhalten. Die Zunahme um fast 2000 in den beiden letzten Jahren hängt mit der guten Konjunktur der Maschinenindustrie zusammen.

Bei den Vertragskassen waren im Jahresmittel 1940 insgesamt 181190 Personen obligatorisch versichert. Fast die Hälfte davon (45,9 Prozent) verteilt sich gleichmäßig auf die zwei größten Zürcher Kassen, die Gewerbekrankenkasse und die Helvetia. Die übrigen sieben Vertragskassen vereinigen zwischen 6 und 10 Prozent aller bei Vertragskassen obligatorisch Versicherten auf sich. 1929 war noch je ein Fünftel der Obligatorischen bei den erwähnten zwei großen Kassen versichert und ein weiterer Fünftel bei der Krankenpflege Zürich, die jetzt nur noch 8 Prozent erreicht. Drei Kassen, die 1929 erst 4–5000 obligatorisch Versicherte zählten, nämlich die Christlichsoziale, die Industrie- und die Grütlikrankenkasse, haben diese Zahl heute verdreifacht.

Aus der Anhangtabelle Seite 52 ist zu ersehen, daß bei der Krankenpflege und der Allgemeinen Krankenkasse die Frauen mehr als die Hälfte des Mitgliederbestandes ausmachen, ungefähr doppelt so viel wie die Männer. Die gleichen beiden Kassen haben relativ am wenigsten Kinder, weniger als 20 Prozent.

Interlokale Vergleiche. Zum Schluß sei noch ein Blick auf die Versicherten in andern Gemeinden mit Obligatorium geworfen. Währenddem in Winterthur, wie in Zürich, die Versicherungspflicht für Einzelpersonen bis zur Einkommensgrenze von 4000 Franken reicht, für Familien ebenfalls bis 4000 Franken mit Steigerung für jedes Kind bis zu 6000 Franken, lauten die entsprechenden Grenzen in Thalwil 3000/3400/5400, in Wädenswil 2800/3200/5200, in Horgen 2800/3600/5000 und in Küsnacht 2400/3000/4500 Franken. In Winterthur standen Ende 1940 rund 37 000 Personen oder 60 Prozent der Wohnbevölkerung unter dem Obligatorium (gegen 57 Prozent in Zürich). In den drei erstgenannten Seegemeinden waren es 48 bis 50, in Küsnacht 28 Prozent.

Außerordentlich weit geht das Obligatorium im Kanton Basel-Stadt. Dort fallen darunter alle alleinstehenden Personen mit bis zu 4500 Franken Einkommen und die Familien mit bis zu 6000 Franken Einkommen; für jedes Kind gilt ein Zuschlag von 400 Franken. Ungefähr 145 000 Personen, 85 Prozent der ganzen Einwohnerschaft, werden dadurch erfaßt. Auch Chur steht mit 12 800 oder 74 Prozent obligatorisch Versicherten in vorderster Linie. Die übrigen Schweizerstädte mit Obligatorium bleiben mit der Zahl der Versicherten unter der Hälfte der Einwohner.

Im Deutschen Reich, das die Pflichtversicherung für alle unselbständig Erwerbenden mit weniger als 3600 Mark Einkommen (um

1930) kennt, war 1925 etwa ein Drittel der Bevölkerung pflichtversichert, wozu noch etwa ein Viertel zu Versicherungsleistungen berechtigte Familienangehörige zu zählen sind, so daß im ganzen mehr als die Hälfte des deutschen Volkes von der obligatorischen Krankenversicherung erfaßt wird. In Großbritannien ist etwas mehr als ein Drittel der Bevölkerung pflichtversichert. In den andern Ländern mit Obligatorium ist der Prozentsatz überall, abgesehen von Österreich, beträchtlich niedriger.

DIE LEISTUNGEN

Art der Leistungen. Früher verstand man unter Krankenversicherung im allgemeinen die teilweise Deckung des Lohnausfallrisikos im Krankheitsfall, also die Krankengeldversicherung. Aber schon die Lex Forrer sah gegen Ende des vergangenen Jahrhunderts in erster Linie ärztliche Pflege und Arznei als Leistungen der Krankenversicherung vor. Seither ist die Krankenpflegeversicherung immer mehr in den Vordergrund getreten, so daß das Zürcher Einführungsgesetz z. B. überhaupt nur diese für das Obligatorium vorsieht. Dementsprechend gab es für die Stadt Zürich bei Einführung der Zwangsversicherung darüber nichts mehr zu entscheiden, es konnte sich nur um die Krankenpflegeversicherung handeln.

Neben der eigentlichen Krankenpflege übernimmt die Krankenversicherung bei uns auch die Wochenhilfe. Im Zusammenhang damit steht die Ausrichtung von Stillgeldern, die mit ihren 18 Franken des Bundes, 10 des Kantons und 50 der Stadt eine großzügige Leistung sind. Trotzdem belasten sie die Kassen, wie aus der Anhangtabelle 2b hervorgeht, nur mit 1 Prozent der Gesamtausgaben. Die Krankenpflege selber besteht zur Hauptsache aus der ärztlichen Behandlung und der Gewährung von Arznei. Es ist nun das Bestreben jeder Kasse und jedes fortschrittlichen Gesetzes, neben diesen beiden vom Bundesgesetz vorgeschriebenen Pflichtleistungen ihren Mitgliedern weitere Dienste zu bieten, vor allem auch die Spitalbehandlung zu übernehmen.

Zu diesen weitern Aufgaben gehören noch physikalische Heilanwendungen, Röntgendiagnose und -behandlung, Kuraufenthalte, Abgabe von Brillen, Bruchbändern usw., mehr oder weniger ausgedehnte Zahnpflege und schließlich auch vorbeugende Maßnahmen.

Ausgaben der Vertragskassen je Mitglied 1929 bis 1940

Jahre	Krankenpflege			Wochenhilfe		Verwaltungsausgaben	Sonstige Ausgaben	Zusammen
	Arzt	Arznei	Sonstige	Pflege	Stillgeld			
	Franken							
1929	18.55	4.50	8.69	1.16	0.43	3.66	4.87	41.86
1930	20.66	4.86	9.06	1.01	0.47	3.42	5.52	45.00
1931	20.99	5.25	9.45	0.85	0.43	3.22	3.36	43.55
1932	21.69	5.22	8.50	0.97	0.52	3.25	3.57	43.72
1933	24.45	6.06	9.19	0.93	0.49	3.56	4.14	48.82
1934	22.23	5.16	8.88	0.96	0.49	4.12	2.88	44.72
1935	21.77	5.89	10.21	1.19	0.51	4.12	0.23	43.92
1936	22.55	6.12	10.36	1.04	0.45	4.32	0.24	45.08
1637	24.56	6.93	10.56	1.02	0.47	4.51	0.16	48.21
1938	25.42	7.40	10.14	1.02	0.48	4.50	0.16	49.12
1939	24.53	7.71	9.94	1.00	0.44	4.38	0.15	48.15
1940	23.67	7.92	9.23	1.00	0.42	4.70	0.25	47.19
	Index (1929 = 100)							
1929	100	100	100	100	100	100	100	100
1930	111	108	104	87	109	93	113	108
1931	113	117	109	73	100	88	69	104
1932	117	116	98	84	121	89	73	104
1933	132	135	106	80	114	97	85	117
1934	120	115	112	83	114	113	59	107
1935	117	131	117	103	119	113	5	105
1936	122	136	119	90	105	118	5	108
1937	132	154	122	88	109	123	3	115
1938	137	164	117	88	112	123	3	117
1939	132	171	114	86	102	120	3	115
1940	128	176	106	86	98	128	5	113

Wir haben gesehen, wie Zürich seinen Stolz darein gesetzt hat, seinen Versicherungspflichtigen möglichst weitgehende Leistungen zur Verfügung zu stellen, die freilich unter dem Druck der Wirtschaftskrise um etliches herabgesetzt werden mußten. Aber auch mit den verbliebenen Leistungen, die wir auf Seite 20 umschrieben haben, darf es sich durchaus sehen lassen. Die Ausgaben der Vertragskassen für «Sonstiges» in der Krankenpflege und «Sonstige Ausgaben» übertreffen immer noch die Arzneikosten, wie aus Anhangtabelle 2b hervorgeht. Seit 1929 haben diese Ausgaben zusammengezählt jedoch nur von rund 1,4 auf 1,7 Millionen Franken zugenommen, währenddem sich die Arztkosten mehr als verdoppelt und die Arzneikosten gut verdreifacht haben. Die «Sonstigen Aus-

gaben» am Schluß der Tabelle betreffen in den früheren Jahren die Zahnpflege, nach 1934 dann die Tuberkulosezusatzversicherung. Diese und die sonstigen Kosten unter Krankenpflege betrugen im Jahre 1929 noch 13.56 Franken je Mitglied, 1940 nur mehr 9.48. Darin sind Spitalaufenthalt, die Heilanwendungen aller Art, die Kuraufenthalte nebst der Zahnpflege und der Tuberkulosenversicherung enthalten, die in Anhangtabelle 3 gesondert aufgeführt sind.

Das Kreuz der Krankenpflegeversicherung sind die Arzt- und Arzneikosten. Sie sind je Mitglied in den 4 Jahren von 1929 bis 1933 um 7,5 Franken oder einen Drittel angewachsen, obschon zur gleichen Zeit die Lebenskosten stark gesunken sind. Es war offensichtlich, daß sich diese Entwicklung noch weiter fortsetzen würde, falls man ihr nicht mit aller Macht entgegenwirkte. Die Schuld an dieser Entwicklung schoben die Kassenmitglieder den Ärzten, die Ärzte den Mitgliedern zu. In Wirklichkeit gab es auf beiden Seiten Schuldige. Das «Geschenk» der obligatorischen Versicherung an die Mitglieder besteht ja darin, daß sie in erster Linie einmal Beiträge zahlen müssen. Es setzt nun schon ein großes Maß von Gemeinschaftserziehung voraus, um sich darüber freuen zu können, wenn die eigenen Versicherungsprämien infolge Nichtbeanspruchung andern zugute kommen, namentlich bei kleinen Einkommen, wo diese Prämien erhebliche Einbußen am persönlichen Verbrauch bedeuten. Die Versicherung ist aber auf diese Solidarität der Risikobegünstigten angewiesen. Wenn sie jedoch schon bei Freiwilligversicherten schwer aufzubringen ist, so darf man sie von solchen, denen die Versicherung aufgezwungen wurde, noch weniger ohne weiteres erwarten. Der Wunsch, von seinen Beiträgen möglichst viel zu «ziehen», führt dann zu der viel beklagten Begehrlichkeit der Kassenmitglieder, die wegen jeder Bagatelle zum Arzt springen und sich möglichst viele und teure Arzneien verschreiben lassen (was der Fachmann als «passive Überarznung» bezeichnet).

Auf der andern Seite wird den Ärzten vorgeworfen, sie schürten noch die Begehrlichkeit der Mitglieder, um ihre Patienten und Konsultationen zu vermehren («aktive Überarznung»). Bei der Überfüllung des Ärztestandes ist es jedenfalls für den einzelnen Arzt recht schwer, übertriebenen Anforderungen der Kassenmitglieder den nötigen Widerstand entgegenzusetzen, da sie befürchten müssen, dadurch nicht nur die betreffenden Patienten zu verlieren, sondern mit ihrem Ruf der Korrektheit auch weitere abzuschrecken.

Welcher Teil ist nun der wirklich schuldige? Ohne Zweifel haben beide Seiten Anteil am Mißbrauch. Die krassen Fälle sind auf beiden Seiten selten und werden ungebührlich verallgemeinert. Was mehr wiegt, ist die Masse der kleinen Schwächen und Verfehlungen. Sie werden nicht aufhören, solange der Ärzteberuf überfüllt ist, und solange ein großer Teil des Volkes aus einem kärglichen Einkommen leben muß. Sie werden auch nach Überwindung dieser Übelstände nicht verschwinden, bevor sich die Erziehung viel mehr an der Gemeinschaft als am persönlichen Vorteil orientiert.

Bekämpfung des Mißbrauchs. Inzwischen gilt es dem Mißbrauch der Krankenversicherung auch mit Einzelmaßnahmen so gut wie möglich entgegenzutreten. Art. 31 der Verordnung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung Zürich schreibt den Vertragskassen vor, «für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Durchführung der obligatorischen Versicherung und gegen die mißbräuchliche Belastung die nötigen Maßnahmen zu treffen». Diese können bei den Ärzten oder bei den Mitgliedern ansetzen.

Gegen die Überforderung durch die Ärzte hat man von Kassenseite Kontrollkommissionen eingesetzt, die aus Vertrauensärzten bestehen und die Aufgabe haben, die Arztrechnungen zu überprüfen. Diese Kommissionen gehen so vor, daß sie entweder überhöhte Einzelrechnungen beanstanden oder, summarischer, alle jene Ärzte in ihren Bezügen reduzieren, die darin den Durchschnitt um einen gewissen Prozentsatz übersteigen. Diese Art des Vorgehens ist verbreitet, währenddem andere Methoden bisher nur im Ausland angewendet worden sind.

Auf Seiten der Mitglieder begegnet man der Überbeanspruchung der Kassenleistungen hauptsächlich mit der Kostenbeteiligung. Dafür sind zwei Methoden ausgebildet, das Ticket-System und der nachträglich abgezogene prozentuale Selbstbehalt. Das Ticket-System ist im Ausland weit verbreitet. In der Schweiz wurde es 1922 in Solothurn zum erstenmal mit gutem Erfolg ausprobiert und hat seither da und dort Nachahmung gefunden, u. a. auch bei der öffentlichen Krankenkasse Winterthur. Es besteht darin, daß für jede Kassenleistung — Arztbesuch, Behandlung, Arznei usw. — eine oder mehrere Marken gelöst werden müssen, und zwar vor Genuß der Leistung. Darin wird vor allem der erzieherische Wert des Tickets erblickt, daß vor jeder Leistung ein entsprechender Beitrag des Mitgliedes steht. Die Höhe der Kostenbeteiligung darf nach dem Bundesgesetz in keinem Fall mehr als 25 Prozent betragen.

In Zürich hat das Ticket-System eine Reihe von warmen Befürwortern gefunden; vor allem hat sich der frühere Vorstand des Gesundheitswesens, Dr. Häberlin, lange Zeit mit Eifer dafür eingesetzt. Die Kassen haben sich solange jeder Kostenbeteiligung der Mitglieder widersetzt, bis ihre Finanzen selbst mit Beitragserhöhungen nicht mehr ins Gleichgewicht zu bringen waren. Dies war bei der «Krankenpflege Zürich» 1931 der Fall. Sie konnte sich aber nicht für das Ticket-System entschließen, sondern führte den prozentualen Selbstbehalt in der Höhe von 20 Prozent ein. Der Erfolg war befriedigend. Die Kosten je Mitglied sanken von 46.50 im Jahre 1930 auf 40.35 und 38.27 Franken in den beiden folgenden Jahren, und die Defizite der Kassenrechnung verwandelten sich in ansehnliche Überschüsse, so daß man sogar die Mitgliederbeiträge herabsetzen konnte. Diese Erfahrung machte sich die Krankenkassenkommission zunutze, und bei der Revision der städtischen Verordnung im Jahre 1934 wurde der Selbstbehalt im Betrage von höchstens 15 Prozent der Arzt-, Apotheker- und Spitalrechnung für alle Vertragskassen obligatorisch erklärt. Im Gegensatz zum Ticket-System wird bei dieser Methode den Mitgliedern nachträglich für ihren Anteil an den Kosten Rechnung gestellt.

Eine weitere Barriere gegen Überbeanspruchung der Kassenleistungen besteht schließlich in der Krankenscheingebühr, die den Versicherten davon abhalten soll, die Versicherung für jede Bagatelle zu beanspruchen. Sie ist in Zürich, im Jahre 1934, in der Höhe von einem Franken bei einer Gültigkeit von einem Monat je Krankenschein bei allen Vertragskassen obligatorisch eingeführt worden.

Wie die Tabelle Seite 35 erkennen läßt, hat sich die Einführung des Selbstbehaltes und der Krankenscheingebühr auf die Kosten der Versicherung günstig ausgewirkt. Die Gesamtkosten je Mitglied sind von 48.82 auf 44.72 Franken, d. h. um 8,4 Prozent gesunken, die Arztkosten allein um 9,1 und die Arzneikosten um 15,0 Prozent. In den folgenden Jahren hat sich der gewonnene Vorsprung jedoch wieder ausgeglichen, ja die Kosten vor der Sanierung wurden 1938 sogar noch überschritten. Ob die Wirkung der kostenhemmenden Maßnahmen damit schon verpufft ist, oder ob die Kosten ohne Selbstbehalt und Krankenscheingebühr noch höher gestiegen wären, ist natürlich schwer zu sagen. Sicher ist die starke Erhöhung der Arzneikosten, die seit 1933 weiter von 135 auf 176 Punkte angestiegen sind, zum Teil auch durch Preissteigerungen bedingt.

Auf jeden Fall wird der Gesetzgeber und der Kassenpraktiker weiter ein achtsames Auge auf die Kassenleistungen und die Möglichkeiten, sie niedrig zu halten, richten müssen. Die Mittel der Aufklärung und erzieherischen Beeinflussung der Kassenmitglieder sind gewiß noch nicht ausgeschöpft, währenddem allerdings die Grundübel, die Überfüllung des Ärztestandes und die niedrigen Einkommen der Mitglieder, nicht so bald auf eine Besserung hoffen lassen.

DIE BEITRÄGE

Das Prinzip der Versicherung besteht bekanntlich darin, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit regelmäßig eintretende Schadenereignisse durch laufende Prämien zu decken. Die Sozialversicherung im besondern hat es gewöhnlich mit Bevölkerungskreisen zu tun, die nicht imstande sind, die notwendigen Mittel für die Versicherung selber aufzubringen, so daß die Kosten ganz oder teilweise von der Öffentlichkeit übernommen werden müssen. Bei der obligatorischen Krankenversicherung ist in der Schweiz in jedem Fall ein Bundesbeitrag erhältlich, der ja allen anerkannten Krankenkassen gewährt wird. Er machte für die Zürcher obligatorisch Versicherten im Anfang je Mitglied und Jahr nahezu 5 Franken aus, in den letzten Jahren jedoch nur noch rund 4.40 Franken, nachdem der Bund im Zuge seines Krisensparprogrammes auch diese Subvention abgebaut hatte. Dazu kommt aber seit 1935 ein neuer Bundesbeitrag für jene Kassen, die eine erweiterte Dauer ihrer Leistungen an Tuberkulosekranke zugestehen. Die neun Zürcher Vertragskassen haben heute alle die erweiterte Tuberkulosenversicherung eingeführt. Mit den Beiträgen daran kommt der ganze Bundeszuschuß an die Kassen wieder auf 4.80 bis 4.90 Franken je Mitglied zu stehen. Dazu ist noch der Anteil des Bundes an die Beiträge bedürftiger Mitglieder zu rechnen, von dem weiter unten die Rede ist.

Ob nun die Kantone und Gemeinden bei Einführung des Versicherungszwangs ein übriges tun und die Bundesbeiträge durch eigene Zuschüsse ergänzen wollen, steht in ihrem Belieben. Eine ganze Reihe von Kantonen und Gemeinden läßt die Versicherten leer ausgehen; auf der andern Seite steht der Kanton Basel-Stadt, der für einen Teil der Versicherten überhaupt die ganze Prämie auf sich nimmt. In Zürich stand von Anfang an fest, daß die Stadt

den Versicherungszwang durch erhebliche eigene Leistungen erleichtern müsse, doch hat die beratende Kommission nach kurzen Erwägungen die vollständige Unentgeltlichkeit nach dem Basler Muster abgelehnt, weil man befürchtete, diejenigen würden die Vorteile der Versicherung am wenigsten zu schätzen wissen, denen sie vollständig gratis in den Schoß fallen. So kam man zu den Beitragsfestsetzungen, die wir auf Seite 21 dargestellt haben. Die Beteiligung des Kantons ist im Einführungsgesetz festgelegt und von uns auf Seite 17 angeführt.

Im ganzen hat die obligatorische Krankenpflegeversicherung Zürich in den letzten Jahren einen Aufwand von rund 8½ Millionen Franken jährlich erfordert (vgl. Anhangtabelle Seite 51). Die Summe der Beiträge hat 1937 bis 1939 wie auch schon in den Jahren 1929/30 und 1933 die Ausgaben nicht zu decken vermocht, so daß bei den Vertragskassen erhebliche Defizite entstanden. In den ersten 6 Jahren des Zürcher Obligatoriums betrugen die Ausgaben der Kassen 28,04, die Einnahmen 27,60 Millionen Franken. Es stellte sich also ein Fehlbetrag von rund 400 000 Franken heraus, wovon der größte Teil (370 000 Franken) dem Jahr 1933 zuzuschreiben ist. In den 7 Jahren seit der Revision der Verordnung, d. h. von 1934 an bis heute, standen 56,16 Millionen Franken Ausgaben 56,54 Millionen Franken Einnahmen gegenüber; es ergab sich also ein kleiner Überschuß. In der Summe aller Jahre seit dem Bestehen des Obligatoriums heben sich, bei Ausgaben von 84,20 und Einnahmen von 84,15 Millionen Franken, die Überschüsse und Fehlbeträge fast genau auf.

Die Einnahmen der Vertragskassen geben noch kein genaues Bild über die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung. Die städtischen Beiträge an die Krankenkassen werden nämlich nicht von der Stadt allein aufgebracht, sondern sie enthalten Rückvergütungen und Regreßzahlungen, die der Stadt von Bund, Kanton und Kassenmitgliedern zugehen. Bund und Kanton zahlen einerseits die Beiträge direkt an die Krankenkassen, wie sie in der Anhangtabelle 2a angegeben sind; daneben leisten sie laut Gesetz je einen Drittel an die Auslagen der Stadt für die Deckung der unerhältlichen Beiträge. Der Bund hat durch eine weitherzige Auslegung mit Bezug auf diese unerhältlichen Beiträge mit Basel und Zürich die Abmachung getroffen, daß er nicht den Drittel auf den Beitragsverlusten berechnet, sondern einen kleinen Prozentsatz (früher 5, heute noch 3,6 Prozent) auf allen von der Stadt übernommenen

Leistungen, womit die Stadt bisher besser fuhr. Für 1939 gingen vom Kanton 52 000, vom Bund 94 000 Franken an Rückvergütungen ein, für 1940 werden es voraussichtlich 79 000 bzw. 99 000 Franken sein. Schließlich bringt die Stadt gewöhnlich ungefähr die Hälfte der den Kassen als unerhältlich vergüteten Mitgliederbeiträge durch Regreßmaßnahmen gegen die säumigen Mitglieder nachträglich wieder ein. Von den 499 000 Franken, welche die Stadt im Jahr 1940 den Kassen für nicht erhältliche Mitgliederbeiträge vergütet hat, sind 262 000 Franken auf dem Regreßweg wieder eingegangen.

Seit Einführung des Obligatoriums bis Ende 1940 hat die Stadt als Vergütung für nicht erhältliche Beiträge rund 3,6 Millionen Franken an die Kassen ausbezahlt. 1,8 Millionen davon erhielt sie als Regreßeinnahmen zurück, 1,0 Millionen hat der Bund und 0,6 Millionen der Kanton vergütet. In der Tabelle auf Seite 42 geben wir die effektiven Nettoaufwendungen der Stadt wieder und schlagen die Rückvergütungen den betreffenden Subvenienten (Bund und Kanton), und die Regreßzahlungen den Mitgliederbeiträgen zu.

Man ersieht aus dieser Tabelle, daß die Last der Versicherung im Lauf der Jahre immer mehr den Versicherten selber aufgeladen wurde. Die Subventionen sind zwar in ihrem absoluten Betrag auf der ganzen Linie beträchtlich angestiegen entsprechend der Zunahme der Versicherten. Auf das Mitglied berechnet sind die öffentlichen Beiträge jedoch sozusagen stabil geblieben, ja, wenn man vom ersten in jeder Beziehung noch außerordentlichen Jahr absieht, eher etwas vermindert worden. Sie betragen nämlich 1929 im ganzen 22.69 Franken gegen 22.19 im letzten Jahr. Die ganze Kostensteigerung der Versicherung in den 13 Jahren seit ihrer Einführung haben die Versicherten selber getragen. Die Mitgliederbeiträge sind von nicht ganz 16 Franken im Jahre 1929 auf über 20 Franken je Mitglied angestiegen. Dazu kommt noch der neu eingeführte Kostenselbstbehalt von etwa 6 Franken, so daß der jährliche Aufwand der Mitglieder heute um rund 10 Franken größer ist als vor 12 Jahren, was eine Verteuerung von mehr als 60 Prozent bedeutet.

Der von den Mitgliedern getragene Anteil an den Gesamtkosten der Versicherung ist dementsprechend gestiegen von rund zwei Fünfteln auf über die Hälfte (54,2 Prozent 1940). Der Anteil der Mitgliederbeiträge ist zwar heute fast derselbe wie vor 12 Jahren. Er hat bis 1932 zugenommen, fiel dann aber infolge der Krise und der Eingemeindung, die ja beide zu einer Vermehrung der untersten

Netto-Beiträge an die Kosten der Krankenpflegeversicherung

Jahre	Mitglieder		Bund		Kanton	Stadt	Zusammen
	Beiträge	Selbstbehalt Gebühren	ordentlich	Tuberkul.-versichg.			
	1000 Franken						
1928	1112,3	9,1	372,4	—	146,1	922,6	2562,5
1929	1617,8	7,8	581,3	—	234,8	1497,1	3938,8
1930	1829,9	38,4	617,8	—	258,8	1741,4	4486,3
1931	2165,6	142,1	618,7	—	282,5	1901,7	5110,6
1932	2511,2	259,6	686,6	—	305,7	1792,7	5555,8
1933	2652,3	304,5	688,7	—	342,7	1961,4	5949,6
1934	2977,4	690,5	833,3	—	388,1	2355,5	7244,8
1935	3175,4	871,9	814,8	78,2	406,8	2335,1	7682,2
1936	3252,5	927,6	838,7	56,2	435,8	2458,1	7968,9
1937	3317,1	1039,8	851,1	85,8	415,1	2505,4	8214,3
1938	3392,0	1077,5	862,3	87,9	392,9	2483,0	8295,6
1939	3440,4	1053,4	873,0	80,6	407,3	2512,7	8367,4
1940	3637,4	1114,5	889,1	80,9	436,6	2612,9	8771,4
	Franken je Mitglied						
1928	16.77	0.14	5.62	—	2.20	13.91	38.64
1929	15.87	0.08	5.70	—	2.30	14.69	38.64
1930	16.99	0.36	5.74	—	2.40	16.17	41.66
1931	19.38	1.27	5.54	—	2.53	17.01	45.73
1932	20.69	2.14	5.65	—	2.52	14.77	45.77
1933	20.49	2.35	5.32	—	2.65	15.16	45.97
1934	19.32	4.48	5.41	—	2.52	15.29	47.02
1935	18.97	5.21	4.87	0.47	2.43	13.95	45.90
1936	18.85	5.37	4.86	0.33	2.53	14.24	46.18
1937	19.00	5.96	4.87	0.49	2.38	14.35	47.05
1938	19.33	6.14	4.92	0.50	2.24	14.15	47.28
1939	19.36	5.93	4.91	0.45	2.29	14.14	47.08
1940	20.07	6.15	4.91	0.45	2.41	14.42	48.41
	Prozente						
1928	43,4	0,4	14,5	—	5,7	36,0	100
1929	41,1	0,2	14,7	—	6,0	38,0	100
1930	40,8	0,8	13,8	—	5,8	38,8	100
1931	42,4	2,8	12,1	—	5,5	37,2	100
1932	45,2	4,7	12,3	—	5,5	32,3	100
1933	44,6	5,1	11,6	—	5,7	33,0	100
1934	41,1	9,5	11,5	—	5,4	32,5	100
1935	41,3	11,4	10,6	1,0	5,3	30,4	100
1936	40,8	11,6	10,5	0,7	5,5	30,9	100
1937	40,4	12,7	10,3	1,0	5,1	30,5	100
1938	40,9	13,0	10,4	1,1	4,7	29,9	100
1939	41,1	12,6	10,4	1,0	4,9	30,0	100
1940	41,5	12,7	10,1	0,9	5,0	29,8	100

Beitragsklasse führten, wieder auf den Ausgangspunkt zurück (vom Einführungsjahr der Versicherung wieder abgesehen). Zu den Beiträgen der Mitglieder kommt aber heute noch der Selbstbehalt, der mehr als den vierten Teil der Mitgliederbeiträge ausmacht und einen Achtel der gesamten Versicherungskosten.

Der Anteil des Bundes ist demgegenüber von fast 15 auf 11 Prozent zurückgegangen, der des Kantons von 6 auf 5 und jener der Stadt von fast 40 auf 30 Prozent. Man darf über diesem Rückgang allerdings nicht vergessen, daß die Stadt 1929 erst 1,5 Millionen Franken für die Krankenversicherung ausgegeben hat, heute jedoch 2,6 Millionen aufbringt. Dazu kommen noch die Verwaltungsauslagen des Amtes für Sozialversicherung von etwa 300 000 Franken, womit der Anteil der Stadt doch fast einen Drittel beträgt.

Es gibt nur wenige Gemeinden der Schweiz, die einen ähnlich hohen Beitrag an die Krankenversicherung leisten. Höher reicht noch Lugano mit 17.70 Franken je Versicherten gegen 14.40 in Zürich. Der Kanton Basel-Stadt kommt fast genau gleich hoch wie Zürich, doch ist das Obligatorium dort viel umfassender, wie wir bereits gesehen haben. Auf den Kopf der ganzen Bevölkerung berechnet, zahlt Basel rund 12, Zürich nur 8½ Franken. Die übrigen Städte und Gemeinden stehen dagegen weit zurück, abgesehen vielleicht von weitern Tessiner Gemeinden. Zwei von den sechs Zürcher Gemeinden mit Obligatorium leisten weniger als 5 Franken je Versicherten (Horgen, Wädenswil), Winterthur kommt auf 5, Thalwil auf 6½ und Küsnacht auf 10.40 Franken. Da in Küsnacht nur 28 Prozent der Einwohner dem Obligatorium unterstehen, macht die Gemeindesubvention je Einwohner nur knappe 3 Franken aus. So darf sich Zürich im Kreise der Schweizer Gemeinden mit seinen Leistungen an die Krankenversicherung wohl sehen lassen.

SCHLUSS

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung Zürichs ist ein Eckpfeiler der Sozialgesetzgebung unserer Stadt. Wir haben gesehen, daß sie nicht so mühelos entstanden und vollkommen geraten ist, wie man es vielleicht wünschen möchte.

Über fast ein halbes Jahrhundert erstreckt sich der Weg, den die Gesetzgebung bis zur heute geltenden Ordnung der Zürcher

Krankenpflegeversicherung durchschritten hat. Ein Verfassungsartikel, ein verworfenes und ein angenommenes Bundesgesetz, ein altes und ein revidiertes kantonales Einführungsgesetz und schließlich eine alte und eine revidierte städtische Verordnung sind die Etappen dieses Weges.

In sachlicher Hinsicht konnten wir den Weg der Versicherung verfolgen von der Vorsorge der Bruderschaften für den Krankheitsfall durch die Gesellenlade vor mehr als zwei Jahrhunderten über die Bestrebungen gemeinnütziger Kreise wie von Betrieben und Arbeiterorganisationen im letzten Jahrhundert, die zu einem machtvollen Aufschwung der freiwilligen Krankenversicherung führten. Gleichsam am Wegrand haben wir ein bereits vor 100 Jahren geschaffenes Obligatorium im Kanton Zürich angetroffen. Wir sahen dann die Krankenversicherung bald im Vordergrund der ersten Bemühungen um eine moderne Sozialgesetzgebung, zuerst im Bund, dann bei den Kantonen und zuletzt auf Gemeindeboden. Es drehte sich dabei immer mehr um die Krankenpflegeversicherung an Stelle der bloßen Auszahlung von Krankengeld.

Die Durchführung der Krankenpflegeversicherung ist in Zürich privaten Kassen übertragen. Wir haben den besondern Charakter der neun verschiedenen Zürcher Vertragskassen kurz gezeichnet und ihre Mitgliederzahl angegeben. Im ganzen waren Ende 1940 rund 183 000 Personen in diesen Vertragskassen obligatorisch versichert und 11 000 in anerkannten Kassen ohne städtische Beiträge, hauptsächlich Betriebskrankenkassen. Von den Mitgliedern der Vertragskassen sind 46 Prozent bei den beiden größten, der Gewerbekrankenkasse und der Krankenkasse Helvetia, versichert, währenddem die andern sieben Kassen je 6 bis 10 Prozent aller Mitglieder auf sich vereinigen. 31 Prozent der Mitglieder sind Männer, 46 Prozent Frauen und 23 Prozent Kinder bis 18 Jahre. Auf die drei Beitragsgruppen verteilten sich die Mitglieder früher (die zwei mittleren Gruppen der früheren Ordnung zusammengenommen) einigermaßen gleichmäßig, heute ballen sich fast zwei Drittel in der untersten Gruppe zusammen, und die obern beiden enthalten nur etwas mehr als je einen Sechstel.

Von den Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung mußten wir feststellen, daß sie im Laufe der Zeit immer kleiner, aber trotzdem immer teurer geworden sind. Den Grund fanden wir hauptsächlich in der «aktiven und passiven Überarznung», einem tiefsitzenden, in der ganzen sozialen Zerrissenheit unserer Zeit wur-

zelnden Übel, dessen Bekämpfung den Kassen wie dem Gesetzgeber viel Sorge bereitet. Die Beiträge sind schließlich entsprechend den teurern Leistungen immer größer geworden, wobei die öffentlichen Beiträge auf ein Mitglied berechnet ungefähr gleich geblieben sind, und die ganze Verteuerung den Mitgliedern aufgeladen wurde.

Wir haben im Anhang außer den näher besprochenen Tabellen über die Entwicklung der Mitgliederzahl und der Kassenfinanzen noch eine Tabelle über den Mitgliederstand am Jahresende 1940 (Tab. 4) und sodann die sämtlichen Tabellen über die Krankenpflegeversicherung aus dem Statistischen Jahrbuch 1940 wiedergegeben (Tab. 5–10).

Sie gehen noch etwas mehr in die Einzelheiten als unser summarischer Überblick. Tabellen 8 und 9 enthalten z. B. eine weitere Aufteilung der Kassenleistungen. Bei den Arzneikosten ist angegeben, wie viel von Apotheken bezogen wurde und für welche Beträge die Ärzte selber Medikamente an ihre Patienten abgaben. Dies geschieht ungefähr im Verhältnis von 5 : 1.

Was wir in Tabelle 2 b als «Sonstiges» unter Krankenpflege aufführen, ist hier wie schon in Tabelle 3 aufgeteilt in Sonstige Heilmittel, Behandlung, Verpflegung in Heilanstalten und Transportkosten, wobei die Heilanstalten den Löwenanteil ausmachen mit im ganzen 1½ Millionen Franken. Die Wochenbettkosten sind stark untergeteilt. Mehr als die Hälfte davon beansprucht die Anstaltspflege, fast einen Drittel das Stillgeld. Unter «Sonstigen Ausgaben» am Schluß der Tabellen 8 und 9 sind hauptsächlich Rückvergütungen von Regreßzahlungen zu verstehen, die an die Kassen statt an das Amt für Sozialversicherung gingen. Tabelle 10 gibt noch mehr über die unerhältlichen Mitgliederbeiträge Auskunft, die leider seit der Mobilisation wieder steigende Bedeutung bekommen haben. —

Die Mängel dieses Sozialwerkes sind nicht wegzuleugnen; denn sie liegen offen zutage und drücken sich zum Teil in klaren Zahlen aus. Der Nutzen und die Wohltat des Zürcher Krankenversicherungsobligatoriums ist leider nicht so leicht in Zahlen zu fassen. Die Arbeit des Statistikers könnte daher den Eindruck erwecken, als seien sie gar nicht von Bedeutung. Es sei darum zum Schlusse noch mit Nachdruck betont, daß Zürich an seiner obligatorischen Krankenpflegeversicherung trotz ihrer Mängel ein höchst wertvolles und unentbehrliches Mittel gegen Armut und Not geschaffen hat. Wir wissen nicht, in wieviel Tausenden oder Zehntausenden von Fällen die Ver-

sicherung den niederdrückenden Weg zum Wohlfahrtsamt erspart; aber daß es viele sind, steht außer Zweifel. Es sei in diesem Zusammenhang bemerkt, daß die Aufwendungen des Gemeinwesens für die Krankenversicherung durchaus nicht etwa rein zusätzlicher Art sind; einen beträchtlichen Teil davon hätte die Stadt auf alle Fälle aufbringen müssen, in Form von Fürsorgeausgaben oder Beiträgen an Spitäler, Polikliniken usw. Der Zürcher denkt schon gar nicht mehr daran, was er gegenüber andern Städten voraus hat, wo der Unbemittelte auf die Poliklinik mit ihrer unvermeidlichen Massenabfertigung angewiesen ist; der ärmste Zürcher kann im Krankheitsfall seinen Arzt aus hunderten auswählen, kann sich bei ihm vormerken oder ihn nötigenfalls zu sich kommen lassen, er wird in sauberen, freundlichen Wartzimmern empfangen und mit aller Sorgfalt und Umsicht behandelt. Wenn auch ein kleiner Kostenanteil vom Mitglied zu tragen ist, braucht sich doch niemand die fachmännische Behandlung wegen der Kosten oder aus Scheu vor der Armengenössigkeit zu versagen, wie das ohne Versicherung sehr oft der Fall ist.

Mühe und Aufwand, die Volk und Behörden durch die Krankenversicherung auferlegt werden, lohnen sich wirklich reich und sind klein im Vergleich zu der Not, der die minderbemittelte Bevölkerung beim Fehlen einer obligatorischen Versicherung im Krankheitsfalle ausgeliefert ist. Daß Zürich überdies auch mit Städten, die das Obligatorium ebenfalls eingeführt haben, den Vergleich aushalten kann, haben wir bereits mehrfach dargetan. Außer in Basel ist die Krankenversicherung nirgends in der Schweiz so gut ausgebaut wie in Zürich. Alles in allem ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung ein Werk, das dem sozial fortschrittlichen Zürich alle Ehre macht und von dem man nur hoffen kann, daß es in Zukunft vorwärts und nicht rückwärts revidiert werden möge.

Wir haben im Laufe der Arbeit den solidarischen, genossenschaftlichen Charakter der Sozialversicherung darum so sehr betont, weil ihre Ausbreitung seit einiger Zeit nicht mehr so selbstverständlich als Kulturfortschritt betrachtet wird, sondern ernstlicher Kritik begegnet, die sich auf die offensichtlichen Mängel und Nachteile der Sozialversicherung und ganz besonders der Krankenversicherung stützt und zu einer gefährlichen Krise des Versicherungsgedankens auszuwachsen droht. Bei uns ist diese Krise zwar erst latent vorhanden, währenddem sie in Deutschland schon vor 15 Jahren hohe Wellen schlug.

Der Sozialversicherung im allgemeinen wird vorgeworfen, sie verweichliche das Volk, indem sie es dem Zwang enthebe, sich selber energisch für die Überwindung der Schadenereignisse einzusetzen. Die Krankenversicherung im besondern wird beschuldigt, der Krankheitszüchtung statt der Krankheitsbekämpfung zu dienen, den Betrug zu begünstigen und damit die allgemeine Moral zu untergraben, und schließlich die Ärzte zu geschäftstüchtigen Ramscharbeitern statt zu «Gesundheitsdienern» werden zu lassen. Ein schweizerischer Exponent der versicherungsfeindlichen Kreise faßt seine Aussetzungen an der Volksversicherung in folgender Weise zusammen: «Die Unfallversicherung tötet den Willen zur Arbeit. Die Krankenversicherung lähmt den Willen zur Gesundheit. Die Altersversicherung zerstört den Sparsinn eines Volkes. Deutschland hat den Krieg infolge seines durch die Sozialversicherung geschädigten Nervensystems verloren» (Oberst Bircher, Aarau).

Die vorliegende Darstellung hat in verschiedenen Teilen gezeigt, daß der Krankenpflegeversicherung auch bei uns tatsächlich gewisse erhebliche Mängel anhaften. Dennoch ist das Kassenwesen in der Schweiz weit entfernt von dem moralischen Tiefstand, der z. B. von Liek für Deutschland geschildert worden ist[1]). Wir glauben auch nicht, daß der Grund für unsere bessern Verhältnisse, wie Liek meint, nur darin liegt, daß unsere Sozialversicherung im Vergleich zur deutschen noch «in den Kinderschuhen stecke», und daß die Übelstände immer mehr um sich greifen werden. Es besteht Grund zur Annahme, daß der Unterschied nicht zuletzt auf die viel weiter fortgeschrittene Proletarisierung und Atomisierung der Gesellschaft in Deutschland und damit auf das bis weit in die Arbeitermassen vorgedrungene rücksichtslose Profitdenken zurückzuführen ist, währenddem bei uns genossenschaftliche Tradition doch eher noch ihren Boden hat.

Sei dem übrigens wie ihm wolle, auch der schärfste Kritiker der Sozialversicherung, der erwähnte Danziger Arzt Erwin Liek, muß zugeben, daß sie unbedingt notwendig ist und ihr «Grundgedanke, d. h. der Gedanke einer gegenseitigen Hilfe, ein so ausgezeichneter (ist), daß die Sozialversicherung in einem Kulturland gar nicht mehr ausgeschaltet werden kann»[2]). Den «Weg zur

---

[1]) Erwin Liek: Die Schäden der sozialen Versicherungen und Wege zur Besserung. München 1927.

[2]) a. a. O., Seite 46.

Besserung» sieht dieser politisch stark rechts stehende Kritiker merkwürdigerweise fast ausschließlich in einer «Verstaatlichung der Ärzte», wobei aus den Kassenärzten öffentlich angestellte Gesundheitsbeamte würden und im übrigen die Krankenversicherung unverändert fortbestehen sollte.

Tatsächlich ist eine menschenwürdige Versorgung der minderbemittelten Bevölkerung mit den Mitteln zur Krankheitsüberwindung gar nicht denkbar ohne Versicherung, besonders nicht für jene Mitbürger, die in überdurchschnittlichem Maße von Krankheit befallen werden. Der Rat «Hilf dir selbst, so hilft dir Gott» bleibt hier so lange eine Blasphemie, als das Kunststück nicht gelungen ist, der schlechtbezahlten Hälfte der Mitbürger das Einkommen beträchtlich zu erhöhen.

Vorläufig kann keine Rede davon sein, die Mängel der Sozialversicherung durch die Preisgabe des Versicherungsgedankens zu bekämpfen. Im Gegenteil dürfte gerade die Betonung der genossenschaftlichen Idee, die der Versicherung zugrunde liegt, einer gesunden Entwicklung der Sozialversicherung besonders förderlich sein. Wir haben verschiedene Mittel und Mittelchen kennengelernt, mit denen die Krankenkassen der auftretenden Mißstände Herr zu werden versuchen. Vielleicht das wichtigste Mittel, die planmäßige Erziehung zu genossenschaftlichem Verhalten, ist dabei noch nicht seiner Bedeutung entsprechend zur Geltung gekommen. Die Voraussetzung dazu wäre eine intensive Aufklärung der Kassenmitglieder über die Lage und die Schwierigkeiten der Kassen, was bisher trotz wertvollen Ansätzen erst unzureichend geschehen ist. Unsere Darlegungen dürften daher auch in dieser Beziehung als willkommener Beitrag zur gedeihlichen Entwicklung des Zürcher Sozialversicherungswerkes aufgenommen werden.

Dr. E. Steinemann

TABELLEN BETREFFEND DIE OBLIGATORISCHE KRANKENPFLEGE-VERSICHERUNG ZÜRICH

Durchschnittlicher Mitgliederbestand der

1 Jahre	Gewerbe-krankenkasse	Kranken-kasse Helvetia	Kranken-kasse Union	Christl.-soz. Kranken-kasse	Kranken-pflege Zürich
					Grund-
1929	20 205	19 616	13 479	9 657 [2])	20 751
1930	22 145	21 138	14 197	5 256	20 873
1931	25 170	22 963	14 469	5 825	18 434
1932	29 258	26 951	15 606	7 026	15 381
1933	32 116	29 886	16 755	8 129	13 742
1934	35 965	35 798	18 933	10 857	14 115
1935	39 145	39 945	19 773	11 935	14 457
1936	40 286	41 080	19 862	12 710	14 830
1937	40 803	40 930	19 893	13 680	14 773
1938	41 077	40 395	19 778	14 820	14 644
1939	41 140	40 734	17 510	15 986	14 454
1940	41 734	41 397	17 558	16 865	14 421
					In Prozenten
1929	19,8	19,3	13,2	4,9 [3])	20,2
1934	23,4	23,2	12,3	7,0	9,2
1940	23,1	22,8	9,7	9,3	8,0

[1]) bis 1933 Krankenkasse Escher Wyß & Co. — [2]) Kath. Krankenkassenverband (Christl.-

Betriebsrechnung der Vertragskassen

Einnahmen in 1000 Franken

2a Jahre	Mitglieder-beiträge	Selbst-behalt, Gebühren	Bundes-beiträge	Tuberku-loseversi-cherungs-beiträge	Kantons-beiträge	Stadt-beiträge	Zusam-men
1928	1 112,3	9,1	324,2	—	144,4	972,5	2 562,5
1929	1 600,5	7,8	506,1	—	225,5	1 598,9	3 938,8
1930	1 793,2	38,4	537,0	—	240,2	1 877,5	4 486,3
1931	2 095,4	142,1	551,2	—	245,3	2 076,6	5 110,6
1932	2 405,5	259,6	612,8	—	270,6	2 007,3	5 555,8
1933	2 534,2	304,5	609,9	—	287,4	2 213,6	5 949,6
1934	2 844,9	690,5	737,3	—	342,1	2 630,0	7 244,8
1935	3 019,2	871,9	742,2	78,2	348,6	2 622,1	7 682,2
1936	3 034,7	927,6	761,4	56,2	343,1	2 845,9	7 968,9
1937	3 058,8	1 039,8	773,1	85,8	348,9	2 907,9	8 214,3
1938	3 165,2	1 077,5	770,0	87,9	352,3	2 842,7	8 295,6
1939	3 240,8	1 053,4	778,9	80,6	355,3	2 858,4	8 367,4
1940	3 375,2	1 114,5	790,3	80,9	357,5	3 053,0	8 771,4

Vertragskassen in den Jahren 1929 bis 1940

Allgemeine Krankenkasse	Industriekrankenkasse[1])	Krankenkasse Konkordia	Grütlikrankenkasse	Alle Vertragskassen	Jahre
zahlen					
9 906	4 250	[4])	4 077	101 941	1929
10 137	4 549	5 054	4 325	107 674	1930
10 453	4 462	5 228	4 757	111 761	1931
11 045	4 845	5 758	5 517	121 387	1932
11 285	4 886	6 348	6 273	129 420	1333
11 856	9 881	7 908	8 762	154 075	1934
12 350	10 843	9 098	9 837	167 383	1935
12 515	11 099	10 034	10 164	172 580	1936
12 641	11 004	10 555	10 323	174 602	1937
12 735	10 786	10 927	10 284	175 446	1938
12 893	12 925	11 277	10 791	177 710	1939
13 246	13 063	11 674	11 232	181 190	1940
aller Kassen					
9,7	4,2	4,7[3])	4,0	100	1929
7,7	6,4	5,1	5,7	100	1934
7,3	7,2	6,4	6,2	100	1940

soziale Krankenkasse und Konkordia) — [3]) Anteile 1930 — [4]) Vergl. Anmerkung 2

in den Jahren 1928 bis 1940

Ausgaben in 1000 Franken

2b Jahre	Krankenpflege			Wochenhilfe		Verwaltungsausgaben	Sonstige Ausgaben	Zusammen
	Arztkosten	Arznei	Sonstiges	Pflege	Stillgelder			
1928	1 137,6	233,8	487,6	36,0	20,3	318,2	194,9	2 428,4
1929	1 890,9	459,1	887,5	117,9	44,1	373,3	494,8	4 267,6
1930	2 225,3	522,9	976,2	109,0	50,8	367,8	593,7	4 845,7
1931	2 346,2	587,3	1 056,1	94,6	48,5	359,7	375,7	4 868,1
1932	2 633,3	633,3	1 032,1	118,0	63,3	395,0	431,8	5 306,8
1933	3 164,1	784,2	1 189,4	120,3	63,6	461,2	536,0	6 318,8
1934	3 424,7	794,2	1 369,0	147,5	76,1	635,2	443,9	6 890,6
1935	3 643,3	985,5	1 709,7	199,1	85,3	689,1	39,5	7 351,5
1936	3 891,8	1 056,6	1 788,2	179,5	77,4	745,6	40,9	7 780,0
1937	4 288,9	1 210,6	1 845,0	177,6	81,5	787,2	27,7	8 418,5
1938	4 459,6	1 297,9	1 778,5	179,8	84,1	789,1	28,9	8 617,9
1939	4 360,2	1 369,1	1 765,6	177,5	77,6	777,2	29,6	8 556,8
1940	4 289,2	1 435,8	1 672,6	180,8	76,5	852,0	42,7	8 549,6

Durchschnittliche Ausgaben und Einnahmen

Beträge in

3

Jahre	Ausgaben							
	Krankenpflege						Zahnpflege [2]	Tuberkuloseversicherungsprämien
	Arztkosten	Arzneikosten	Sonstige Heilmittel	Heilanstalten [1]	Kurbeiträge	Transportkosten		
1929	18.55	4.50	—.55	6.87	1.18	—.09	5.62	·
1930	20.66	4.86	—.53	7.33	1.10	—.10	6.42	·
1931	20.99	5.25	—.53	7.04	1.77	—.11	4.04	·
1932	21.69	5.22	—.57	6.85	—.98	—.10	4.30	·
1933	24.45	6.06	—.95	7.31	—.82	—.11	5.—	·
1934	22.23	5.16	—.75	7.38	—.63	—.12	3.53	·
1935	21.77	5.89	—.81	9.27	*	—.13	—.02	—.21
1936	22.55	6.12	—.78	9.46	*	—.12	—.02	—.21
1937	24.56	6.93	—.76	9.66	*	—.14	—.01	—.15
1938	25.42	7.40	—.53	9.47	*	—.14	—.02	—.14
1939	24.53	7.71	—.43	9.36	*	—.15	—.02	—.14
1940	23.67	7.92	—.49	8.59	*	—.15	—.02	—.22

[1]) Behandlung und Verpflegung; ab 1935 inkl. Kurbeiträge
[2]) Je Mitglied mit Zahnpflege

Da die Zahnpflegekosten und die Wochenhilfe in obenstehender Tabelle nicht
nicht aufaddiert werden. Die «Ausgaben im ganzen» sind

Mitgliederbestand der Vertragskassen am Jahresende 1940

4

Kassen	Beitragsgruppen			Zusammen	Männer	Frauen	Kinder
	I	II	III				
Gewerbekrankenkasse .	26111	8102	7856	42069	15163	17145	9761
Krankenkasse Helvetia	24696	8975	8144	41815	12603	20161	9051
Krankenkasse Union .	11253	3299	2969	17521	6061	7417	4043
Christl.-soz. Kr.-Kasse .	11272	3357	2498	17127	4756	7669	4702
Krankenpflege Zürich .	8762	2880	2781	14423	3938	7818	2667
Allgem. Kr.-K. Zürich .	8224	2723	2474	13421	3693	7111	2617
Industriekrankenkasse .	8223	2638	2235	13096	4421	5597	3078
Kr.-Kasse Konkordia .	7486	2508	1855	11849	3058	5918	2873
Grütlikrankenkasse . .	7242	2162	1896	11300	3451	5054	2795
Zusammen	113269	36644	32708	182621	57144	83890	41587

aller Vertragskassen je Mitglied 1929–1940

Franken

Ausgaben				Ausgaben im ganzen	Einnahmen	Saldo	Jahre
Wochenhilfe [3])			Verwaltungskosten				
Hauspflege	Anstaltspflege	Stillgelder					
—.75	—.75	—.56	3.66	41.86	38.63	– 3.23	1929
—.50	—.80	—.60	3.42	45.—	41.67	– 3.33	1930
—.39	—.69	—.55	3.22	43.55	45.72	2.17	1931
—.48	—.76	—.66	3.25	43.72	45.77	2.05	1932
—.37	—.80	—.62	3.56	48.82	45.97	– 2.85	1933
—.34	—.88	—.63	4.12	44.72	47.02	2.30	1934
—.46	1.08	—.66	4.12	43.92	45.89	1.97	1935
—.32	1.02	—.58	4.32	45.08	46.17	1.09	1936
—.28	1.03	—.60	4.51	48.21	47.04	– 1.17	1937
—.28	1.05	—.62	4.50	49.12	47.28	– 1.84	1938
—.30	1.—	—.56	4.38	48.15	47.08	– 1.07	1939
—.25	1.04	—.55	4.70	47.19	48.41	1.22	1940

[3]) Je Mitglied von über 18 Jahren

auf alle Mitglieder aufgeteilt sind, können die Einzelausgaben der Tabelle daher nicht die Summe der angeführten Einzelausgaben.

Durchschnittlicher Mitgliederbestand der Vertragskassen 1940

5 Kassen	Männer	Frauen	Knaben		Mädchen		Zusammen
			0-14 Jahre	15-18 Jahre	0-14 Jahre	15-18 Jahre	
Gewerbekrankenkasse	15130	16904	4067	831	3924	878	41734
Krankenk. Helvetia .	12527	19933	3854	705	3617	761	41397
Krankenkasse Union .	6071	7400	1569	466	1611	441	17558
Christl.-soz. Kr.-Kasse	4720	7535	1930	334	1947	399	16865
Krankenpflege Zürich	3931	7842	1114	277	994	263	14421
Allgem. Kr.-K. Zürich	3660	7017	1068	213	1054	234	13246
Industriekrankenkasse	4412	5560	1230	373	1178	310	13063
Kr.-Kasse Konkordia	3043	5819	1173	209	1218	212	11674
Grütlikrankenkasse .	3468	4990	1133	264	1106	271	11232
Zusammen	56962	83000	17138	3672	16649	3769	181190

Durchschnittlicher Mitgliederbestand nach Gruppen 1940

6 Gruppen	Männer	Frauen	Knaben		Mädchen		Zusammen
			0-14 Jahre	15-18 Jahre	0-14 Jahre	15-18 Jahre	
I	33 410	50 222	12 082	2601	11 714	2700	112 729
II	11 141	18 021	2 849	571	2 791	583	35 956
III	12 411	14 757	2 207	500	2 144	486	32 505
Zus.	56 962	83 000	17 138	3672	16 649	3769	181 190

Betriebsrechnung der Vertragskassen für die

8 Rechnungskonti	Gewerbe-krankenkasse	Krankenkasse Helvetia	Krankenkasse Union
	Fr.	Fr.	Fr.
Einnahmen			
Bundesbeiträge	173 259	181 777	78 778
Tuberkuloseversicherungsbeiträge	16 027	16 562	6 720
Kantonsbeiträge	81 375	81 185	34 548
Stadtbeiträge	689 547	689 780	305 701
Mitgliederbeiträge	766 355	822 952	314 247
Sonstige Einnahmen	234 996	305 503	90 119
Zusammen	1 961 559	2 097 759	830 113
Ausgaben			
Krankenpflege			
Arztkosten	947 951	1 052 577	427 376
Arznei- { Bezüge aus Apotheken	269 766	286 688	115 294
kosten { Dispensation der Ärzte	54 598	53 230	21 038
Sonstige Heilmittel	19 634	8 341	4 759
Behandlung, Verpflegung in Heilan-	331 533	385 577	129 216
Transportkosten [stalten	7 001	5 142	2 698
Wochenhilfe			
Arztkosten	1 875	5 831	177
Arznei	553	543	47
Geburtshilfe (Hebamme)	3 988	2 945	1 000
Anstaltspflege	26 119	35 476	10 372
Transportkosten	707	1 940	162
Stillgelder	17 060	17 510	4 974
Zahnpflegekosten	3 518	—	—
Verwaltungskosten			
Ordentliche	170 777	176 309	68 542
Ausserordentliche	8 678	6 500	—
Prämien an Tuberkuloseversicherung	—	—	9 064
Sonstige Ausgaben	19 149	16 967	5 151
Zusammen	1 882 907	2 055 576	799 870
Vorschlag pro 1940	78 652	42 183	30 243
Saldo-Vortrag per 1. Januar 1940	– 665 564	– 156 695	– 127 395
Saldo-Vortrag per 31. Dezember 1940	– 586 912	– 114 512	– 97 152

Öffentliche Leistungen und Mitgliederbeiträge 1940

7 Gruppen	Grundzahlen				Prozentzahlen			
	Beiträge von Bund u. Kanton Fr.	Beiträge der Stadt Fr.	Mitgliederbeiträge Fr.	Zusammen Fr.	Beiträge v. Bund und Kanton	Beiträge der Stadt	Mitgliederbeiträge	Zusammen
I	711 263	2366 147	1456 886	4534 296	15,7	52,2	32,1	100
II	229 793	462 555	875 106	1567 454	14,7	29,5	55,8	100
III	206 723	224 300	1025 191	1456 214	14,2	15,4	70,4	100
Zus.	1147 779	3053 002	3357 183	7557 964	15,2	40,4	44,4	100

obligatorische Krankenpflegeversicherung 1940

Christ.-soz. Krankenkasse	Krankenpflege Zürich	Allgemeine Krankenkasse	Industriekrankenkasse	Krankenkasse Konkordia	Grütlikrankenkasse	Alle Vertragskassen
Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
75 506	64 253	57 240	57 091	53 242	49 189	790 335
9 215	13 307	12 778	—	6 310	—	80 919
33 041	31 370	27 656	23 930	23 046	21 294	357 445
296 284	249 536	227 000	197 570	199 482	198 103	3 053 003
278 533	262 659	263 581	257 132	215 416	194 341	3 375 216
85 497	108 181	85 051	74 989	69 108	61 041	1 114 485
778 076	729 306	673 306	610 712	566 604	523 968	8 771 403
377 430	335 422	310 126	327 373	272 408	238 575	4 289 238
99 901	106 879	101 960	73 222	68 598	68 226	1 190 534
25 181	16 545	16 942	28 178	14 280	15 268	245 260
22 983	11 684	3 519	3 960	10 953	2 959	88 792
132 619	164 635	123 249	95 406	90 569	104 394	1 557 198
2 057	2 312	2 166	2 166	1 624	1 475	26 641
2 934	454	451	2 528	617	506	15 373
869	—	34	489	72	44	2 651
2 875	1 275	1 130	1 450	1 445	1 260	17 368
18 244	7 348	10 545	9 127	13 758	10 165	141 154
400	111	156	164	329	225	4 194
10 112	4 320	5 222	4 644	7 650	5 028	76 520
—	—	—	—	—	—	3 518
63 370	68 331	63 215	39 065	54 117	48 765	752 491
—	—	—	—	487	—	15 665
—	13 491	12 375	4 304	—	—	39 234
6 820	8 979	5 717	11 850	3 861	5 261	83 755
765 795	741 786	656 807	603 926	540 768	502 151	8 549 586
12 281	–12 480	16 499	6 786	25 836	21 817	221 817
–46 055	398 778	35 839	96 304	108 272	76 636	–279 880
–33 774	386 298	52 338	103 090	134 108	98 453	– 58 063

Einnahmen und Ausgaben pro Mitglied 1940

9 Rechnungskonti	Gewerbekrankenkasse	Krankenkasse Helvetia	Krankenkasse Union	Christl. soz. Krankenkasse	Krankenpflege Zürich	Allgemeine Krankenkasse	Industriekrankenkasse	Krankenkasse Konkordia	Grütli-Krankenkasse	Alle Vertragskassen
Einnahmen	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Bundesbeiträge	4.15	4.39	4.49	4.48	4.46	4.32	4.37	4.56	4.38	4.36
Tbk.-Vers'beitr.	0.39	0.40	0.38	0.55	0.92	0.96	—	0.54	—	0.45
Kantonsbeitr. .	1.95	1.96	1.97	1.96	2.18	2.09	1.83	1.98	1.90	1.97
Stadtbeiträge .	16.52	16.66	17.41	17.57	17.30	17.14	15.13	17.09	17.64	16.85
Mitgliederbeitr.	18.36	19.88	17.90	16.51	18.21	19.90	19.68	18.45	17.30	18.63
Sonstige Beitr.	5.63	7.38	5.13	5.07	7.50	6.42	5.74	5.92	5.43	6.15
Ges'einnahmen	47.—	50.67	47.28	46.14	50.57	50.83	46.75	48.54	46.65	48.41
Ausgaben										
Krankenpflege										
Arztkosten . .	22.71	25.43	24.34	22.38	23.26	23.41	25.06	23.33	21.24	23.67
Arznei- { Apotheke	6.46	6.93	6.57	5.92	7.41	7.70	5.61	5.88	6.07	6.57
kosten { Selbstdis.	1.31	1.29	1.20	1.49	1.15	1.28	2.16	1.22	1.36	1.35
Sonst. Heilm..	0.47	0.20	0.27	1.36	0.81	0.27	0.30	0.94	0.26	0.49
Heilanstalten[1])	7.94	9.31	7.36	7.86	11.42	9.30	7.30	7.76	9.29	8.59
Transportkost.	0.17	0.12	0.15	0.12	0.16	0.16	0.17	0.14	0.13	0.15
Wochenhilfe[2])										
Hauspflege . .	0.20	0.29	0.09	0.54	0.15	0.15	0.45	0.24	0.21	0.25
Anstaltspflege	0.84	1.15	0.78	1.52	0.63	1.—	0.93	1.59	1.23	1.04
Stillgelder . .	0.53	0.54	0.37	0.83	0.37	0.49	0.47	0.86	0.59	0.55
Zahnpflege . .	0.08	—	—	—	—	—	—	—	—	0.02
Ver- { ordentlich	4.09	4.26	3.90	3.76	4.74	4.77	2.99	4.64	4.34	4.15
waltg. { außer-ord.	0.21	0.16	—	—	—	—	—	0.04	—	0.09
Tbk.-Vers'präm.	—	—	0.52	—	0.94	0.93	0.33	—	—	0.22
Sonstige . . .	0.46	0.41	0.29	0.40	0.62	0.43	0.91	0.33	0.47	0.46
Gesamtausgab.	45.12	49.65	45.56	45.41	51.44	49.59	46.23	46.32	44.71	47.19
Vorschlag . . .	1.88	1.02	1.72	0.73	–0.87	1.24	0.52	2.22	1.94	1.22
Saldo Ende 1940	-14.06	–2.77	–5.53	–2.—	26.79	3.95	7.89	11.49	8.77	–0.32

[1]) Behandlung und Verpflegung — [2]) Pro Mitglied über 18 Jahre

Bezahlte und als unerhältlich vergütete Mitgliederbeiträge 1940

10 Gruppen	Beiträge in Franken			Prozentzahlen		
	Bezahlt	Vergütet	Zusammen	Bezahlt	Vergütet	Zusammen
I	1 442 216	292 517	1 734 733	83,1	16,9	100
II	869 799	99 261	969 060	89,8	10,2	100
III	1 019 158	107 707	1 126 865	90,4	9,6	100
Zus.	3 331 173	499 485	3 830 658	87,0	13,0	100

Gemäß Artikel 21 der städtischen Verordnung
über die obligatorische Krankenpflegeversicherung werden den Kassen unerhältliche
Mitgliederbeiträge von der Stadt vergütet.