ZÜRCHER STATISTISCHE NACHRICHTEN

26. Jahrgang 1949 · 3. Heft

ZWANZIG JAHRE OBLIGATORISCHE KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG ZÜRICH

VON A. ACKER, VORSTEHER DES AMTES FÜR SOZIALVERSICHERUNG UND DR. A. SENTI

VORBEMERKUNG

Am 1. Januar 1928 trat die stadtzürcherische Verordnung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung in Kraft. Es besteht somit die Möglichkeit, über deren segensreiches Wirken während zwei Dezennien Rechenschaft abzulegen. Auch die Tatsache, daß mit dem 1. Januar des Jahres 1949 die Alters- und Hinterlassenen-Versicherung in Kraft getreten ist, wodurch nach einem dornenvollen Leidensweg, der sich über mehr als ein halbes Jahrhundert hinzog, die Dreiheit unserer Sozialversicherung: Arbeitslosenversicherung, Krankenversicherung und Alters- und Hinterlassenen-Versicherung, verwirklicht und zu einem gewissen Abschluß gebracht wurde, mag einen solchen Rückblick rechtfertigen.

GESCHICHTLICHES

Wenn auch die heutige, auf breiter Grundlage beruhende Regelung der Krankenversicherung, wie überhaupt die ganze Sozialversicherung, als ein Kind des ausgehenden neunzehnten Jahrhunderts angesehen werden muß, so reichen doch Ansätze für eine auf Gegenseitigkeit beruhende Krankenfürsorge und, in Form von Kranken-

kassen, auch für eine Krankenversicherung in weitzurückliegende Zeiten zurück. Im Mittelalter sorgten nämlich sogenannte Bruderschaften, die in erster Linie religiöse Zwecke verfolgten, für die Beerdigung ihrer Mitglieder und, wie allgemein angenommen wird, auch für deren Betreuung im Krankheitsfall. Vereinzelt scheint sich sogar ein direkter Zusammenhang zwischen im laufenden Jahrhundert noch bestehenden Kassen und aus dem ausgehenden Mittelalter stammenden Bruderschaften, die u.a. Hilfe für erkrankte Mitglieder bezweckten, nachweisen zu lassen. So führt Niederer[1]) die Anfänge der obligatorischen Gemeindekrankenkasse Luzern, die im Jahre 1914 aus der allgemeinen Arbeiterkrankenkasse der Stadt hervorging, letzten Endes auf die bereits im Jahre 1560 nachweisbare «Bruderschaft lediger Mannspersonen» zurück. In den ursprünglichen Satzungen dieser Vereinigung, deren Mitglieder sich Sodalen oder religiöse oder geistliche Brüder nannten, fand sich u.a. die Bestimmung: «Jeglichem Bruder, wenn er siech wird oder krank, soll man leihen dritthalb Pfennige täglich, wenn es ihm not tut, hilft ihm aber unser Hergott, daß er wieder gesund wird und arbeiten kann, so soll er die dritthalb Pfennige wieder bezahlen. Tut es ihm lange not und bedarf er mehr, so soll man ihm leihen auf Pfand; stirbt er, so soll man bezahlen von dem, was er hinterläßt.»

Für Zürich hat Dr. P. Guyer vom Stadtarchiv in verdankenswerter Weise verschiedene in diesem Zusammenhang interessierende Nachrichten über die mittelalterliche Krankenfürsorge der Handwerksgesellen zusammengestellt, die wir nachstehend auszugsweise verwerten.

Über die innere Organisation der Bruderschaften ist nur wenig bekannt; einzelne umfaßten bloß die betreffenden Handwerksgesellen, während in andern Meister und Gesellen zusammengeschlossen sein mochten. Nach der Reformation (1525) wurden die zürcherischen Bruderschaften (es bestanden etwa 20, darunter solche der Kunsthandwerker, Maler und Goldschmiede, der Schmiede, Spielleute, der Schuhmacher, Kürschner, Bäcker, Müller) aufgehoben.

Etwas besser sind wir über die Gesellenverbände unterrichtet. So wissen die Zunftquellen (Bd.1 S.39) aus der Zeit um 1336 zu berichten, daß die Wollenschlager und Wollenweberknechte von Zürich die Zunftmeister um ihre Mithilfe bei der Übernahme der in den Rhein-

[1]) Das Krankenkassenwesen der Schweiz und das Bundesgesetz vom 13. Juni 1911. Inauguraldissertation vorgelegt von Eduard Niederer aus St. Gallen. Bern 1914.

städten in Geltung stehenden Ordnung betreffend Äufnung einer Kasse zur Unterstützung von kranken Mitgliedern bitten. «Die Weberknechte hätten die Gewohnheit, alle Fronfasten einen Pfennig in eine Kasse zu legen. Ferner bezahle jeder neue zugewanderte Geselle 4 Pfennig beim Eintritt. Diese ‚Gottesgabe' wird von vier Knechten verwaltet. Erkrankt ein Geselle, so wird aus dieser Kasse (Büchse) Geld für sein Unterhalt gegen Pfand oder Bürgschaft vorgestreckt, das er nach seiner Genesung zurückbezahlen soll, sofern er es vermag. Stirbt aber der Geselle, so wird seine Schuld hinfällig und die Bürgen werden von ihrer Bürgschaft entlassen.» Und ebenda lesen wir (Seite 173) in der Ordnung der Zürcher Schneidergesellen die Bestimmung: «Wenn ein Schneiderknecht krank wird und er so arm ist, daß er für seinen Unterhalt nicht aufkommen kann, so soll ihm aus der Gesellenkasse ein halber Gulden geliehen werden. Er soll sich aber verpflichten, dieses Geld zurückzugeben, sobald er genesen ist und wieder verdienen kann. Bedarf er mehr Geld, so soll ihm ein weiterer halber Gulden gegen Pfand vorgestreckt werden». Zweifellos haben diese Gesellenverbände bis zum Untergang der alten Zunftordnung weiterbestanden und in irgendeiner Form die Fürsorge für die kranken Mitglieder ausgeübt. Aus zürcherischen Quellen ersehen wir, daß sie auch in spätern Jahrhunderten aus regelmäßigen Beiträgen einen Fonds äufneten, aus dem sie den erkrankten Mitgesellen einen Vorschuß gewährten, der nach der Genesung zurückvergütet werden sollte. Diese Regelung war in den bis heute erhalten gebliebenen Gesellenordnungen der folgenden Handwerke vorgesehen: Schneider (um 1520), Weber (1618), Tischmacher (1655 und 1788), Nagler (1658), Barbiere (1670), Schmiede (1693), Bürstenbinder (1788) und Kannengießer (1792).

Im Jahre 1618 wünschen die Weberknechte eine «Büchse oder Lad, wie by andern Handtwerchen brüchig ze haben, damit uß dem Gelt, so in dieselbe zusammen gestürt und geleget werden möchte, den jungen Wäberknechten, so etwa mit Krankheit ald andern dersglychen Widerwertigkeiten angegriffen werdent, Hilff und Handtreichung gethan werden könne und also sy destominder dem Spital ald andern Lüthen (wie byshar beschechen) überlegen und beschwerlich syn müßind». Der Rat bewilligt diese Lade, die Äufnung soll wie bei den andern Handwerken erfolgen.

In der Handwerksordnung der Tischmacher und Büchsenschiftergesellen vom 4. Januar 1655 heißt der § 21: «Die kranken Gesellen erhalten einen Beitrag aus der Lade, den sie nach ihrer Genesung zu-

rückzahlen sollen». In der Ordnung der Naglergesellen ist in § 22 von einem «Fonds für Handreichung im Fall von Krankheit oder Unfall» die Rede, in der Gesellenordnung der Schmidenzunft von einer «Büchse, die durch Beiträge und Bußen geäufnet wird».

Von einem Dokument, das eine grundsätzlich neue Regelung vorsah, indem darin nicht bloß Unterstützungsleistungen, sondern die unentgeltliche Krankenpflege stipuliert wurde, und auf das ihn Dr. Leo Weisz hingewiesen hat, berichtete bereits E. Steinemann in seiner in diesen Nachrichten erschienenen Abhandlung über «Die obligatorische Krankenpflegeversicherung Zürichs». In einer am 4. Christmonat 1720 vom Spitalschreiber Erhard Kesselring ausgestellten Pergamenturkunde aus dem in der Zürcher Zentralbibliothek aufbewahrten Zunftarchiv zur Schneidern wird nämlich vor dem Statthalter, dem Zunftmeister und zwei Mitgliedern des Großen Rates bekundet, es seien «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».

Noch bis zur Wende des achtzehnten Jahrhunderts gab es bei uns wie an andern Orten in der Schweiz und im Auslande sogenannte Gesellenladen, deren Zweck u. a. in der Unterstützung von in Not geratenen armen und kranken Gesellen bestand. Über die Abschaffung einer solchen «Gesellenlade bey dem Schreinerhandwerk» in unserer Stadt und deren Ersetzung durch eine neue Ordnung berichtet Niederer auf Grund des Protokolls der Industriekommission 1803. Im zweiten («II. Gesellen-Artikel oder Gesetz die Gesellen betreffend in Hinsicht auf die Gesellen selbst» betitelten) Teil dieser Ordnung bestimmt der Artikel 20 unter anderem, «es soll für Arme und kranke Gesellen ein Armen- und Krankenfonds errichtet werden, geäufnet durch wöchentliche Beiträge von 1 Schilling, die von allen in Zürich in Arbeit stehenden Gesellen zu leisten sind. Kranke Gesellen, die im Spital verpflegt werden, erhalten Unterstützung ...»

Im neunzehnten Jahrhundert machte sich mit der mächtigen Entwicklung der modernen Industrie vor allem das Bedürfnis nach der Errichtung von Arbeiter- und Fabrikkrankenkassen geltend. Eine solche, und dazu eine der ältesten Krankenkassen der Schweiz überhaupt, war die Betriebskrankenkasse Escher Wyß & Co, die im Jahre 1831 als «Kranken-, Invaliden- und Sterbecassa für die erwachsenen Mitglieder in der Neumühle männlichen Geschlechts» gegründet wurde, und aus der im Jahre 1933 die heutige «Industriekrankenkasse» hervorgegangen ist. Bereits in der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts entstand ferner im zürcherischen Baugewerbe eine Krankenkasse, indem die Steinmetze und Steinhauer am 26. März 1846 eine Vereinigung gründeten, deren Zweck in ihren Statuten wie folgt umschrieben wird: «Die im Bezirke Zürich in Arbeit stehenden Steinhauer und Steinmetzgesellen haben in ihrer heutigen Versammlung, in Anerkennung der Zweckmäßigkeit und Wohltätigkeit der Institution — der Krankenunterstützungskassen — einen Verein ins Leben gerufen, der den Zweck hat, allfällig erkrankende Mitglieder von einer Ersparnis in gesunden Tagen zu unterstützen».

Schon früh läßt sich auch, bemerkenswerterweise aber nur für die sogenannten Aufenthalter, die zugereisten Gesellen, eine gesetzliche Regelung der Krankenversicherung nachweisen. Das zürcherische «Polizeigesetz für Handwerksgesellen, Lehrlinge, Fabrikarbeiter, Taglöhner und Dienstboten» vom 16. Christmonat 1844 statuiert für diese Bevölkerungskreise sogar bereits ein für das ganze Kantonsgebiet geltendes Obligatorium. Denn es bestimmt in den Artikeln 25 und 26 folgendes:

Art. 25. «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.»

Art. 26. «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 Unterstützungskasse 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.»

Zu den ältesten heute noch bestehenden Krankenkassen unserer Stadt gehört auch deren jetzt größte, die Gewerbekrankenkasse, die im Jahre 1851 als «Krankenunterstützungsverein der Maurer und Lehrlinge» ins Leben trat.

Von Anfang an nicht auf bestimmte Berufs- oder Erwerbszweige beschränkt war das Wirkungsfeld der im Jahre 1856 von der «Hülfsgesellschaft in Zürich» errichteten «Allgemeinen Krankenkasse Zürich». Ja, nach dem § 1 ihrer Statuten scheint man bei der Gründung sogar eine Betätigung über das Gebiet der Stadt Zürich hinaus in Aussicht genommen zu haben. Denn dieser lautet in seiner ursprünglichen Fassung: «Unter Oberaufsicht der Hülfsgesellschaft wird eine allgemeine Krankenkasse gegründet, welche einstweilen nur für die Einwohnerschaft der Stadt Zürich berechnet ist, je nach Möglichkeit aber ausgedehnt werden soll.» Auch an andern Orten war die Einrichtung von Krankenvereinen nicht selten der Initiative von gemeinnützigen Gesellschaften zu verdanken.

Einen weitern Ausbau erfuhr die Krankenversicherung indessen in unserem Kanton nicht, während der Kanton Genf (allerdings erst zu Beginn des laufenden Jahrhunderts durch Gesetz vom 27. Mai 1903 betreffend die staatliche Förderung der Krankenkassen) für Kassen, die bestimmten gesetzlichen Vorschriften über die versicherungstechnische Sicherheit und Staatsaufsicht genügen, die jährliche Subventionierung auf Grund ihrer Mitgliederzahl einführte. Im wesentlichen ist die moderne Sozialgesetzgebung, insbesondere die obligatorische Krankenversicherung, bei uns auf eidgenössischem Boden entstanden. Ihre Geschichte setzt mit dem 22. März 1885 ein, als im Nationalrat eine Motion Klein eingereicht wurde, die eine Revision der Gesetze über die Haftpflicht vom 1. Juli 1875 und vom 25. Juni 1881 bezweckte und den Bundesrat einlud, «die Frage zu untersuchen und darüber Bericht zu erhalten, ob nicht eine allgemeine obligatorische Arbeiter-Unfallversicherung anzustreben sei».

Die Motion Klein wurde gutgeheißen und gab außer zur Haftpflichtnovelle vom 26. April 1887 Veranlassung zum Artikel 34bis der Bundesverfassung, der in der Volksabstimmung vom 26. Oktober 1890 bei einer Stimmbeteiligung von 59,8 Prozent mit 283228 Ja gegen 92200 Nein und 20½ annehmenden gegen 1½ verwerfenden Ständestimmen angenommen wurde. Danach sollte der Bund auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung einrichten unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen, wobei er den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären konnte.

Auf Grund dieser Verfassungsbestimmung arbeitete der damalige Nationalrat Dr. Ludwig Forrer, der spätere Bundesrat, den Entwurf zu einem «Bundesgesetz betr. die Kranken- und Unfallversicherung

mit Einschluß der Militärversicherung vom 5. Oktober 1899» aus, das die Einführung der staatlichen Kranken- und Unfallversicherung mit einem Obligatorium für alle unselbständig erwerbenden Personen vom 14. Altersjahre an vorsah. Am 20. Mai 1900 wurde diese Lex Forrer bei einer Stimmbeteiligung von 66,7 Prozent mit dem großen Mehr von 341914 Nein gegen nur 148035 Ja verworfen.

Trotzdem im allgemeinen nicht der Versicherungsgedanke an sich, sondern lediglich die Art, wie er verwirklicht werden sollte, aus der Befürchtung einer unerträglichen Belastung heraus auf heftige Gegnerschaft stieß, dauerte es länger als ein volles Dezennium, bis dem Schweizervolke eine zweite, eine Kompromißlösung darstellende, Gesetzesvorlage zur Genehmigung unterbreitet werden konnte. Diese neue Vorlage, die im Gegensatz zur Lex Forrer kein Obligatorium vorsah, vielmehr die Einführung des Versicherungszwangs den Kantonen überließ, wurde am 4. Februar 1912 bei einer Stimmbeteiligung von 64,3 Prozent mit 287565 Ja gegen 241416 Nein angenommen. Mit diesem «Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911» war die bundesrechtliche Grundlage für den Ausbau der Krankenversicherung geschaffen. Aber trotzdem das Bundesgesetz am 1. Juni 1914 in Kraft trat, sollten nochmals fast zwei Jahrzehnte verstreichen, bis die Obligatorische Krankenpflegeversicherung Zürich in Funktion treten konnte.

Als nämlich das kantonalzürcherische Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung soweit vorbereitet war, daß es dem Volke zur Abstimmung vorgelegt werden konnte, brach der erste Weltkrieg aus. Die Volksabstimmung fand dann erst am 10. Dezember 1916 statt. Das Gesetz, das die Einführung des Obligatoriums den Gemeinden freistellte, wurde zwar bei einer Stimmbeteiligung von 77,7 Prozent mit 69969 Ja gegen 18780 Nein angenommen, war aber infolge der Teuerung in den Kriegs- und Nachkriegsjahren alsbald überholt, und in der Kriegszeit und während der anschließenden Krisenjahre war den Gemeinden die Anwendung des Gesetzes in seiner damaligen Fassung nicht möglich. Nach wiederholten Vorstößen im Kantonsrat kam dann ein revidiertes kantonales Einführungsgesetz zustande, das in der Volksabstimmung vom 6. Juni 1926 bei einer Beteiligung von 66,1 Prozent der Aktivbürger mit 56305 Ja gegen 22240 Nein die Zustimmung des Souveräns fand.

Erst jetzt war für die Verwaltung der Stadt Zürich der Weg frei, um die bereits früher in Angriff genommenen und seinerzeit

unterbrochenen Arbeiten für die Einführung der obligatorischen Krankenversicherung in unserer Stadt wieder aufzunehmen und zu beendigen. Zwar hatte der nachmalige Stadtrat Dr. Hermann Häberlin bereits am 22. September 1917, unterstützt von Mitgliedern der freisinnigen Fraktion, im Großen Stadtrat eine Motion eingereicht, in welcher der Stadtrat eingeladen wurde, «beförderlichst Bericht und Antrag zu stellen betreffend die Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung mit städtischen Beiträgen». Doch hatte man im Jahre 1918 die Behandlung der ganzen Frage mit Rücksicht auf die schwierige finanzielle Lage der Stadt abbrechen und auf später verschieben müssen. Die damals von der ad hoc bestellten Fachkommission gefaßten Beschlüsse waren für die nunmehr wieder einsetzenden Einführungsarbeiten richtunggebend und vielfach entscheidend. Sobald die Revision des kantonalen Einführungsgesetzes in sicherer Aussicht stand, wurden die seinerzeit unterbrochenen Vorarbeiten wieder aufgenommen. Eine Kommission unter dem Vorsitz von Dr. Häberlin begann am 22. Mai 1925 die Beratungen eines von Stadtarzt Kruker und dem Krankenkassenvertreter Emil Schultheß ausgearbeiteten Entwurfes einer Verordnung zur Einführung der obligatorischen Krankenversicherung, der dann vom Stadtrat mit Weisung vom 16. März 1927 dem Großen Stadtrat unterbreitet wurde. Nachdem die Vorlage von diesem mit kleinen Abänderungen genehmigt worden war, gelangte sie am 11. Dezember 1927 vors Volk. Die stadtzürcherischen Stimmbürger erklärten sich bei einer Stimmbeteiligung von 65,1 Prozent mit 32492 Ja gegen 5413 Nein mit der Vorlage einverstanden.

DIE BUNDESGESETZGEBUNG

Der Bundesverfassungsartikel, der das Fundament unserer wie der gesamtschweizerischen Krankenversicherung bildet, und, wie wir gesehen haben, in der Volksabstimmung vom 26. Oktober 1890 beschlossen wurde, lautet:

Art. 34bis. 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.

Wie wir weiter ausführten, hat der Bund die Verwirklichung der Krankenversicherung den Kantonen überlassen. Er fördert sie lediglich durch Subventionen an diejenigen Krankenkassen, die den gesetzlichen Mindestanforderungen entsprechen und damit «aner-

kannte» Krankenkassen werden. Die Subventionierung ist an gewisse Mindestleistungen der Kasse (ärztliche Behandlung und Arznei oder ein tägliches Krankengeld von mindestens 1 Franken bei gänzlicher Erwerbsunfähigkeit) geknüpft; eine weitere Bedingung ist der Sitz der Kasse in der Schweiz und, daß sie Schweizer nicht ungünstiger behandelt als Ausländer; ferner soll der Betrieb auf Gegenseitigkeit beruhen und es muß die Sicherheit für die Erfüllung der übernommenen Verpflichtungen gewährleistet sein. Von besonderer Bedeutung ist schließlich die im Art. 15 des Bundesgesetzes stipulierte freie Arztwahl. Den Kantonen ist es anheimgestellt, selber die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungskreise obligatorisch zu erklären und unter Berücksichtigung der bestehenden Kassen öffentliche Kassen einzurichten oder diese Kompetenzen den Gemeinden zu delegieren. Die Bundesbeiträge werden pro Mitglied gewährt; sie sind für Männer, Frauen und Kinder in gewisser Hinsicht differenziert. Der Bund zahlt ferner einen Beitrag für jedes Wochenbett und allenfalls ein Stillgeld.

Die wichtigsten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) vom 13. Juni 1911 lauten:

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;
c) die Arbeitgeber zu verpflichten, für die Einzahlung der Beiträge ihrer in öffentlichen Kassen obligatorisch versicherten Arbeiter zu sorgen.

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

Art. 5. Jeder Schweizerbürger hat das Recht, in eine Kasse einzutreten, wenn er deren statutarische Aufnahmebedingungen erfüllt ...

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. 14. Die Kassen haben das Wochenbett einer versicherten Krankheit gleichzustellen, wenn die Wöchnerin bis zum Tage ihrer Niederkunft, ohne Unterbrechung von mehr als drei Monaten, während mindestens 9 Monaten Mitglied von Kassen gewesen ist ...

Art. 15. Wenn eine Kasse ärztliche Behandlung gewährt, so soll jedem erkrankten Mitglied die Wahl unter den an seinem Aufenthaltsort oder in dessen Umgebung praktizierenden Ärzten freistehen ...

Art. 16. Die Kassen sind befugt, auf Grund der Tarife mit Ärzten oder Vereinigungen von Ärzten Verträge abzuschließen und ausschließlich diesen Ärzten die Behandlung ihrer Mitglieder anzuvertrauen ...

Art. 22. Die Kantonsregierungen setzen, nach Anhören von Vertretern von Kassen, sowie der Berufsverbände der Ärzte und der Apotheker, die Tarife der ärztlichen Leistungen und der Arzneien fest ...

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.

Die vorstehend bezeichneten Bundesbeiträge werden um je 50 Rappen erhöht für diejenigen Mitglieder, denen die Kasse in Krankheitsfällen die Versicherungsleistungen im Lauf von 540 aufeinanderfolgenden Tagen während wenigstens 360 Tagen 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.

Art. 38. Wenn Kanton oder Gemeinden die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären und die Beiträge dürftiger Kassenmitglieder ganz oder teilweise auf sich nehmen, so gewährt ihnen der Bund Beiträge bis auf ein Drittel dieser Auslagen.

Die bundesgesetzliche Regelung hat bis heute keine grundsätzliche Änderung erfahren, doch ist eine solche in den eidgenössischen Räten wiederholt (durch eine am 20. Dezember 1944 von Nationalrat A. Seematter eingereichte Motion auf Einführung eines Teilobligatoriums vor allem für Minderbemittelte, durch eine am 22. Juni 1945 von Nationalrat Fr. Schneider eingereichte Motion auf erhebliche Ausgestaltung der Krankenversicherung, durch ein Postulat von Dr. L. Siegrist, durch eine am 16. Dezember 1943 eingereichte Motion von Nationalrat Dr. E. Bircher und schließlich durch ein Postulat von Nationalrat Dr. W. Spühler) angeregt worden, und vom Vorsteher des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartementes wurde auch die Revisionsbedürftigkeit des Gesetzes ausdrücklich anerkannt.

Eine gewisse Anpassung an die seit dem Erlaß des Gesetzes eingetretene Geldentwertung erfolgte in der Weise, daß die in Art. 35 festgelegten Bundesbeiträge durch die Bundesbeschlüsse vom 28. März 1945 und 28. Juni 1946 für die Jahre 1944 bis 1947 und durch Bundesbeschluß vom 12. März 1948 für die Jahre 1948 und 1949 erhöht wurden, und zwar für Kinder um 2 Franken bzw. 50 Rappen, für Frauen

um 2 Franken 50 bzw. 1 Franken und für Männer (nur pro 1948 und 1949) ebenfalls um 1 Franken.

Eine bedeutungsvolle Erweiterung erfuhren die Leistungen des Bundes an die Kassen durch den Erlaß der bundesrätlichen «Verordnung I über Tuberkuloseversicherung» vom 19. Januar 1944. In Ausführung von Art. 15 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1928 betreffend Maßnahmen gegen die Tuberkulose werden danach den anerkannten Krankenkassen und Verbänden von solchen, welche tuberkulösen Kassenmitgliedern die in der Verordnung umschriebenen weitergehenden Leistungen gewähren, besondere Beiträge ausgerichtet.

Als Tuberkulose im Sinne dieser Verordnung gelten alle Formen der Tuberkulose bei Erwachsenen und Kindern; bei den letztern ist die Tuberkulosegefährdung und der Verdacht auf Tuberkulose der Erkrankung an solcher gleichgestellt. Die Bundesbeiträge sind in Art. 32 festgesetzt: 1. in der Krankenpflegeversicherung auf die Hälfte des von den Versicherungsträgern an die Aufenthaltskosten in einer Heilanstalt geleisteten täglichen Beitrages, höchstens jedoch auf Fr. 1.50 für Kinder und Fr. 2.— für Erwachsene je Verpflegungstag; 2. in der Krankengeldversicherung auf die Hälfte des ausbezahlten Taggeldes, höchstens jedoch auf Fr. 2.— je Verpflegungstag. Sie werden nach dieser Verordnung I «für Kinder vom 91. Tage und für Erwachsene vom 151. Tage des Aufenthaltes in einer Heilanstalt ... an und für so lange ausgerichtet, als die Versicherungsträger die in dieser Verordnung festgesetzten Leistungen zu gewähren haben». Diese Leistungen waren nach Art. 12 vom ersten Tage des Aufenthaltes in einer Heilanstalt weg für die Dauer von mindestens 540 Tagen im Laufe von fünf aufeinanderfolgenden Jahren zu gewähren.

Durch die am 16. Juni 1947 erlassene «Verordnung II über Tuberkuloseversicherung» sind die Leistungen der Kassen an die Kosten des Aufenthaltes in einer Tuberkulose-Heilanstalt erhöht und erweitert worden. Gleichzeitig wurde die minimale Bezugsberechtigungsdauer von 540 auf 720 Tage und unter gewissen Voraussetzungen bis auf 1080 Tage im Verlaufe von fünf aufeinanderfolgenden Jahren ausgedehnt. Dementsprechend erfuhren auch die Bundesbeiträge eine Erhöhung, und zwar in der Pflegeversicherung für Kinder auf höchstens Fr. 2.50 bzw. Fr. 3.— und für Erwachsene auf Fr. 4.— je Verpflegungstag, und in der Taggeldversicherung auf Fr. 6.— je Verpflegungstag.

Der Kanton Zürich hat die im Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 den Kantonen eingeräumte Befugnis, die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungskreise obligatorisch zu erklären, im Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung (vom 6. Juni 1926) den Gemeinden übertragen. Das Gesetz begrenzt indessen den Kreis der Personen, für welche die Versicherungspflicht gelten soll. Sie hatte sich nach der ursprünglichen Fassung des Gesetzes zu erstrecken auf Familien, deren Einkommen Fr. 2800 nicht übersteigt, auf Einzelpersonen, deren Einkommen Fr. 2400 nicht übersteigt und auf alleinstehende unmündige Personen, wenn das Einkommen ihrer unterstützungspflichtigen Verwandten Fr. 2800 nicht übersteigt. Den Gemeinden stand es frei, die Versicherungspflicht auf alle Einzelpersonen und Familien mit höchstens 4000 Franken Einkommen auszudehnen und die Einkommensgrenze für jedes Kind um Fr. 400, aber höchstens auf Fr. 6000, hinaufzusetzen. Maßgebend ist im Einzelfall das versteuerte um einen Zehntel des versteuerten Vermögens vermehrte Einkommen. Kranke Personen sowie solche, die ein gewisses Alter überschritten haben, können die Gemeinden von der Versicherungspflicht ausnehmen.

Die Gemeinden sollen die Durchführung der Versicherung privaten anerkannten Krankenkassen oder Krankenkassenverbänden übertragen und nur dann öffentliche Kassen gründen, wenn sich die Durchführung in der angegebenen Art nicht ermöglichen läßt. Die öffentlichen Krankenkassen müssen den Anforderungen des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung entsprechen und um die Anerkennung des Bundesrates einkommen; die Gemeinden haften für das Defizit ihrer Betriebsrechnung. Die öffentlichen wie die Vertragskrankenkassen haben darauf zu achten, daß ihre Mitglieder nicht bei mehr als zwei Krankenkassen versichert sind.

Die obligatorische Versicherung muß wenigstens ärztliche Behandlung und Arznei umfassen; doch kann die Gemeinde noch weitere Leistungen beschließen, in welchem Fall alle Kassen den versicherungspflichtigen Mitgliedern mindestens diese Leistungen zu gewähren haben. Wenn versicherungspflichtige Mitglieder ihre Beiträge nicht entrichten können, dürfen sie weder von der Versicherungspflicht noch vom Genuß der Mindestleistungen ausgeschlossen werden. Der Kanton hat sich ein Aufsichtsrecht über die Durchführung vorbehal-

ten, indem festgesetzt ist, daß die Bestimmungen, welche die Gemeinden zur Ausführung des Einführungsgesetzes erlassen, der Genehmigung des Regierungsrates bedürfen.

Die finanziellen Leistungen des Staates an die obligatorische Krankenversicherung bestehen aus einem jährlichen Beitrag von 2 Franken für jede obligatorisch versicherte Person und einem Beitrag von je 10 Franken an die Kosten des Wochenbettes und an das Stillgeld, wenn ein Bundesbeitrag gewährt wird. Schließlich beteiligt sich der Staat an den Kosten, die den Gemeinden daraus erwachsen, daß sie den Vertragskassen die unerhältlichen Beiträge von bedürftigen Mitgliedern vergüten müssen. Er übernimmt einen Drittel dieser Kosten.

Das kantonale Gesetz erfuhr im Jahre 1945 eine Revision, die lediglich die Anpassung an die erhöhten Lebenskosten bezweckte. Die Einkommensgrenzen für das Obligatorium wurden für Einzelpersonen auf 4500 Franken und für Familien auf 5200 Franken, plus höchstens 500 Franken für jedes unmündige Kind, fixiert. Zudem sind die kantonalen Beiträge erhöht worden, wobei gleichzeitig eine Differenzierung des bisher einheitlichen Ansatzes vorgenommen wurde. Der § 23 lautet nun in seiner neuen Fassung:

§ 23. «Der Kanton gewährt den anerkannten privaten und den öffentlichen Krankenkassen neben den ihnen zukommenden Leistungen des Bundes für die im Kanton Zürich wohnhaften Personen folgende jährliche Beiträge:

a) Für die bei ihnen obligatorisch für ärztliche Behandlung und Arznei versicherten Personen, bei einer Unterstützungsdauer bis zu 270 Tagen, Fr. 3.— für Kinder bis zum zurückgelegten 14. Altersjahr und für weibliche Personen vom 15. Altersjahr an, Fr. 2.— für männliche Personen vom 15. Altersjahr an.
Bei einer Unterstützungsdauer von mehr als 270 Tagen erhöhen sich diese Beträge um je Fr. 1.—.

b) Für die bei ihnen freiwillig für ärztliche Behandlung und Arznei versicherten Personen die Hälfte der unter lit. a erwähnten Beträge.

c) Für die bei ihnen freiwillig nur für Krankengeld allein versicherten Personen je Fr. 1.—.

Für Krankenkassen, die ihre Mitglieder während mindestens 720 Tagen der erweiterten Tuberkuloseversicherung nach den Vorschriften des Bundes teilhaftig werden lassen, erhöhen sich die unter lit. a–c hiervor genannten Beträge um 50 Rp., wenn die gesamte Tagesentschädigung mindestens Fr. 3.— für Kinder und Fr. 4.— für Erwachsene, und um Fr. 1.—, wenn sie mindestens Fr. 4.— für Kinder und Fr. 6.— für Erwachsene beträgt.

In den Fällen, in denen der Bund einen Beitrag an die Kosten des obligatorisch versicherten Wochenbettes und ein Stillgeld gewährt, leistet der Kanton ebenfalls einen Wochenbettbeitrag von Fr. 10.— und ein Stillgeld von Fr. 20.—. Das kantonale Stillgeld kommt der Wöchnerin zu.»

Die wichtigsten Bestimmungen des Einführungsgesetzes sind in ihrem heute geltenden Wortlaut im Anhang auf der Seite 145 zusammengestellt.

DIE STADTZÜRCHERISCHE VERORDNUNG

Entstehung

Die Stadt Zürich hat bereits vor der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung — allerdings in bescheidenem Rahmen — gewisse Leistungen für die Krankenpflege ausgerichtet, indem sie einen Teil der Kosten der durch die staatliche medizinische Poliklinik im Stadtgebiet vorgenommenen Krankenbesuche übernahm. (In den entfernter liegenden Stadtteilen wurden Privatärzte bestellt, welche gegen billige Entschädigung seitens der Stadt die erforderlichen Krankenbesuche auszuführen und die dabei verordneten Medikamente zu verabfolgen bzw. anzuweisen hatten.) Durch Gemeindebeschluß vom 5. Juni 1898 wurden die Besuche auf das ganze Stadtgebiet ausgedehnt, gleichzeitig aber die Jahresausgaben für unentgeltliche Krankenbesuche nebst Medikamenten auf 40000 Franken beschränkt. Sobald die Kosten den genannten Betrag überschritten, sollte die Frage betreffend Fortführung dieser Institution neuerdings der Gemeinde zum Entscheid vorgelegt werden.

Die Krankenversicherung, das Krankenkassenwesen, war indessen ausschließlich eine Frucht privater Initiative und beruhte auf Freiwilligkeit. Um 1903 bestand in Zürich die große Zahl von 117 Krankenkassen. Doch wäre es, wie Dr. H. Häberlin dazu schreibt, nur zum Teil berechtigt, «aus dieser großen Zahl etwa den Schluß ziehen zu wollen, daß die Krankenversicherung sich erfreulich entwickelt habe ...» «denn einerseits handelt es sich um sehr viele kleine Gewerkschaftskassen (im ganzen sind ca. 36000 Männer, 6200 Frauen und 3600 Kinder versichert), anderseits sind deren Leistungen vielfach gänzlich ungenügend». Insbesondere war die Krankenpflegeversicherung in der Entwicklung sehr zurückgeblieben. Nur 16 Kassen übernahmen damals alle Kosten der Behandlung, 5 weitere bezahlten den Arzt und die Medikamente und 25 andere stellten den Spital zur Verfügung.

Bei der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Zürich mußte also etwas ganz Neues geschaffen werden, wobei aller-

dings die Möglichkeit bestand, die vorhandenen Kassen in das zu errichtende Sozialversicherungswerk einzubauen, wenn man nicht einer einzigen zentralen Kasse den Vorzug geben wollte.

Mit der Gutheißung des kantonalen Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung durch das Zürcher Volk am 6. Juni 1926 war für die Verwaltung der Stadt Zürich der Weg frei, den notwendigen zeitgemäßen Ausbau dieses Zweiges der Sozialversicherung an Hand zu nehmen. Wie bereits ausgeführt wurde, bestimmt das kantonale Einführungsgesetz grundsätzlich, daß Gemeinden, welche die Krankenversicherung obligatorisch erklären, deren Durchführung privaten anerkannten Krankenkassen oder Verbänden von solchen Kassen zu übertragen haben. Nur dann, wenn es einer Gemeinde nicht möglich ist, mit privaten Krankenkassen Vereinbarungen zu treffen, kann sie eine oder mehrere öffentliche Kassen gründen.

Ende 1925 waren nach einem Bericht des Statistischen Amtes in 16 Betriebskrankenkassen 8454, in 4 konfessionellen und politischen Kassen 4078, in 4 Berufskassen 1040, in 5 Ortskrankenkassen 32627 und in 4 Sektionen zentralisierter Krankenkassen 5795 Mitglieder für die Krankenpflege versichert, was insgesamt 51994 bei 33 Kassen versicherte Mitglieder ergab. Davon waren 22293 oder 43 Prozent Männer, 22123 oder 42 Prozent Frauen und 7578 oder 15 Prozent Kinder.

Einige größere anerkannte Krankenkassen, die die Krankenversicherung seit Jahren mit Erfolg betrieben und dabei wertvolle Erfahrungen gesammelt hatten, erklärten sich bereit, die obligatorische Versicherung nach den in der städtischen Verordnung vorgesehenen Bestimmungen durchzuführen. Deshalb wurde von der Errichtung einer öffentlichen Krankenkasse Umgang genommen und die Durchführung der obligatorischen Versicherung durch hiezu geeignete private anerkannte Krankenkassen, die sogenannten Vertragskrankenkassen, vorgesehen. Man gab sich dabei der Hoffnung hin, daß diese durch die gegenseitige Konkurrenzierung zu einer erfreulichen und gesunden Entwicklung der obligatorischen Versicherung beitragen würden. Einschränkend wurde immerhin bestimmt, daß als Vertragskassen nur solche anerkannte Kassen zugelassen werden, die im Gebiet der Stadt Zürich tätig sind, mindestens 5000 Mitglieder zählen, Gewähr für die Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen bieten und aus dem Vertragsverhältnis in Zürich Gerichtstand haben.

Im Vertrag mit den Krankenkassen war vor allem festzulegen, daß diese die obligatorische Versicherung gemäß dem Bundes- und dem kantonalen Gesetze, der städtischen Verordnung, den Reglementen, den allgemeinen Vorschriften und dem Vertrage selber durchzuführen haben. Die Kassen mußten sich ferner verpflichten, alle Versicherungspflichtigen vorbehaltlos aufzunehmen und solche wegen Nichtbezahlung ihrer Prämien weder auszuschließen noch in ihren durch das Bundesgesetz garantierten Mindestbezügen zu verkürzen. Schließlich hatten diese die wirksamen Maßnahmen zu Vermeidung mißbräuchlicher Belastung zu treffen, die Beiträge in den verschiedenen Gruppen für die Erwachsenen und die Kinder nach den verschieden großen städtischen Beiträgen abzustufen, die beschlossenen prophylaktischen hygienischen Maßnahmen durchzuführen, das Beitrags-Mahnverfahren nach den Richtlinien des Krankenversicherungsamtes zu handhaben und diesem im übrigen die für die Überwachung der Erfüllung der Versicherungspflicht und für eine gemeinsame Statistik nötigen Meldungen zu erstatten.

Sehr häufig waren, wie in der Weisung des Stadtrates ausgeführt wurde, jene Bevölkerungsschichten nicht versichert oder konnten sich nicht versichern, die dieser Wohltat am meisten bedürftig waren, nämlich die armen und kinderreichen Familien. «Andere halten sich aus Gedankenlosigkeit fern, zumal Jugendliche», heißt es da weiter, «die an die immer häufig werdenden kranken Tage des kommenden Alters nicht glauben wollen. Da hilft alle Belehrung nichts, da kann nur der Zwang, das Obligatorium, weitere Fortschritte erzielen, indem es zudem größere finanzielle Hilfe denen bringt, welche die Prämien nicht aufbringen können und jene zur Versicherung zwingt, die heute sorglos beiseite stehen.» Da die Krankenpflegeversicherung wegen ihrer vielen Schwierigkeiten zurückgeblieben war, hielt man es für gerechtfertigt, daß sich die öffentliche obligatorische Versicherung ausschließlich mit dieser beschäftige. Ferner glaubte man, den Kreis der obligatorisch Versicherten möglichst weit, d.h. soweit es das kantonale Gesetz zuließ, ziehen zu sollen.

Die stadtzürcherische Krankenpflegeversicherung hat deshalb auch das Obligatorium von Anfang an bis zur äußersten im kantonalen Einführungsgesetz vorgesehenen Grenze ausgedehnt und als diese bei der Revision vom Jahre 1945 heraufgesetzt wurde, hat sie den weiter gespannten Rahmen wieder voll ausgenützt. Die Versicherungspflicht erstreckte sich somit ursprünglich auf alle Familien und Einzelpersonen bis zu einem versteuerten Einkommen von 4000 Fran-

ken, wobei diese Grenze für jedes unmündige Kind um 400 Franken erhöht wurde, aber höchstens bis zu 6000 Franken.

Aber auch hinsichtlich der Aufnahme der als versicherungspflichtig befundenen Personen in die Krankenpflegeversicherung der Vertragskassen wurden zwei von der Praxis in der freiwilligen Versicherung wesentlich abweichende Vorschriften erlassen. So wurde die Höchstaltersgrenze auf das 65. Altersjahr festgesetzt und überdies festgelegt, daß die Aufnahme vorbehaltlos, d.h. ohne Rücksicht auf den Gesundheitszustand, zu erfolgen hat.

Von der Versicherungspflicht ausgenommen wurden diejenigen mündigen Einzelpersonen, die sich zu Erziehungs- und Ausbildungszwecken in Zürich aufhielten oder die in Hausgemeinschaft mit nicht versicherungspflichtigen Eltern lebten; ferner Personen, die für längere Zeit in Anstalten untergebracht waren, die im Erkrankungsfalle ausreichend für sie sorgten.

Der Kreis der Versicherungspflicht ist somit recht weit gezogen worden, wobei die vorbehaltlose Aufnahmeverpflichtung auch heute noch als Perle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Stadt Zürich bezeichnet werden darf.

Auch in bezug auf die Versicherungsleistungen ging der Verordnungsentwurf über das von der freiwilligen Versicherung Gebotene hinaus. So wurden vorgesehen: Beiträge an zahnärztliche Behandlung durch Zahnärzte, an Erholungs- und Stärkungskuren, Übernahme der Kosten einer Hebamme, der Kosten für die Überlassung von Krankengeräten und des Transportes ins Krankenhaus.

Neu war sodann die Aufnahme einer Bestimmung, wonach den Versicherten vom 45. Altersjahr an das Recht zukam, sich jährlich auf Kosten der Stadt zum Zwecke der Vorbeugung einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

Grundsätzlich kann die Versicherungspflicht sowohl bei einer Vertragskrankenkasse als bei einer andern anerkannten Krankenkasse, welche die vom Bund vorgeschriebenen Mindestleistungen für Krankenpflege gewährt, erfüllt werden, doch haben nur die Mitglieder der Vertragskassen Anspruch auf die in der städtischen Verordnung genannten Versicherungsleistungen und nur für sie wird der vorgesehene städtische Beitrag ausgerichtet.

Um die Kosten der Versicherung für die versicherungspflichtigen Personen finanziell erträglich zu gestalten, wurden vier Beitragsgruppen geschaffen, nach denen sowohl die Beiträge der Mitglieder als jene der Stadt abgestuft wurden. Die Zuteilung in die Beitragsgrup-

pen richtete sich nach dem Einkommen und dem Zivilstand; sie war nach folgender Abgrenzung vorzunehmen.

Gruppen	Einkommen für Einzelpersonen Fr.	Einkommen für Familien (ohne Kinder) Fr.
I	–1600	–2600
II	1700–1900	2700–3000
III	2000–2200	3100–3400
IV	2300–4000	3500–4000

Für jedes unmündige Kind erhöhten sich diese Grenzen um je 400 Franken. Sowohl die Beitragsgruppengrenzen selber wie der Kinderzuschlag sind später, wie wir sehen werden, heraufgesetzt worden. Dasselbe gilt für die von der Stadt für jedes obligatorisch versicherte Kassenmitglied bezahlten festen Beiträge. Diese betrugen nach der Verordnung von 1927 je Mitglieder und Jahr:

Gruppen	für Kinder (bis 18 Jahre)	für Männer	für Frauen
I	20	18	6
II	18	13	6
III	13	8	6
IV	8	3	6

Während die Durchführung der Versicherung selber den Vertragskassen überbunden wurde, richtete man zur Überwachung der Erfüllung der Versicherungspflicht und deren Durchführung eine besondere städtische Amtsstelle, das Krankenversicherungsamt, jetzt Amt für Sozialversicherung, ein. Dieses Amt hat ferner die zwangsweise Zuteilung von Personen, die der Versicherungspflicht nicht genügen, an die Vertragskassen vorzunehmen und für den Eingang von Monatsbeiträgen, welche die Krankenkassen als unerhältlich melden, zu sorgen. Zur Beratung dieser Amtsstelle wurde eine Krankenversicherungskommission gebildet, die sich aus Vertretern der Stadt, der Vertragskrankenkassen, der Ärzte, der Apotheker, der Zahnärzte, der Heilanstalten und zwei «unter Berücksichtigung weiterer Interessenten» gewählten Mitgliedern zusammensetzt.

Die hier in ihren hauptsächlichsten Bestimmungen wiedergegebene Verordnung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung wurde vom Stadtrat mit Weisung vom 16. März 1927 dem Großen Stadtrat unterbreitet, und nachdem sie von diesem mit kleinen Abänderungen

genehmigt worden war, gelangte sie am 11. Dezember 1927 vors Volk. Bei einer Stimmbeteiligung von 65,1 Prozent wurde sie von diesem mit dem wuchtigen Mehr von 32492 Ja gegen nur 5413 Nein angenommen. Am 1. Januar 1928 ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Stadt Zürich in Funktion getreten.

Annahmen und Wirklichkeit

Mit der Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wurden, wie von Anfang an vorgesehen, vertraglich private anerkannte Krankenkassen, die sogenannten Vertragskassen betraut. Diese waren: Gewerbekrankenkasse, Krankenkasse Helvetia, Krankenkasse Union, Allgemeine Krankenkasse, Krankenpflege Zürich, Industriekrankenkasse, Grütli-Krankenkasse und die im ersten Jahr für die obligatorische Versicherung zum katholischen Krankenkassenverband zusammengeschlossenen: Christlichsoziale Krankenkasse und Krankenkasse Konkordia.

Die tatsächliche Entwicklung entsprach den optimistischen Annahmen und Erwartungen in keiner Hinsicht. Die Jahresergebnisse der Vertragskassen gestalteten sich vielmehr schon nach wenigen Jahren recht unbefriedigend. Von einer günstigen Auswirkung der gegenseitigen Konkurrenzierung der Kassen war wenig zu spüren. Drei Jahre nach der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verzeichneten nur zwei Vertragskassen einen Überschuß der Einnahmen, die andern dagegen einen solchen der Ausgaben, und für alle Kassen zusammen stellte sich ein Ausgabenüberschuß von rund 554000 Franken heraus. Die reinen Aufwendungen der Stadt, die seinerzeit auf 1,3 Millionen Franken veranschlagt worden waren, betrugen in den Jahren 1928 bis 1930 tatsächlich 1,1 und 1,6 und 1,8 Millionen Franken, und erreichten im Jahre 1933 sogar rund 2 Millionen Franken.

Diese unerfreuliche Entwicklung hing mit dem starken Ansteigen der durchschnittlichen Ausgaben pro Mitglied zusammen. Waren diese mit rund 36 Franken berechnet worden, so beliefen sie sich tatsächlich nur im Jahre 1928 auf 36 Franken, im Jahre 1930 hingegen auf 45 und im Jahre 1933 sogar auf 48,8 Franken. Als Gründe des unerwartet ungünstigen Resultates führte ein Bericht des Vorstehers des Krankenversicherungsamtes die Zunahme der Arztkosten um etwa 20, der Arzneikosten um 38, der Spitalkosten um 29, der Kurbeiträge um 64 und der Zahnpflegekosten um 125 Prozent an.

Eine im Jahre 1930 vorgenommene Erhöhung der Mitgliederbeiträge um durchschnittlich 30 Prozent und eine Kürzung der Beiträge an Stärkungs- und Erholungskuren vermochte das finanzielle Gleichgewicht nur vorübergehend herzustellen. Da eine fortwährende Erhöhung der Mitgliederbeiträge als unhaltbar und für die dem Obligatorium unterstellten Personen als untragbar angesehen wurde, kamen nur noch durchgreifende Sanierungsmaßnahmen in Betracht.

Die Verordnungsrevision im Jahre 1933

Eine Verbesserung der finanziellen Verhältnisse der Kassen versprach man sich in erster Linie von der allgemeinen Beteiligung der Mitglieder an den Arzt- und Arzneikosten, von der Einschränkung der Zahnpflegeleistungen und der Aufwendungen für Heil-, Erholungs- und Stärkungskuren. Auch die Frage der Errichtung einer öffentlichen Kasse unter Zulassung von privaten Kassen mit Anspruch auf Gemeindebeiträge unter gewissen Voraussetzungen wurde wieder aufgeworfen und beraten. Die Schaffung einer öffentlichen Kasse hätte in organisatorischer Hinsicht Vorteile geboten, indem der umfangreiche Meldeverkehr zwischen den Kassen und dem Krankenversicherungsamt, der einen nicht vorausgesehenen Umfang angenommen und auch Doppelspurigkeit im Gefolge hatte, vereinfacht worden wäre, was zu einer Ersparnis an Verwaltungskosten geführt hätte. Sie scheiterte aber am Widerstand der Vertragskassen.

Die von der Krankenversicherungskommission und vom Stadtrat vorgelegten Abänderungsvorschläge wurden am 18. Oktober 1933 vom Großen Stadtrat angenommen und die revidierte Verordnung mit Wirkung ab 1. Januar 1934 in Kraft gesetzt.

Die einschneidendsten Änderungen waren: Verminderung der Zahl der Beitragsgruppen von vier auf drei mit entsprechender Neufestsetzung der Mitglieder- und der städtischen Beiträge; Aufhebung der Kostenbeiträge für Erholungs-, Stärkungs- und vorbeugende Kuren; Wegfall der leihweisen Überlassung von Krankengeräten aus städtischen oder von der Stadt unterstützten Krankenmobilienmagazinen; betragsmäßige Beschränkung der Übernahme der Kosten des Transportes ins Krankenhaus; Einführung einer Krankenscheingebühr von einem Franken und einer einheitlichen, für alle Vertragskrankenkassen obligatorischen Kostenbeteiligung der Versicherten in der Höhe von 15 bis 10 Prozent. Für die Beitragsgruppen wurden die folgenden neuen Grenzen festgelegt:

Gruppe	Einkommen für Einzelpersonen Fr.	Einkommen für Familien (ohne Kinder) Fr.
I	–1600	–2600
II	1601–2200	2601–3300
III	2201–4000	3301–4000

Für die Familien erhöhten sich diese Grenzen um 400 Franken für jedes unmündige Kind bis zum vorgeschriebenen Höchstbetrag von 6000 Franken.

Neben diesen durch die finanzielle Lage der Vertragskassen bedingten, unumgänglichen Verschlechterungen konnte erfreulicherweise dank den neuen bundesgesetzlichen Vorschriften auch eine bedeutungsvolle Verbesserung der Pflichtleistungen der obligatorischen Versicherung vorgenommen werden: die Einführung der besondern Leistungen bei Anstaltspflege Tuberkulöser im Sinne der bundesrätlichen Verordnung I betreffend die Tuberkuloseversicherung.

Die Sanierungsmaßnahmen führten, wie erwartet, zu einer Verbesserung der Rechnungsabschlüsse der Vertragskrankenkassen. Die Gesamtausgaben pro Mitglied, die sich 1933 auf 48.82 Franken belaufen hatten, sanken im Jahre 1934 auf 44.72 und im Jahre 1935 auf 43.92 Franken. Anderseits erfuhren die Gesamteinnahmen pro Mitglied eine Steigerung von 45.96 Franken im Jahre 1933 auf 47.02 Franken im Jahre 1934.

Die aus der Einführung der Krankenscheingebühr und der Kostenbeteiligung, des «Selbstbehaltes», erhoffte Bremswirkung stellte sich nur zum Teil ein. Wohl vermochte insbesondere die Krankenscheingebühr anfänglich den Bezug von Krankenscheinen etwas einzudämmen. Relativ rasch hatten sich aber die Versicherten an die Gebühr «gewöhnt» und die aufgebauten Dämme erwiesen sich bald wieder als wenig wirkungsvoll, um die Ausgaben einzuschränken. Aber auch die erst nachträglich zur Verrechnung gelangenden Kostenanteile wirkten sich lange nicht im erhofften Maße kostenvermindernd aus.

Die Verordnungsrevision von 1934

Durch die Revision der Verordnung im Jahre 1933 hatten die städtischen Beiträge keine Erhöhung, sondern im Zusammenhang mit der Bildung von drei statt bisher vier Beitragsgruppen lediglich eine andersartige Verteilung erfahren. Trotzdem schwollen die Aufwen-

dungen der Stadt für die obligatorische Krankenpflegeversicherung weiterhin rasch an. Zunächst weil in der damaligen Depressionszeit mit weitverbreiteter Arbeitslosigkeit die Stadt immer größere Summen für die unerhältlichen Mitgliederbeiträge auslegen mußte (1930 noch 92600, dagegen 1933 bereits 265600 Franken), dann aber vor allem, weil sie nach der Eingemeindung von 1934 für eine stark angewachsene Mitgliederzahl (1930 noch für 110647, im Jahre 1933 schon für 133561 und nach der Eingemeindung für 165147) die ordentlichen städtischen Beiträge auszurichten hatte. Die Netto-Aufwendungen der Stadt, die in der Weisung des Stadtrates zur Verordnung vom 16. März 1927 auf 1,2 Millionen veranschlagt worden waren, erreichten im Jahre 1933, wie bereits ausgeführt wurde, nahezu den Betrag von 2 Millionen. Als Folge der allgemeinen Wirtschaftskrise drängten sich für die Stadt auf der ganzen Linie Sparmaßnahmen auf. Eine nochmalige Revision der Verordnung zur Erzielung beträchtlicher Ersparnisse zugunsten der Stadt erwies sich als unumgänglich.

Durch Beschluß des Gemeinderates vom 5. September 1934 wurden die bisherigen Pflichtleistungen der Vertragskrankenkassen für zahnärztliche Behandlung durch Zahnärzte aufgehoben, und im Zusammenhang damit zur Entlastung der Stadt die ordentlichen städtischen Beiträge um 4 Franken pro Versicherten und Jahr herabgesetzt. In der Volksabstimmung vom 16. Dezember 1934 wurde diese Maßnahme bei einer Stimmbeteiligung von 70,4 Prozent mit 38354 Ja gegen 22848 Nein gutgeheißen.

Die Entwicklung bis zur Verordnungsrevision 1946

Die Sanierungsmaßnahmen der Jahre 1933 und 1934 in Verbindung mit einer Reduktion des Arzttarifs um zehn Tarifprozente ab 1. Februar 1934 zeitigten, rein finanziell betrachtet, den gewünschten Erfolg. Die Aufwendungen der Stadt erfuhren eine Verminderung und die Rechnungen der Vertragskrankenkassen schlossen in den Jahren 1934 bis 1936 wieder mit zufriedenstellenden Vorschlägen ab. Sie erlaubten auch eine Erhöhung der Versicherungsleistungen bei Behandlung und Verpflegung in Heilanstalten, die sich aufgedrängt hatte, als durch Beschluß des Kantonsrates auf 1. Januar 1935 die Taxen in den kantonalen Heilanstalten nicht unwesentlich heraufgesetzt worden waren. Die von den Vertragskassen zu gewährenden Kostenbeiträge wurden vom genannten Datum weg für die Erwachsenen von

3 auf 4 Franken und für Kinder von 1.50 bzw. 2.10 Franken auf 2.50 Franken erhöht. Im Jahre 1936 führte man überdies als neue Pflichtleistung der Vertragskassen die Gewährung von Beiträgen an erstmalige Trinkerheilkuren in der Höhe von 1 Franken pro Tag ein.

Die Hoffnung auf eine ersprießliche Weiterentwicklung erwies sich aber als trügerisch. Das Jahr 1937 brachte bereits wieder einen erheblichen Rückschlag in der Betriebsrechnung. Die Ausgaben pro Mitglied stiegen aufs neue von 43.92 Franken im Jahre 1935 auf 48.21 Franken im Jahre 1937, während die Einnahmen fast gleich blieben. Neue Sanierungsmaßnahmen drängten sich auf. So sahen sich die Vertragskassen im Jahre 1938 zu einer neuen Erhöhung der Mitgliederbeiträge — der sechsten seit der Einführung der obligatorischen Versicherung — gezwungen. Durch die wiederholten Beitragserhöhungen verschob sich der Anteil der Leistungen der Mitglieder einerseits und von Bund, Kanton und Stadt anderseits stark zu ungunsten der Mitglieder. Diese hatten im Jahre 1928 nur für 43,8 Prozent der Gesamteinnahmen der Vertragskassen aufzukommen, dagegen im Jahre 1940 für 51,2 Prozent. Der Anteil der Stadt ging von 38 auf 34,8 Prozent, jener des Kantons von 5,6 auf 4,1 und jener des Bundes von 12,6 auf 9,9 Prozent zurück. Trotz Erhöhung der Mitgliederbeiträge schlossen aber auch die Rechnungen von 1938 und 1939 wieder mit beträchtlichen Rückschlägen (322302 und 189385 Franken) ab, so daß zu Beginn des Jahres 1940 zu einer weitern Erhöhung der Mitgliederbeiträge Zuflucht genommen werden mußte.

Die schlechten Rechnungsergebnisse der Jahre 1937 bis 1939 veranlaßten eine neue eingehende Überprüfung der Lage der obligatorischen Versicherung. Der Ausbruch des zweiten Weltkrieges verhinderte aber die Inangriffnahme der Beratung der vom Amt für Sozialversicherung vorgeschlagenen Maßnahmen. Dazu kam, daß die Rechnungsabschlüsse der Jahre 1940 und 1941 wider Erwarten wieder günstiger ausfielen. Das war einerseits auf die Steigerung der Einnahmen als Folge der auf Anfang 1940 vorgenommenen Erhöhung der Mitgliederbeiträge und anderseits auf eine seit langem zum ersten Mal wieder eingetretene Senkung der Gesamtausgaben zurückzuführen. (Unter dem Eindrucke der Kriegsgeschehnisse rings um unser Land scheint damals das Kranksein mancherorts in Vergessenheit geraten zu sein!) Nicht ohne Einfluß blieb aber auch, daß ein Großteil der obligatorisch versicherten Männer während ihrer Dienstleistung durch die Militärversicherung betreut wurde und der Krankenver-

sicherung entzogen war. Von den Dienstpflichtigen wurde deshalb auch, ab 1. Januar 1940, bei einer ununterbrochenen Dienstleistung von mehr als vier Wochen, ein ermäßigter Monatsbeitrag, eine «Risikoprämie», erhoben. Sie betrug 1 Franken in der ersten, 1.50 Franken in der zweiten und 2 Franken in der dritten Beitragsgruppe.

Die günstige finanzielle Entwicklung der ersten Kriegsjahre hielt indessen nicht lange an; bereits vom Jahre 1942 weg stiegen die durchschnittlichen Ausgaben pro Mitglied ununterbrochen und in bisher nie erlebtem Ausmaße an, während die Einnahmen fast gleich blieben. Dementsprechend vergrößerten sich auch die Rückschläge.

Es betrugen:

	die durchschnittlichen Ausgaben pro Mitglied	die Rückschläge (1941 der Vorschlag) der Vertragskassen
	Fr.	Fr.
1941	49.01	+ 151 806
1942	51.90	342 778
1943	57.05	1 001 515
1944	61.83	1 523 065
1945	64.75	1 023 628
1946	69.80	1 759 767

Verursacht wurde diese katastrophale Entwicklung durch die starke Zunahme der Erkrankungsfälle (im Jahre 1941 traf es auf je hundert Mitglieder 107, im Jahre 1946 dagegen 153 Krankenscheine), durch die Teuerung, die sich vor allem in den Ausgaben für Medikamente aber auch in den Verwaltungskosten auswirkte, und schließlich durch die Erhöhung des Arzttarifes um 10 Tarifprozente ab 1. Januar 1942.

Um einem finanziellen Zusammenbruch der Vertragskassen vorzubeugen, mußten neue Sanierungsmaßnahmen ergriffen werden. Der Vorstand des Gesundheits- und Wirtschaftsamtes wurde durch den Stadtrat ermächtigt, ein Sachverständigengutachten über die Lage und die Sanierungsmöglichkeiten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Zürich einzuholen. Das von den Experten Dr. H. Renfer, Direktor der Basler Lebensversicherungsanstalt, Nationalrat F. Schneider, Verwalter der öffentlichen Krankenkasse Basel, und Dr. F. Walther, Vizedirektor des Eidgenössischen Versicherungsamtes, im Herbst 1942 erstattete Gutachten enthielt derart weitreichende Vorschläge, daß sich eine Revision der Verordnung innert kurzer Frist als undurchführbar erwies. Da die schwierige Lage der Kassen aber eine rasche Hilfe erforderte, schritt man zunächst zu Notlösungen.

Schon mit Beschluß vom 25. Februar 1944 hatte der Stadtrat die Vertragskassen ermächtigt, die Monatsbeiträge der Versicherten um wenigstens 20 Rappen zu erhöhen, von welcher Ermächtigung alle neun Kassen Gebrauch machten. Acht Kassen setzten im Verlauf des Jahres 1944 die Beiträge für Erwachsene um 30 Rappen und jene für Kinder um 10 bis 30 Rappen herauf, während die neunte Kasse eine einheitliche Erhöhung um 20 Rappen vornahm. Eine weitere Sofortmaßnahme war die Bewilligung von außerordentlichen städtischen Beiträgen an die Rückschläge der Jahre 1942/43 und 1944 durch Beschlüsse des Gemeinderates vom 17. Mai 1944 und vom 16. November 1945. Für die Jahre 1942/43 sind sie in der Höhe von 13,16 Prozent und für das Jahr 1944 in der Höhe von 35 Prozent der ausbezahlten ordentlichen Beiträge gewährt worden.

Da sich die Beratungen der revidierten Verordnung in die Länge zogen, so daß diese erst auf den 1. Januar 1947 in Kraft gesetzt werden konnte, mußten den Vertragskassen als weitere Überbrückungsmaßnahme auch noch an die Betriebsrückschläge der Jahre 1945 und 1946 außerordentliche Beiträge ausbezahlt werden. Sie wurden vom Gemeinderat am 15. Januar 1947 und am 16. Februar 1949 beschlossen und betrugen je 40 Prozent der ausbezahlten ordentlichen Beiträge der Stadt. Insgesamt hat die Stadt Zürich den Vertragskrankenkassen für die Rechnungsjahre 1942 bis 1946 außerordentliche Beiträge von 3 246 832 Franken gewährt, was 57,5 Prozent der in diesen Jahren erlittenen Rückschläge der Vertragskrankenkassen in der obligatorischen Versicherung entspricht.

Als letztes Aushilfsmittel, das den Kassen die Erfüllung ihrer Aufgabe ermöglichen sollte, bis die neue Verordnung in Kraft trat, bewilligte ihnen der Stadtrat durch Beschluß vom 28. März 1947, für das erste und zweite Quartal 1947 von den Mitgliedern Extrabeiträge zu erheben. Diese außerordentlichen Mitgliederbeiträge wurden für die Erwachsenen der I. und II. sowie die Kinder der II. und III. Beitragsgruppe auf 1 Franken und für die Erwachsenen der III. Gruppe auf Fr. 1.50 je Quartal festgesetzt.

Die Verordnungsrevision von 1946

Nachdem das Expertengutachten und die Revisionsvorschläge von der Krankenversicherungskommission durchberaten worden waren, unterbreitete der Stadtrat am 5. April 1946, gestützt auf die Anträge des Vorstandes des Gesundheits- und Wirtschaftsamtes, mit einer

61 Seiten umfassenden Weisung dem Gemeinderat Bericht und Antrag über die Abänderung der Verordnung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Die von der gemeinderätlichen Kommission in elf Sitzungen vorberatene und nur wenig abgeänderte Vorlage wurde in einer Doppelsitzung des Gemeinderates einstimmig gutgeheißen. Die neue Verordnung trat am 1. Januar 1947 in Kraft. Sie weist gegenüber der Verordnung vom 18. Oktober 1933 bzw. 5. September 1934 in der Hauptsache die folgenden Abänderungen auf.

Die für die Unterstellung unter die Versicherungspflicht maßgebenden Einkommensgrenzen sind in Anpassung an die abgeänderten Bestimmungen des kantonalen Einführungsgesetzes zum Kranken- und Unfallversicherungsgesetz für Einzelpersonen von Fr. 4000 auf Fr. 4500 und für Familien ohne Kinder von Fr. 4000 auf Fr. 5200 heraufgesetzt worden. Für Familien mit minderjährigen Kindern erhöht sich diese Einkommensgrenze nunmehr um 500 statt bisher 400 Franken je Kind und die bisherige obere Einkommensgrenze von 6000 Franken fiel vollständig dahin. Vom Vermögen gelangt nur noch ein Zehntel des 10 000 Franken übersteigenden Betrages zur Anrechnung. Die Einkommensgrenzen der drei Beitragsgruppen wurden entsprechend angepaßt.

Für Zuzüger setzte man die obere Altersgrenze zur Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung von 65 auf 60 Jahre herab.

Die Zusammensetzung der Krankenversicherungskommission wurde grundlegend geändert. Diese besteht nunmehr aus vier Vertretern der Vertragskrankenkassen, je einem Vertreter der Ärzte, der Zahnärzte, der Apotheker und der Heilanstalten, und schließlich acht weitern Vertretern, wobei die Interessen versicherungspflichtiger Volkskreise zu berücksichtigen sind. Zur Erleichterung der Geschäftsabwicklung zwischen dem Amt für Sozialversicherung und den Vertragskrankenkassen wurde eine Verwalterkonferenz geschaffen, in die jede Vertragskrankenkasse ihren Verwalter und nach Gutfinden Vorstandsmitglieder und Vertreter des Personals abordnet.

Eine vollständige Neugestaltung erfuhren die Bestimmungen über die Ausrichtung der städtischen Beiträge an die Kosten der obligatorischen Krankenpflege. Neben einem festen, nach Beitragsgruppen, Alter und Geschlecht abgestuften Grundbeitrag richtet die Stadt jetzt noch einen veränderlichen, in Prozenten der Versicherungskosten berechneten Beitrag je obligatorisch versichertes Mitglied aus. Die Monatsbeiträge der Mitglieder sind so anzusetzen, daß sie unter

Berücksichtigung der von Bund, Kanton und Stadt erhaltenen Beiträge und der übrigen Einnahmen zur Deckung der Versicherungskosten und zur Äufnung der vom Bund vorgeschriebenen Reserven ausreichen. Über die Berechnung der städtischen und der Mitgliederbeiträge geben die Ausführungen und die tabellarische Darstellung auf Seite 128 Aufschluß.

Die Leistungen der Vertragskassen an die Versicherten erfuhren eine Erweiterung. Der Kassenbeitrag an die Behandlung und Verpflegung in Heilanstalten wurde für Erwachsene einheitlich auf Fr. 4.— und für Kinder auf Fr. 2.50 pro Tag angesetzt. Bei Aufenthalten in Nervenheilanstalten beträgt der Kassenbeitrag Fr. 3.50 für Erwachsene und Fr. 2.— für Kinder. An Tuberkulosekuren in vom Bund anerkannten Heilstätten haben die Kassen als neue Tagesbeiträge für Kranke vom 15. Altersjahr an Fr. 6.—, für Kinder beim Aufenthalt in einem Sanatorium Fr. 4.50 und beim Aufenthalt in einem Präventorium Fr. 4.— zu entrichten. An berufstätige, mündige Tuberkulöse wird neu überdies eine ganz zu Lasten der Stadt Zürich gehende Krankengeldentschädigung gewährt, die für Einzelpersonen ohne Unterstützungspflicht Fr. 2.—, für solche mit Unterstützungspflicht Fr. 2.— bis 6.—, für verheiratete Frauen Fr. 3.— und für verheiratete Männer Fr. 6.—, für jede unterstützte minderjährige Person um 1 Franken pro Tag vermehrt, beträgt. Über diese Neuerung, mit der die Stadt Neuland beschritt, sowie über die Aufwendungen der Stadt für diese Leistungen, wird in einem besonderen Abschnitt (Seite 137 und 138) noch ausführlich die Rede sein.

Diese Kassenbeiträge sind für gewöhnliche Spitalfälle während längstens 540, für Tuberkulosekuren dagegen während mindestens 720 Tagen auszurichten.

An der Verpflichtung der Vertragskrankenkassen, versicherungspflichtige Personen vorbehaltlos als Mitglieder aufzunehmen, ist nichts geändert worden; dagegen wurde für den Versicherungsanspruch neu versicherter Personen, ausgenommen die neugeborenen Kinder bereits versicherungspflichtiger und genußberechtigter Eltern, eine Karenzfrist von 2 Monaten eingeführt.

Personen, die wegen der Erschöpfung der Genußberechtigung aus der obligatorischen Versicherung entlassen werden müssen, können nach Ablauf von frühestens 5 Jahren seit dem Erlöschen der Mitgliedschaft die Wiederaufnahme erwirken, sofern der Gesuchsteller in diesem Zeitpunkt wegen des Leidens, das zur Erschöpfung der Leistungen führte, nicht mehr behandlungsbedürftig ist, fünf Jahre lang un-

unterbrochen in Zürich gewohnt hat und auch die übrigen Voraussetzungen der Versicherungspflicht erfüllt.

Neu geregelt wurden schließlich die Bestimmungen betreffend das Verfahren bei Streitigkeiten zwischen Vertragskrankenkassen und dem Amt für Sozialversicherung und solchen zwischen Vertragskrankenkassen und Versicherten.

Dieser Aufzählung der wichtigsten Revisionspunkte — der genaue Wortlaut der hauptsächlichsten Bestimmungen der Verordnung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 4. Dezember 1946 ist im Anhang (S. 146–148) wiedergegeben — kann entnommen werden, daß neben eigentlichen Sanierungsmaßnahmen, wie der Neugestaltung der Beiträge der Mitglieder und der Stadt, der Einführung einer zweimonatigen Karenzfrist bis zum Beginn der Genußberechtigung und der Herabsetzung der Altersgrenze für Zuzüger auf 60 Jahre, auch eine Verbesserung der Kassenleistungen erfolgte. Außer auf die Erhöhung der Beiträge an die Kosten der Behandlung in Heilanstalten und auf die Ausdehnung der Genußberechtigungsdauer, ist dabei insbesondere auf den Ausbau der Tuberkuloseversicherung hinzuweisen, speziell auf die Einführung einer beitragsfreien Taggeldentschädigung an Tuberkulöse. Diese Leistungsverbesserungen hatten allerdings, wie noch aufgezeigt wird, eine erhebliche Erhöhung der Mitgliederbeiträge und der Leistungen der Stadt zur Folge.

Suchten die bisherigen Ausführungen in großen Zügen Entstehung und Wandlung der rechtlichen Grundlagen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Stadt Zürich darzustellen, so sollen die nun folgenden Abschnitte einen Einblick in deren tatsächliche Entwicklung im Laufe der ersten zwanzig vollen Geschäftsjahre (1929 bis 1948) gewähren.

VERSICHERUNGSPFLICHTIGE KASSENMITGLIEDER

Vertragskassen und andere Kassen

Gemäß der im Artikel 2 der städtischen Verordnung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung niedergelegten Versicherungspflicht, fielen im Jahre 1928 erst 104 314 in der Stadt Zürich wohnhafte Personen unter das Obligatorium, im Jahre 1948 dagegen 162 782, oder 45,3 bzw. 42,5 Prozent der Bevölkerung. Die Entwicklung von Jahr zu Jahr ist aus den folgenden Zahlenreihen ersichtlich.

Versicherungspflichtige Personen 1928 bis 1948

Jahresende	Mitglieder von Vertragskassen	Mitglieder von andern Kassen	Zusammen	Prozent der Bevölkerung	Prozent anderer Kassen
1928	101 378	2 936	104 314	45,3	2,8
1929	102 263	2 975	105 238	43,8	2,8
1930	110 647	3 450	114 097	45,8	3,0
1931	117 653	3 983	121 636	47,2	3,3
1932	127 219	3 987	131 206	50,6	3,0
1933	133 561	3 798	137 359	52,4	2,8
1934	165 147	8 168	173 315	54,9	4,7
1935	170 723	8 524	179 247	56,5	4,8
1936	174 411	8 924	183 335	57,7	4,9
1937	175 085	9 146	184 231	57,8	5,0
1938	175 384	9 157	184 541	56,4	5,0
1939	179 286	10 154	189 440	56,7	5,4
1940	182 621	11 075	193 696	58,0	5,7
1941	184 153	11 788	195 941	58,2	6,0
1942	179 549	11 801	191 350	56,3	6,2
1943	181 421	12 131	193 552	56,0	6,3
1944	182 810	12 056	194 866	55,4	6,2
1945	169 976	10 634	180 610	50,6	5,9
1946	169 004	10 625	179 629	49,0	5,9
1947	161 465	11 039	172 504	45,8	6,4
1948	151 942	10 840	162 782	42,5	6,7

Weder die absolute Zahl der Krankenkassenmitglieder noch deren Anteil an der Gesamtbevölkerung der Stadt weisen ein ununterbrochenes Ansteigen auf. Vielmehr erreichten sowohl die Zahl der Mitglieder im ganzen mit rund 196 000 Köpfen als deren Prozentanteil an der Einwohnerschaft mit 58,2 Prozent Ende des Jahres 1941 ihren Höhepunkt, um darauf zuerst nur leicht, dann aber kräftig bis Ende 1948 auf 162 782 Mitglieder und einen um fast drei Prozent niedrigern Anteil als zwanzig Jahre früher zu sinken. Diese Entwicklung des Mitgliederstandes spiegelt deutlich den Verlauf der wirtschaftlichen Konjunktur oder, genauer ausgedrückt, die auf ihr beruhenden Verdienstverhältnisse wider. In der Krisenzeit der dreißiger Jahre und im Anfang des Krieges waren diese gedrückt und dadurch fiel ein wachsender Teil der Bevölkerung und vor allem auch der vielen nach Zürich Zugezogenen unter das Obligatorium, während die günstige Kriegs- und Nachkriegskonjunktur das Gegenteil bewirkte. Die Eingemeindung von 1934 brachte nicht bloß einen großen absoluten Zuwachs, sondern, da die Einkommensverhältnisse im Gebiet der früheren Vororte durchschnittlich niedriger waren als in der Stadt, auch eine Erhöhung des Prozentanteils.

Unserer Aufstellung ist auch der Prozentanteil der Mitglieder anderer als der Vertragskrankenkassen am gesamten Versicherungsbestand zu entnehmen. Er ist nach unseren früheren Ausführungen begreiflicherweise nur klein, hat aber im Laufe der Jahre im ganzen zugenommen; statt Ende der zwanziger Jahre weniger als 3 beträgt er jetzt gegen 7 Prozent. Im folgenden befassen wir uns nur mehr mit den Mitgliedern der Vertragskassen.

Die Kassenmitglieder nach Geschlecht und Alter

In der Tabelle 1 im Anhang sind die Mitglieder nach dem Geschlecht und zudem, in summarischer Weise, nach dem Alter in Männer bzw. Frauen und bis 18 Jahre alte Knaben bzw. Mädchen unterschieden worden. Die wiedergegebenen Daten sind Durchschnittszahlen, die den benötigten Verhältniszahlen (Einnahmen, Ausgaben bzw. Kassenleistungen usw. pro Mitglied) zu Grunde gelegt wurden. Wenn man sie etwas anders gruppiert, so gelangt man zu der nachstehenden Entwicklung.

Durchschnittlicher Mitgliederbestand an Erwachsenen und Kindern 1928 bis 1948

Jahre	Grundzahlen			Prozente		
	Erwachsene	Kinder (bis 18 Jahre)	Zusammen	Erwachsene	Kinder (bis 18 Jahre)	Zusammen
1928	51 503	14 788	66 291	77,7	22,3	100
1929	78 982	22 959	101 941	77,5	22,5	100
1930	84 036	23 638	107 674	78,0	22,0	100
1931	87 710	24 051	111 761	78,5	21,5	100
1932	95 787	25 600	121 387	78,9	21,1	100
1933	102 556	26 864	129 420	79,2	20,8	100
1934	120 084	33 991	154 075	77,9	22,1	100
1935	129 726	37 657	167 383	77,5	22,5	100
1936	133 476	39 104	172 580	77,3	22,7	100
1937	134 620	39 982	174 602	77,1	22,9	100
1938	135 321	40 125	175 446	77,1	22,9	100
1939	137 337	40 373	177 710	77,3	22,7	100
1940	139 962	41 228	181 190	77,2	22,8	100
1941	141 848	42 119	183 967	77,1	22,9	100
1942	141 042	42 247	183 289	77,0	23,0	100
1943	138 410	42 107	180 517	76,7	23,3	100
1944	139 098	42 812	181 910	76,5	23,5	100
1945	134 931	41 916	176 847	76,3	23,7	100
1946	128 798	40 553	169 351	76,1	23,9	100
1947	125 880	40 074	165 954	75,9	24,1	100
1948	120 317	36 558	156 875	76,7	23,3	100

Im ersten vollen Geschäftsjahr — 1928 ist als Anlaufzeit, nicht aber als Normaljahr zu betrachten — belief sich die durchschnittliche Mitgliederzahl auf 101941 Personen, wovon 78982 Erwachsene und 22959 Kinder; im letzten auf 120317 Erwachsene und 36558 Kinder, zusammen auf 156875. Bei beiden Mitgliedergruppen finden wir ziemlich parallel verlaufend ein Ansteigen der absoluten Zahlen bis in die ersten vierziger Jahre (1941 bzw. 1944) und seither einen ebenfalls ungefähr gleichmäßigen Rückgang. Infolgedessen blieb sich auch die prozentuale Zusammensetzung des Mitgliederbestandes aus Erwachsenen und Kindern etwa gleich; immerhin ist der Anteil der Kinder, der sich zwischen einem Minimum von 20,8 Prozent im Jahre 1933 und einem Maximum von 24,1 Prozent im Jahre 1947 bewegt, im ganzen genommen etwas angestiegen.

Aus der reicher gegliederten Tabelle 1 im Anhang geht hervor, daß die Frauen die weitaus größte Mitgliedergruppe bilden; an zweiter Stelle folgen die Männer, an dritter die Knaben und an vierter die Mädchen im Alter bis zu 18 Jahren. Im Jahre 1948 waren 74590 Frauen, 45727 Männer, 18670 Knaben und 17890 Mädchen Mitglieder von Vertragskrankenkassen, was Anteilsquoten von 47,6 bzw. 29,1 und 14,4 Prozent entspricht. Auch hier begegnen uns in den prozentualen Anteilen nur geringe Schwankungen.

Die Aufgliederung des Mitgliederbestandes ist darum von großer praktischer Bedeutung, weil sie die Grundlage bildet für die Auszahlung der für Männer, Frauen und Kinder verschieden angesetzten städtischen Beiträge an die Vertragskrankenkassen.

Gliederung nach Beitragsgruppen

Eine weitere wichtige Unterscheidung der Krankenkassenmitglieder ist die nach Beitragsgruppen. Wie wir gesehen haben, bilden die Beitragsgruppen die Grundlage für die Berechnung der Beiträge der Stadt an die Vertragskrankenkassen, und ferner ist die Zugehörigkeit zur einen oder andern Beitragsgruppe maßgebend für die Höhe der Mitgliederbeiträge.

Ursprünglich waren es vier, seit 1934 nur mehr drei solcher Beitragsgruppen. Die Abgrenzung dieser Gruppen für Einzelpersonen und Familien ohne Kinder nach der ursprünglichen, nach der im Jahre 1933 getroffenen und nach der jetzt geltenden Regelung ist aus folgender Aufstellung ersichtlich.

Beitragsgruppen der Krankenpflegeversicherung Zürich 1928–1947

Jahre	Beitragsgruppen I / I	II / II	III	IV / III
		Einzelpersonen		
1927	bis 1600	1601 – 1900	1901 – 2200	2201 – 4000
1933	bis 1600	1601 – 2200		2201 – 4000
1947	bis 2200	2201 – 3200		3201 – 4500
		Familien ohne Kinder		
1927	bis 2600	2601 – 3000	3001 – 3400	3401 – 4000
1933	bis 2600	2601 – 3300		3301 – 4000
1947	bis 3200	3201 – 4200		4201 – 5200

Für jedes unmündige Kind erhöhten sich diese Grenzen früher um je 400 Franken, seit 1947 um je 500 Franken.

Die Zuteilung der Versicherungspflichtigen zu den Beitragsgruppen richtet sich im übrigen nach dem Einkommen und Vermögen, wie es aus der Einschätzung für die Staats- und Gemeindesteuer ersichtlich ist.

Über den durchschnittlichen Mitgliederbestand aller Vertragskrankenkassen nach Beitragsgruppen in den Jahren 1928 bis 1948, sowie die prozentuale Verteilung des gesamten Mitgliederbestandes auf die vier bzw. drei Gruppen, gibt die nebenstehende Tabelle (Seite 121) Aufschluß.

Die am stärksten besetzte Beitragsgruppe war seit jeher die erste, die der niedrigsten Einkommen und Mitgliederbeiträge, und am wenigsten Versicherte zählt die oberste, früher IV., seit 1934 aber III. Gruppe. Indessen bestand zwischen der Mitgliederzahl einerseits der IV. (III.) und anderseits der II. und III. (II.) Gruppe jeweilen nur ein geringer Unterschied. Sie bewegte sich hier wie dort in der Regel zwischen rund 30000 und rund 37000. Zur ersten Gruppe gehörten bis 1933 ungefähr zwei, seit der im Jahre 1934 vorgenommenen neuen Gruppeneinteilung und infolge der im gleichen Jahre durchgeführten Eingemeindung von elf Vorortsgemeinden drei Fünftel. Der vom Beginn der vierziger Jahre an festzustellende Rückgang der Zahl der Versicherungspflichtigen ging ausschließlich zu Lasten dieser Gruppen. Auch die auf 1. Januar 1947 durchgeführte Erhöhung der Einkommensgrenzen vermochte diesen Prozeß nicht aufzuhalten. Mit dem Einbezug der Teuerungs-, Familien-, Kinder- und andern Sozialzulagen in die Steuerveranlagung sind die für die Gruppen-

Durchschnittlicher Mitgliederbestand der Vertragskassen nach Beitragsgruppen 1928 bis 1948

Jahre	Grundzahlen					Prozentzahlen				
Alte Beitragsgruppen	I	II	III	IV	Zusammen	I	II	III	IV	Zusammen
1928	24 977	12 240	9 348	19 726	66 291	37,7	18,5	14,1	29,7	100
1929	41 182	17 725	13 910	29 124	101 941	40,4	17,4	13,6	28,6	100
1930	43 528	18 430	14 692	31 024	107 674	40,4	17,1	13,7	28,8	100
1931	43 047	19 615	15 625	33 474	111 761	38,5	17,5	14,0	30,0	100
1932	48 845	21 377	16 645	34 520	121 387	40,3	17,6	13,7	28,4	100
1933	56 229	22 270	16 984	33 937	129 420	43,5	17,2	13,1	26,2	100
Neue Beitragsgruppen	I	II	III	Zusammen		I	II	III	Zusammen	
1934	84 961	36 549	32 565	154 075		55,2	23,7	21,1	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	
1941	115 073	36 764	32 130	183 967		62,5	20,0	17,5	100	
1942	115 980	36 308	31 001	183 289		63,3	19,8	16,9	100	
1943	113 792	36 188	30 537	180 517		63,0	20,1	16,9	100	
1944	113 324	36 765	31 821	181 910		62,3	20,2	17,5	100	
1945	110 515	35 388	30 944	176 847		62,5	20,0	17,5	100	
1946	107 886	32 704	28 761	169 351		63,7	19,3	17,0	100	
1947	93 950	40 464	31 540	165 954		56,6	24,4	19,0	100	
1948	80 906	44 731	31 238	156 875		51,6	28,5	19,9	100	

einteilung maßgebenden Einkommen in viel stärkerem Maße angestiegen, als der Heraufsetzung der Einkommensgrenzen entsprochen hätte. Die Folge ist, daß nicht nur die Gesamtzahl der Versicherten absolut und im Verhältnis zur Bevölkerung abgenommen hat, sondern auch ihre Struktur sich in dem Sinne verändert hat, daß zur I. Beitragsgruppe im Jahre 1948 bloß mehr 51,6 Prozent statt 1946 nicht weniger als 63,7 Prozent gehörten!

Die Mitgliederzahlen der einzelnen Vertragskrankenkassen

Zur Zeit der Einführung der zürcherischen obligatorischen Krankenpflegeversicherung waren in unserer Stadt acht, seit 1929 dagegen neun Vertragskrankenkassen tätig. Die größte davon war seit jeher die Gewerbekrankenkasse, die im Jahre 1929 durchschnittlich

20205 und im Jahre 1948 35506 Mitglieder zählte. Fast eben so groß, gelegentlich, so auch 1948, noch etwas größer, ist die Krankenkasse Helvetia. Alle andern Vertragskrankenkassen sind viel kleiner. Im Eröffnungsjahr zählten die kleinsten, nämlich die Grütlikrankenkasse und die Krankenkasse Escher-Wyß & Cie., aus der im Jahre 1934 die Industriekrankenkasse hervorgegangen ist, nur wenig über 4000 Mitglieder. Die bisherige Entwicklung ist aus der Anhangtabelle 4 ersichtlich.

Den Prozentzahlen der genannten Tabelle ist zu entnehmen, daß die beiden größten Kassen allein fast stets, jedenfalls seit dem Jahre 1932, nicht viel weniger als die Hälfte des gesamten Mitgliederbestandes umfassen, genauer gesagt 45,2 bis 47,9 Prozent. Untereinander sind sie etwa gleich groß, doch behauptet die Gewerbekrankenkasse im allgemeinen einen kleinen Vorsprung. Auf die kleinsten Kassen entfielen früher bloß 4 Prozent der Mitgliederzahl, neuerdings sind es 6 bis 7 Prozent.

Zusammensetzung des durchschnittlichen

Grundzahlen

Kassen	Männer	Frauen	Knaben		Mädchen		Zusammen
			0–14 Jahre	15–18 Jahre	0–14 Jahre	15–18 Jahre	
Krankenk. Helvetia .	9878	17733	3396	686	3237	660	35584
Gewerbekrankenkasse	12075	15192	3390	784	3314	745	35506
Christl.-soz. Kr.-Kasse	4235	7432	2020	375	1937	378	16377
Krankenkasse Union .	4397	6193	1204	290	1117	300	13501
Allgemeine Kr.-Kasse	3317	6712	1217	200	1097	188	12731
Krankenpflege Zürich	3004	6388	910	201	853	147	11503
Kr.-Kasse Konkordia	2643	5659	1305	222	1334	206	11369
Industriekrankenkasse	3318	4590	971	239	950	221	10289
Grütli-Krankenkasse .	2860	4691	1072	188	1014	190	10015
Zusammen	45727	74590	15485	3185	14853	3035	156875

Wir können uns in diesem Zusammenhang nicht einläßlicher mit den einzelnen Vertragskrankenkassen beschäftigen, doch mag ein kurzer Hinweis auf die Zusammensetzung des Mitgliederbestandes der verschiedenen Kassen an Hand der vorstehenden, dem Statistischen Jahrbuch der Stadt Zürich entnommenen Tabelle, die wir noch durch die zugehörigen Gliederungszahlen ergänzen, am Platze sein. Sie ist, wie schon bemerkt wurde, wegen des größeren Risikos der Frauen und der Kinder von großer praktischer Bedeutung.

Es zeigt sich, daß zwischen den einzelnen Vertragskrankenkassen (hinsichtlich der Zusammensetzung ihres Mitgliederbestandes) zum Teil überraschend große Unterschiede bestehen, obwohl die Frauen bei allen Kassen das größte Kontingent bilden und die Kinder im Alter bis zu 18 Jahren fast durchwegs das kleinste. Bei der Gewerbekrankenkasse sind mehr als der dritte Teil, dagegen bei der Krankenkasse Konkordia nicht einmal ganz der vierte Teil Männer. Der Anteil der Frauen bewegt sich zwischen 42,8 Prozent bei der Gewerbekrankenkasse und 55,5 Prozent bei der Krankenpflege Zürich und Kinder sind von je hundert Mitgliedern der Krankenpflege Zürich nur 18, bei der Christlichsozialen Krankenkasse dagegen 29. (Die Kinder bzw. Knaben und Mädchen sind in unsern Aufstellungen in solche im Alter von 0—14 und von 15—18 Jahren unterschieden worden, da die Bundesbeiträge für Kinder bis und mit dem Jahre, in dem sie das 14. Altersjahr zurücklegen, entrichtet werden, die städtische dagegen bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr.)

Mitgliederbestandes der Vertragskassen 1948

Prozentzahlen

Kassen	Männer	Frauen	Knaben		Mädchen		Zusammen
			0–14 Jahre	15–18 Jahre	0–14 Jahre	15–18 Jahre	
Krankenk. Helvetia .	27,8	49,8	9,5	1,9	9,1	1,9	100
Gewerbekrankenkasse .	34,0	42,8	9,6	2,2	9,3	2,1	100
Christl.-soz. Kr.-Kasse	25,9	45,4	12,3	2,3	11,8	2,3	100
Krankenkasse Union .	32,6	45,9	8,9	2,1	8,3	2,2	100
Allgemeine Kr.-Kasse	26,0	52,7	9,6	1,6	8,6	1,5	100
Krankenpflege Zürich .	26,1	55,5	7,9	1,8	7,4	1,3	100
Kr.-Kasse Konkordia .	23,2	49,8	11,5	2,0	11,7	1,8	100
Industriekrankenkasse	32,3	44,6	9,4	2,3	9,2	2,2	100
Grütli-Krankenkasse .	28,6	46,8	10,7	1,9	10,1	1,9	100
Zusammen	29,2	47,5	9,9	2,0	9,5	1,9	100

Auch nach der Zugehörigkeit zu den Beitragsgruppen ist die Struktur des Mitgliederbestandes der einzelnen Kassen ungleich.

DIE EINNAHMEN DER VERTRAGSKASSEN

Die zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigten Einnahmen der Vertragskrankenkassen setzen sich aus den Beiträgen des Bundes, des Kantons, der Stadt und der Mitglieder zusammen. Über die absolute

Höhe dieser Einnahmen in den Jahren 1928 bis 1948 unterrichtet die Anhangtabelle 2. Unter den Sonstigen Einnahmen, die dort in der letzten Spalte figurieren, sind Krankenscheingebühren, die Kostenanteile der Mitglieder, sonstige Gebühren und Rückerstattungen enthalten; sie wuchsen mit der Zeit zu beträchtlichen Summen an, betrugen sie doch zuletzt etwa anderthalb Millionen Franken.

Eine Ergänzung zu der genannten Anhangtabelle bilden die folgenden Prozentzahlen.

Prozentuale Zusammensetzung der Einnahmen aller Vertragskassen 1928 bis 1948

Jahre	Bundesbeiträge	Kantonsbeiträge	Stadtbeiträge	Mitgliederbeiträge	Sonstige Einnahmen	Zusammen
1928	12,6	5,6	38,0	43,4	0,4	100
1929	12,9	5,7	40,6	40,6	0,2	100
1930	12,0	5,3	41,8	40,0	0,9	100
1931	10,8	4,8	40,6	41,0	2,8	100
1932	11,0	4,9	36,1	43,3	4,7	100
1933	10,3	4,8	37,2	42,6	5,1	100
1934	10,2	4,7	36,3	39,3	9,5	100
1935	10,7	4,5	34,1	39,3	11,4	100
1936	10,3	4,3	35,7	38,1	11,6	100
1937	10,5	4,2	35,4	37,2	12,7	100
1938	10,3	4,2	34,3	38,2	13,0	100
1939	10,3	4,2	34,2	38,7	12,6	100
1940	9,9	4,1	34,8	38,5	12,7	100
1941	9,9	4,3	32,7	40,2	12,9	100
1942	9,4	4,5	32,1	40,3	13,7	100
1943	10,5	4,4	30,8	39,5	14,8	100
1944	10,0	4,2	29,4	41,6	14,8	100
1945	12,0	6,8	26,7	39,2	15,3	100
1946	11,9	6,8	26,8	39,0	15,5	100
1947	10,5	4,7	37,4	36,8	10,6	100
1948	11,3	4,2	33,6	40,0	10,9	100

Im ganzen genommen ergibt sich eine merkliche Verschiebung zwischen den Anteilen der verschiedenen Einnahmenposten nur insofern, als den Sonstigen Einnahmen (Selbstbehalte usw.) ein bis 1946 immer wachsendes Gewicht zukam, während auf die Stadtbeiträge und jene der Mitglieder ein etwas sinkender prozentualer Anteil entfiel. Sie bildeten allerdings stets die Grundpfeiler der zürcherischen Krankenversicherung, aber während sie ursprünglich je rund zwei Fünftel der gesamten Einnahmen lieferten, zusammen somit mehr als vier Fünftel, brachten sie schließlich bloß mehr zwei Drittel davon auf. Dabei ist der Anteil der Mitgliederbeiträge ungefähr gleich groß geblieben, jener der Aufwendungen der Stadt dagegen von über

40 auf unter 27 Prozent zurückgegangen. Mit der im Jahre 1946 vorgenommenen Revision der städtischen Verordnung ergab sich eine neue Sachlage. Die Beiträge der Stadt stiegen von 2,7 auf 5,2 bzw. zuletzt 5 Millionen Franken, also fast auf das Doppelte, und ihr Anteil an den gesamten Kasseneinnahmen auf über 37 bzw. 34 Prozent.

Über die Einnahmen der einzelnen Vertragskrankenkasse im Jahre 1948 gibt die Anhangtabelle 7 nähere Auskunft und wieder sind die entsprechenden Beträge pro Mitglied in der nächsten Tabelle (8) berechnet. Die niedrigsten durchschnittlichen Einnahmen (Fr. 90.63) und die höchsten (Fr. 99.39) weichen nur wenig mehr als einen Zwanzigstel vom Gesamtmittel von Fr. 94.98 pro Mitglied ab. Ebenso differieren die durchschnittlichen Bundes-, Kantons-, Stadt- und auch die Mitgliederbeiträge bei den verschiedenen Kassen nicht stark, wogegen sich hinsichtlich der Sonstigen Einnahmen beträchtliche Unterschiede zeigen. Auffallend sind die stark auseinandergehenden Tuberkuloseversicherungsbeiträge. Die Ursache hiefür ist in der verschiedenartigen Durchführung der Tuberkuloseversicherung durch die Vertragskassen zu suchen (Selbstversicherung oder Rückversicherung).

Wir lassen es bei diesen Hinweisen bewenden und betrachten noch die Einnahmen aus den verschiedenen Quellen im ganzen, pro Mitglied und in Promille der Gesamteinnahmen für alle Vertragskrankenkassen zusammen im letzten Jahr, für das diese Angaben verfügbar sind.

Einnahmen der Vertragskrankenkassen im Jahre 1948

Einnahmenposten	Beträge im ganzen Fr.	Beträge pro Mitglied Fr.	Promille der Gesamteinnahmen
Beiträge des Bundes	1 103 478	7.03	74,1
» des Kantons	621 016	3.96	41,7
» der Stadt	5 003 900	31.90	335,8
» der Mitglieder	5 954 875	37.96	399,7
Sonstige Einnahmen	1 626 102	10.37	109,1
Tuberkuloseversicherungsbeiträge	590 243	3.76	39,6
Zusammen	14 899 614	94.98	1000,0

Aus der Aufgliederung der Einnahmen der Vertragskrankenkassen geht hervor, daß drei Fünftel bis drei Viertel aller Einnahmen aus den Beiträgen der Mitglieder und der Stadt stammen. Über deren Gestaltung bzw. Festsetzung soll in den folgenden zwei Abschnitten die Rede sein.

Die Mitgliederbeiträge

Während früher die Vertragskrankenkassen in der Mitgliederbeitragsfestsetzung mehr oder weniger frei waren, schreibt nunmehr die Verordnung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung vor, daß «sie so zu bemessen sind, daß sie unter Berücksichtigung der Beiträge von Bund, Kanton und Stadt zur Deckung der Ausgaben und zur Äufnung der vom Bund vorgeschriebenen Reserven ausreichen». Der monatliche Mitgliederbeitrag ist im übrigen nach den Beitragsgruppen und nach Erwachsenen und Kindern abzustufen. Als Altersgrenze für die «Kinder» gilt dabei, in Abweichung von der bundesrechtlichen Regelung, das 18. statt das 14. zurückgelegte Altersjahr.

Über die Entwicklung der Mitgliederbeiträge im Laufe der ersten zwei Dezennien des Bestehens der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gibt folgende Tabelle Aufschluß.

Mitgliederbeiträge der Vertragskassen 1928 bis 1947

Beträge in Franken

Jahre	Erwachsene				Kinder			
Alte Beitragsgruppen	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1928	0.80	1.20	1.60	2.00	—	0.70	1.10	1.50
1930	1.20	1.60	2.10	2.60	—	0.70	1.10	1.50
1932	1.30	1.70	2.20	2.70	—	0.80	1.20	1.60
Neue Beitragsgruppen	I	II		III	I	II		III
1934	1.40	2.10		2.90	—	1.30		1.70
1938	1.60	2.30		3.00	—	1.30		1.70
1940	1.80	2.60		3.30	—	1.40		1.90
1944	2.10	2.90		3.60	—	1.70		2.20
1947	3.20	4.20		5.20	—	2.50		3.40

Während in der ersten Gruppe für die Kinder seit jeher kein Mitgliederbeitrag zu entrichten war, bewegten sich ursprünglich die Beiträge für Erwachsene zwischen 80 Rappen und 2 Franken und jene für Kinder in den Beitragsgruppen II bis IV zwischen 70 Rappen und Franken 1.50. Seither sind sie in der ersten Gruppe für Erwachsene auf das Vierfache und in der IV. bzw. III. Gruppe auf mehr als das Zweieinhalbfache gestiegen. Für die mittleren Klassen läßt sich der

zeitliche Vergleich nur so durchführen, daß man für die Jahre 1928 bis 1932 das Mittel der Mitgliederbeiträge für die zweite und die dritte Beitragsgruppe nimmt, was für Erwachsene eine Verdreifachung des Mitgliederbeitrages, für Kinder eine Erhöhung auf mehr als das Zweieinhalbfache ergibt. Wir haben an anderer Stelle auf die insbesondere in den letzten Jahren eingetretene Verschiebung im Mitgliederbestand der einzelnen Beitragsgruppe hingewiesen. Da sich die Höhe des Mitgliederbeitrages, wie erwähnt, nach der Gruppenzuteilung richtet, zieht jede Veränderung in der Gruppenzuteilung eine entsprechende Veränderung des Mitgliederbeitrages nach sich, so daß sich im Einzelfalle sehr massive Beitragserhöhungen ergeben können. Dies trifft insbesondere zu, wenn Familien mit Kindern von der I. Beitragsgruppe in eine höhere versetzt werden müssen.

Die in der Tabelle Seite 126 aufgeführten Mitgliederbeiträge sind Mindestbeiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; einzelne Vertragskrankenkassen weisen um bis zu 50 Rappen höhere Ansätze auf.

Die städtischen Beiträge

Bis zum Jahre 1947 richtete die Stadt den Vertragskrankenkassen lediglich den in Art. 20 der städtischen Verordnung bestimmten nach Beitragsgruppen, Alter und Geschlecht abgestuften festen Grundbeitrag aus. Seit dem Jahre 1947 erhalten die Vertragskrankenkassen zum Grundbeitrag noch einen veränderlichen Beitrag, berechnet in Prozenten der Versicherungskosten, die nach Abzug der jährlichen Beiträge von Bund und Kanton, der Kostenanteile der Versicherten, der Gebühren und der Grundbeiträge der Stadt verbleiben. Der veränderliche Beitrag ist in Prozenten wie folgt festgesetzt worden:

	Gruppen		
	I	II	III
	%	%	%
Für Personen bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr von	100	25	20
Für Personen vom zurückgelegten 18. Altersjahr an von	30	15	—

Über die Höhe der Grundbeiträge der Stadt an die Vertragskrankenkassen gibt folgende Aufstellung Aufschluß (Beträge in Franken).

Grundbeiträge nach Beitragsgruppen in Franken

Jahre	Kinder bis 18 Jahre				Personen von 18 u. m. J.				Weibl. Mitgl. v. 18 u. m.			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1927	20	18	13	8	18	13	8	3	6	6	6	6
1933	20	11		4	14	6		—	6	6		6
1947	40	20		10	6	3		—	12	12		12

Mit der Aufteilung des städtischen Beitrages in einen festen Grundbeitrag und einen veränderlichen, sich den Versicherungskosten anpassenden Beitrag hat die Stadt Zürich im Jahre 1947 einen vollständig neuen Weg beschritten. Man erwartet davon, daß in Zukunft nicht nur die Rechnungen der Vertragskassen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Gleichgewicht gehalten, sondern auch die bundesgesetzlichen Reserven geäufnet werden können.

Ausgangspunkt für die Bemessung des veränderlichen städtischen Beitrages bilden, wie erwähnt, die mutmaßlichen Versicherungskosten. Diese wurden im Jahre 1947, auf Grund der Betriebsrechnungen und unter Einbezug einer rund achtprozentigen Reservequote, mit Fr. 90.45 pro Mitglied berechnet. Von diesem Betrag sind abzuziehen: der Beitrag des Bundes (mit Fr. 7.11 pro Mitglied berechnet), des Kantons (Fr. 4.02), der Ertrag aus Kostenanteilen und Gebühren der Mitglieder (Fr. 10.—), der Extrabeitrag der Stadt für Frauen, umgerechnet pro Mitglied (Fr. 5.52) und der Tuberkulosebeitrag der Stadt (Fr. —.50) oder total Fr. 27.15, so daß für die Berechnung des veränderlichen Beitrages vorerst Fr. 63.30 Versicherungskosten verbleiben. Die Rechnung gestaltet sich wie folgt.

Berechnung der Beiträge der Stadt und der Mitglieder

Gruppen	Versicherungstechnische Prämie	Grundbeitrag der Stadt	Veränderlicher Beitrag der Stadt		Gesamtbeitrag der Stadt	Zu Lasten des Mitgliedes	
			% der Prämie minus Grundbeitrag	Betrag		pro Jahr	pro Monat [1]
	Fr.	Fr.	%	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
			Erwachsene				
I	63.30	6.—	30	18.—	24.—	39.30	3.20
II	63.30	3.—	15	9.—	12.—	51.30	4.20
III	63.30	—.—	—	—.—	—.—	63.30	5.20
			Personen bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr				
I	63.30	40.—	100	24.—	64.—	—.—	—.—
II	63.30	20.—	25	11.—	31.—	32.30	2.50
III	63.30	10.—	20	10.80	30.80	42.50	3.40

[1] Auf- oder abgerundet

Aus der Differenz zwischen versicherungstechnischer Prämie, die sich für alle Gruppen gleichbleibt, und dem Gesamtbeitrag der Stadt (Grundbeitrag plus veränderlicher Beitrag) resultiert der zu Lasten des Mitgliedes verbleibende Restbetrag bzw., durch zwölf geteilt, der monatliche Beitrag.

Das vorstehende Berechnungsbeispiel basiert auf den durchschnittlichen Versicherungskosten aller Vertragskrankenkassen. Da diese im einzelnen Unterschiede aufweisen, muß die Berechnung für jede Vertragskrankenkasse gesondert durchgeführt werden. Nur so ist es möglich, die Mitgliederbeiträge den Bedürfnissen der einzelnen Vertragskrankenkasse anzupassen.

Tritt eine wesentliche Verschiebung in den Versicherungskosten ein, so erfahren, gestützt auf das neue Beitragsberechnungssystem, der veränderliche städtische Beitrag und zwangsläufig die Mitgliederbeiträge eine Anpassung an die veränderten Verhältnisse. Um inskünftig eine Fehlentwicklung nach Möglichkeit zu verhüten, hat das Amt für Sozialversicherung die Verpflichtung, die Beiträge alle zwei Jahre zu überprüfen.

DIE AUSGABEN DER VERTRAGSKRANKENKASSEN

Die Gesamtleistungen der Vertragskrankenkassen beliefen sich im ersten vollen Rechnungsjahr auf rund 4268000 Franken und sind seither fast ununterbrochen bis auf den respektablen Betrag von 13321000 Franken angestiegen. Pro Mitglied machte das im Jahre 1929 Fr. 41.86, im Jahre 1948 hingegen Fr. 84.92, also mehr als das Doppelte aus. Bereits die bloße Gegenüberstellung dieser Zahlen für die zwei Dezennien auseinanderliegenden Jahre läßt erkennen, daß aus dem nicht voraussehbar starken Ansteigen der Kosten in der Durchführung der Krankenversicherung Schwierigkeiten entstehen mußten, die Sanierungsmaßnahmen riefen. Um nicht zu falschen Schlußfolgerungen zu gelangen, muß allerdings die im betrachteten Zeitraum eingetretene erhebliche Geldentwertung im Auge behalten werden

Einen detaillierten Überblick über das Ansteigen der wichtigsten Ausgabenposten von Jahr zu Jahr bietet die Anhangtabelle 3. Ihr ist zu entnehmen, daß der größte Ausgabenposten der Vertragskassen, die Arztkosten, stets ungefähr die Hälfte der Gesamtaufwendungen ausmachte. Er ist in zwanzig Jahren auf mehr als das Dreifache, von

1,9 auf 6,3 Millionen Franken, und pro Mitglied auf etwas mehr als das Doppelte, von Fr. 18.55 auf Fr. 41.23, angestiegen. Noch stärker ist der zweitgrößte Posten, jener der Arzneikosten, gewachsen, nämlich von rund 460000 auf 2548000 Franken bzw. pro Mitglied von Fr. 4.50 auf Fr. 16.25. Die absoluten Leistungen haben sich somit beinahe versechsfacht und die Aufwendungen pro Mitglied waren zuletzt drei- bis viermal höher als vor zwanzig Jahren. Da die bundesrechtlich festgesetzten Mindestleistungen von den Kassen zu gewährleisten sind, ist die daraus resultierende Kostensteigerung der Einflußnahme der Stadt vollständig entzogen. Hierin mögen vielleicht gewisse Gefahren für die gedeihliche Entwicklung der Krankenversicherung liegen. Das ist auch in dem anläßlich der letzten Revision der städtischen Verordnung eingeholten Expertengutachten zum Ausdruck gebracht worden, in dem es heißt: «... daß die Kosten unter dem Obligatorium in der Stadt Zürich heute derart sind, daß nach Berücksichtigung der ansehnlichen Mittel der öffentlichen Hand die von den Mitgliedern noch zu zahlende Restprämie fast so hoch sei wie in der freiwilligen Krankenversicherung anderer Kantone, die im wesentlichen ohne Beiträge von Kanton und Gemeinde arbeite.» Und ferner: «Anders als bei der Lebensversicherung, der Unfallversicherung und der Arbeitslosenversicherung liegen bei der Krankenversicherung alle Faktoren, die sie zu Leistungen verpflichtet, außerhalb ihres Einflußbereiches. Der Eintritt des Schadenfalles, die Auslösung der Leistungen und ihr Umfang werden weitgehend durch die an der Versicherung Interessierten selbst bestimmt. So haben denn merkantil veranlagte Ärzte und begehrungsneurotische Mitglieder sehr weitgehende Möglichkeiten, die Leistungen der Krankenpflegeversicherung und damit die Kosten zu vermehren.» Die Ärztegesellschaft Zürich verwahrte sich allerdings gegen den hierin ausgesprochenen Vorwurf der «Überarznung» und erklärte, daß die im Durchschnitt der letzten zehn Jahre um rund einen Drittel erhöhten Arztkosten keine Erhöhung der Arztrechnungen gebracht hätten. Eine Ausnützung der Krankenkassen durch die Ärzte habe demnach nicht stattgefunden. An der Vermehrung der Krankheiten sei auch nicht die Zunahme der Ärzte schuld. «Die wahre Ursache liege vielmehr in der Überalterung des Versichertenbestandes. Zudem habe die stärkere Arbeit eine größere Abnützung der Versicherten mit sich gebracht, und in gewissen Bevölkerungskreisen habe die mangelhafte Ernährung eine Erhöhung der Erkrankungshäufigkeit zur Folge gehabt. Mit den Gutachtern geht die Ärzteschaft darin einig, daß ein

Kernproblem in der immer mehr zunehmenden Begehrlichkeit und rücksichtslosen, häufig ungerechtfertigten Inanspruchnahme der Versicherung durch die Versicherten liege.»

In allen diesen Feststellungen dürfte «ein Körnchen Wahrheit» liegen. Nicht übersehen aber werden darf, daß durch die «Perle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung», die vorbehaltlose Aufnahmeverpflichtung, den Vertragskrankenkassen dauernd Personen zugeführt werden, die auf Grund ihres Gesundheitszustandes eine freiwillige Krankenpflegeversicherung nicht zu erwerben vermöchten und die also für die Versicherung ein schlechtes Risiko bedeuten. Daß sich diese Gruppe der Versicherten für die Krankenkassen kostenmäßig belastend und verteuernd auswirkt, ist unbestreitbar. Sie aber zu erfassen, ist mit eine der Aufgaben, die sich der «Sozialversicherung» stellt.

Die Anhangtabelle 7 (Seite 160) gibt über die Leistungen der einzelnen Vertragskassen im Jahre 1948 Auskunft, und zwar in noch weitergehender Aufteilung als in der zeitlich vergleichenden Übersicht 3, Seite 152. Die dort zusammengestellten Gesamtbeträge sind in der darauffolgenden Übersicht 8 pro Mitglied ausgerechnet. Wir brauchen auf diese Daten nicht näher einzugehen. Eine gewisse Vergleichbarkeit besteht selbstverständlich bei den ganz ungleich großen Mitgliederzahlen der verschiedenen Kassen bloß zwischen den Ausgaben pro Mitglied und selbst bei diesen wird man aus den Ergebnissen für ein einzelnes Jahr nur mit aller Vorsicht verallgemeinernde Schlüsse ziehen dürfen. Die Gesamtausgaben pro Mitglied differieren übrigens von Kasse zu Kasse nicht stark; sie bewegen sich zwischen einem Minimum von Fr. 80.78 und einem Maximum von Fr. 93.06. Ebenso geben alle Kassen für Arztkosten durchschnittlich ungefähr gleich viel aus, nämlich zwischen Fr. 39.95 und Fr. 44.09. Dagegen zeigen sich in der Höhe der andern Ausgaben pro Mitglied z. T. recht beträchtliche Unterschiede.

Die in Erscheinung tretenden unterschiedlichen Ausgaben je Mitglied haben, wie an anderer Stelle ausgeführt wurde, ihre Ursache vorwiegend in der verschiedenartigen Zusammensetzung des Mitgliederbestandes bzw. in der sich daraus ergebenden ungleichen Risikenverteilung. Bekanntermaßen beanspruchen die Frauen und die Kinder die Krankenkassen stärker als die Männer.

Welches Gewicht den einzelnen Ausgabenposten für alle neun Vertragskrankenkassen zusammen im Jahre 1948 zukam, ergibt sich aus den folgenden Zahlenreihen.

Ausgaben der Vertragskrankenkassen im Jahre 1948

Ausgabenposten	Beträge im ganzen Fr.	Beträge pro Mitglied Fr.	Promille der Gesamtausgaben
Krankenpflegeleistungen:			
Arztkosten	6 467 562	41.23	485,51
Arzneikosten { Bezüge aus Apotheken	2 123 312	13.54	159,40
Arzneikosten { Selbstdispensation der Ärzte	424 749	2.71	31,89
Poliklinische Behandlung	240 476	1.53	18,05
Heilanstalten { Vertragsspitäler	745 442	4.75	55,96
Heilanstalten { Übrige Heilanstalten	266 888	1.70	20,04
Heilanstalten { Nervenheilanstalten	182 835	1.17	13,73
Heilanstalten { Trinkerheilkuren	2 593	—.02	0,19
Sonstige Heilmittel	75 054	—.48	5,63
Kranken-Transportkosten	23 998	—.15	1,80
Wochenbettleistungen: [1])			
Arztkosten	13 630	0.11	1,02
Arzneikosten { Bezüge aus Apotheken	3 495	0.03	0,26
Arzneikosten { Selbstdispensation der Ärzte	706	0.01	0,05
Hebammenkosten	16 691	1.14	1,25
Kosten in Heilanstalten	155 479	1.29	11,67
Transportkosten	6 234	—.05	0,47
Stillgelder	75 340	—.63	5,66
Tuberkulose-Leistungen:			
Sanatoriumkuren	880 696	5.61	66,11
Nachbehandlungen	88 590	—.56	6,65
Prämien für Rückversicherungen	108 716	—.69	8,16
Verwaltungskosten:			
Besoldungen und Entschädigungen	1 024 996	6.53	76,95
Allgemeine Unkosten	358 659	2.29	26,92
Neuanschaffungen	16 623	—.11	1,25
Sonstige Ausgaben	18 339	—.12	1,38
Zusammen	13 321 103	84.92	1000,00

[1]) Pro Mitglied über 18 Jahre

Weitaus den wichtigsten Ausgabenposten bilden gegebenermaßen die Arztkosten, die sich im betrachteten Jahr auf 6,5 Millionen Franken beliefen und damit nahezu die Hälfte, genauer 48,6 Prozent, der Gesamtausgaben ausmachten. An zweiter Stelle folgen die Arzneikosten mit 2,5 Millionen Franken oder 19,1 Prozent. Zusammen mit diesen Aufwendungen bilden die Ausgaben für Poliklinische und Spitalbehandlung, für Sonstige Heilmittel und den Krankentransport die Hauptgruppe der Krankenpflegeleistungen — insgesamt 10,6 Millionen Franken oder 79,2 Prozent. Ihr stehen die weiteren Hauptausgabengruppen: Wochenbettleistungen mit rund 272 000 Franken oder 2,0 Prozent, die Tuberkulose-Leistungen mit 1 078 000 Franken oder 8,1 Prozent, Verwaltungskosten mit 1,4 Millionen Franken oder 10,5

Prozent, und endlich der kleine Betrag der Sonstigen Ausgaben von 18000 Franken oder 0,1 Prozent gegenüber.

Instruktiv sind die durchschnittlichen Ausgaben pro Mitglied, wie sie vom Amt für Sozialversicherung seit jeher berechnet wurden, wobei die Wochenbettleistungen auf die Gesamtzahl der erwachsenen Mitglieder bezogen wurden. Es ergeben sich an Arztkosten allein Fr. 41.23, Arzneikosten Fr. 16.25 und an Krankenpflegeleistungen überhaupt Fr. 67.28; die Tuberkulose-Leistungen beliefen sich im Jahre 1948 auf Fr. 6.86 pro Mitglied, die Verwaltungskosten auf Fr. 8.93 und die Gesamtausgaben endlich auf Fr. 84.92.

DIE AUFWENDUNGEN DER STADT ZÜRICH FÜR DIE OBLIGATORISCHE KRANKENPFLEGVERSICHERUNG

Die städtischen Aufwendungen setzen sich einerseits aus festen, bloß von der Größe und Struktur des Mitgliederbestandes abhängigen Ausgaben (ordentlichen Gemeindebeiträgen, Extrabeiträgen für Frauen und Beiträgen an die Tuberkuloseversicherung) und anderseits aus veränderlichen Leistungen (Vergütung der unerhältlichen Beiträge, Stillgelder und Kosten vorsorglicher Maßnahmen) zusammen. Der für Stillgelder aufzuwendende Betrag hängt natürlich von der Geburtenhäufigkeit und der Stillmöglichkeit bei obligatorisch versicherten Frauen ab, während die Aufwendungen für unerhältliche Beiträge stark von den wirtschaftlichen Verhältnissen beeinflußt werden. Als vorsorgliche Maßnahmen, deren Kosten sich im Rahmen der Gesamtaufwendungen recht bescheiden ausnehmen, kommen hauptsächlich vorbeugende Untersuchungen in Betracht. Außerordentliche Belastungen der Stadt bedeuteten die in den Jahren 1928 bis 1930 und 1942 bis 1946 ausgerichteten städtischen Beiträge an die Betriebsrückschläge der Vertragskassen.

Den Bruttoausgaben der Stadt stehen Einnahmen aus dem Anteil des Bundes und des Kantons an den Aufwendungen für unerhältliche Beiträge obligatorisch versicherter Personen gegenüber.

Über die Entwicklung der Aufwendungen der Stadt und der erhaltenen Rückerstattungen im Laufe von zwei Dezennien gibt die Anhangtabelle 6 Aufschluß. Die Nettoaufwendungen sind danach von 1630000 Franken im Jahre 1929, dem ersten vollen Geschäftsjahr, auf 4898801 Franken im Jahre 1948 (oder pro versicherte Person berechnet von Fr. 15.99 auf 30.30 Franken) gestiegen.

Bei der Beurteilung dieser Entwicklung darf nicht übersehen werden, daß sich im gleichen Zeitraum der Bestand der versicherten Personen von rund 102000 im Mittel des Jahres 1929 auf rund 157000 im Jahre 1948 erhöht hat. Am stärksten haben sich die Netto-Aufwendungen der Stadt infolge der Neufestsetzung der städtischen Beiträge im Jahre 1947 vermehrt, nämlich insgesamt um gegen zwei Millionen Franken und pro Mitglied von Fr. 14.04 im Jahre 1946 auf Fr. 31.74.

Bis zum Jahre 1946 hatte die Stadt aus eigenen Mitteln je versicherte Person und Jahr stets zwischen rund 14 und nicht ganz 20 Franken (1946) aufzubringen.

Die ordentlichen Gemeindebeiträge und die Extrabeiträge für Frauen, die rund neun Zehntel der Bruttoleistungen der Stadt beanspruchen, blieben bis 1946 durchschnittlich pro Mitglied fast unverändert auf Fr. 10.61 bis Fr. 12.35 bzw. Fr. 2.71 und Fr. 2.85. Die Steigerung der dafür aufzuwendenden Summe von 1202000 und 288000 Franken im Jahre 1929 auf 1929000 und 468000 Franken im Jahre 1946 war somit lediglich durch die wachsende Zahl der Versicherten verursacht worden.

Recht schwankend ist die Bruttobelastung der Stadt durch die Verpflichtung, den Kassen die unerhältlichen Mitgliederbeiträge zu vergüten: die daraus erwachsenden Kosten sind ein getreues Spiegelbild der wechselnden Konjunktur und der wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung. Während der Depressionsperiode in der ersten Hälfte der dreißiger Jahre schwollen die Auslagen der Stadt für diesen Zweck stark an — von nur 102000 bis auf (1936) rund 532000 Franken — um dann Ende der dreißiger Jahre vorübergehend wieder etwas zurückzugehen, aber im Kriegsjahr 1940 neuerdings auf ein Maximum von 524000 Franken anzusteigen. In der anschließenden Zeit von Vollbeschäftigung wurde die Zahlungsfähigkeit der Kassenmitglieder durch den langen Militärdienst und die hohen Kosten der Lebenshaltung empfindlich beeinträchtigt. Die Leistungen der Stadt für die unerhältlichen Beiträge schrumpften zwar allmählich wesentlich zusammen; sie beliefen sich aber auch im Jahre 1947 immer noch auf rund 227000 Franken und schnellten im Jahre 1948 plötzlich wieder auf mehr als das Doppelte, 462000 Franken, hinauf.

Diesen Bruttoausgaben stehen die Einnahmen gegenüber, die sich aus den Regreßmaßnahmen des Amtes für Sozialversicherung und den Beiträgen des Kantons und des Bundes an die «unerhältlichen

Beiträge» ergeben. Nach Abzug dieser Einnahmen verblieben zu Lasten der Stadt im Jahre 1947 44767 Franken, 1948 104320 Franken oder pro Versicherten 27 Rappen bzw. 66 Rappen.

Ein richtiges Bild über das Ausmaß der unerhältlichen Mitgliederbeiträge in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Stadt Zürich erhält man indessen erst, wenn man die nicht bezahlten Beiträge mit dem Gesamtbetrag der Mitgliederbeiträge in Vergleich setzt. Für die Jahre 1947 und 1948 ergibt sich daraus folgendes Bild:

	Mitgliederbeiträge	Unerhältliche Beiträge	in Prozenten der Beiträge
	Fr.	Fr.	Fr.
1947	5 373 802	70 316	1,3
1948	6 417 503	163 854	2,6

Diese Gegenüberstellung dürfte angetan sein, den auf den ersten Blick beängstigenden Zahlen an unerhältlichen Beiträgen doch einen etwas andern Aspekt zu verleihen.

An Stillgeldern sind im Jahre 1929 bloß 28000 Franken ausgerichtet worden; sie erreichten im Jahre 1943 mit 67600 Franken den Höchststand und betrugen in den Jahren 1947 und 1948 noch 47500 Franken bzw. 39600 Franken. Die starke Zunahme bis zum Jahre 1946 war nicht nur eine Folge des Anwachsens der Zahl der versicherungspflichtigen Frauen, sondern auch der Zunahme der Geburtenhäufigkeit insbesondere in der ersten Hälfte der Vierzigerjahre. In den letzten Jahren ist wieder eine rückläufige Bewegung eingetreten.

Insgesamt wurde in den Jahren 1928 bis 1948 die Krankenpflegeversicherung für rund 55300 Wochenbettfälle in Anspruch genommen und in 25600 Fällen wurden Stillgelder im Gesamtbetrage von rund 973400 Franken ausbezahlt; hievon waren 8300 Fälle mit zehnwöchiger, 17300 Fälle mit fünfzehnwöchiger Stilldauer.

Welche Bedeutung den Stillgeldern zukommt, mögen noch folgende ergänzende Daten erhellen:

In der Zürcher Wohnbevölkerung wurden im Jahre 1948 insgesamt 5423 Kinder lebend geboren. Die Krankenpflegeversicherung wurde für 2449 Wochenbettfälle in Anspruch genommen und Stillgelder sind 972 Müttern gewährt worden, so daß diese 18 Prozent aller Gebärenden zugute kamen. In 366 Fällen wurde während zehn Wochen und in 606 Fällen während mindestens fünfzehn Wochen gestillt. An Stillgeldern sind dafür 39600 Franken ausbezahlt worden.

Von den außerordentlichen städtischen Beiträgen, die in den Jahren 1929 und 1930 in der Höhe von 134000 und 215000 Franken und neuerdings von 1942 bis 1946 in von 336000 bis zu 959000 Franken ansteigenden Summen, war auf Seite 113 die Rede; es darf deshalb auf das dort Ausgeführte verwiesen werden.

Die Ausgaben für Vorsorgliche Maßnahmen, die einzig in den Jahren 1929 bis 1931 nennenswert waren, im letztgenannten Jahre aber immerhin gegen 75000 Franken betrugen, betrafen damals einerseits städtische Beiträge an Stärkungskuren von Kindern und anderseits die Kosten der Herausgabe von Aufklärungsschriften über verschiedene Gebiete der Gesundheitspflege. Später handelt es sich bloß mehr um die Arzthonorare für vorbeugende Untersuchungen, von denen aber leider, wie aus den Daten der Anhangtabelle 6 hervorgeht, nur sehr wenig Gebrauch gemacht wurde.

Fassen wir den ganzen betrachteten Zeitraum zusammen, so ergeben sich die folgenden Beträge der städtischen Aufwendungen.

Aufwendungen der Stadt Zürich für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung 1929–1948

	Fr.
Ordentliche Gemeindebeiträge . .	39 982 041
Beiträge für Frauen	9 686 027
Unerhältliche Beiträge, brutto . .	6 245 623
Beiträge an Betriebsrückschläge .	3 595 999
Tuberkulose-Taggelder	576 108
Stillgelder	960 645
Vorsorgliche Maßnahmen	194 605
Gesamtausgaben	61 241 048
Beiträge des Bundes	1 929 684
Beiträge des Kantons	849 490
Regreßeinnahmen	3 871 335
Zusammen	6 650 509
Nettoaufwendungen	54 590 539

Bei den hier aufgeführten Leistungen des Bundes handelt es sich um die von ihm gemäß Art. 38 KUVG der Stadt Zürich gezahlten Beiträge an die Gesamtaufwendungen für ordentliche Gemeindebeiträge, Beiträge für Frauen und für nicht erhältliche Mitgliederbeiträge. Unter den Leistungen des Kantons ist dessen Rückvergütung des dritten Teils der unerhältlichen Mitgliederbeiträge zu verstehen. Mit Regreßeinnahmen sind die vom Amt für Sozialversicherung im Mahn- und Regreßverfahren wieder eingebrachten, von ihm den Kassen vergüteten «unerhältlichen Mitgliederbeiträge» bezeichnet.

DIE STÄDTISCHE TUBERKULOSE-TAGGELDENTSCHÄDIGUNG

Mit dem Erlaß der besonderen eidgenössischen Vorschriften über die Tuberkuloseversicherung konnten auch die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Stadt Zürich in erfreulicher Weise verbessert werden. In der Verordnung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 4. Dezember 1946 wurde denn auch in Anpassung an die neuen bundesrechtlichen Bestimmungen eine wesentliche Erhöhung und Ausdehnung der Krankenpflegeleistungen der Vertragskassen an obligatorisch versicherte Tuberkulöse festgesetzt. Gleichzeitig hat man in Art. 24 die Ausrichtung einer zusätzlichen, prämienfreien Taggeldentschädigung vorgesehen, auf die obligatorisch versicherte, berufstätige, mündige Tuberkulöse Anspruch haben, und deren Kosten ausschließlich von der Stadt getragen werden.

Die Taggeldentschädigung beträgt je Aufenthaltstag für Ledige, Verwitwete und Geschiedene ohne Unterstützungspflicht 2 Franken, für solche mit Unterstützungspflicht 2 bis 6 Franken, für verheiratete Frauen 3 Franken und für verheiratete Männer 6 Franken pro Tag; für jede unterstützte minderjährige Person wird ein zusätzliches Taggeld von 1 Franken ausbezahlt. Das Taggeld wird herabgesetzt oder fällt ganz weg, wenn das Einkommen des Versicherten sonst unter Berücksichtigung anderweitiger Ansprüche, wie insbesondere auf Ausrichtung von Lohn und Taggeldern, mehr als vor dem Anstaltsaufenthalt betragen würde. Verzichtet der Tuberkulöse auf die anderweitigen Ansprüche oder beeinträchtigt er sie, so wird das Taggeld nicht ausgerichtet.

Die Tuberkuloseleistungen (Krankenpflegebeitrag und Krankengeldentschädigung) sind vom ersten Tag des Aufenthaltes in einer vom Bund anerkannten Heilanstalt an für die Dauer von mindestens 720 Tagen im Laufe von fünf aufeinanderfolgenden Jahren zu gewähren. Kann nach dem Zeugnis des Anstaltsarztes ein besserer Heilerfolg erzielt werden, so sind die Versicherungsleistungen bis auf die Dauer von 1080 Tagen im Laufe von fünf aufeinanderfolgenden Jahren auszurichten.

Um eine einheitliche Handhabung der Taggeld-Zusprechung, insbesondere aber auch um Erfahrungen in der Durchführung der nach ihrer Art erstmals zur Anwendung gekommenen zusätzlichen Tuberkulose-Entschädigung zu erhalten, wurde mit Zustimmung der Ver-

tragskassen die Beurteilung der Taggeld-Gesuche und die Auszahlung der Taggelder dem Amt für Sozialversicherung übertragen.

In den Jahren 1947 und 1948 wurde die Tuberkulose-Taggeldentschädigung insgesamt 588 bzw. 643 Tuberkulösen gewährt, und zwar:

	1947	1948
Einzelpersonen ohne Unterstützungspflicht .	313	332
Einzelpersonen mit Unterstützungspflicht .	48	50
Verheirateten Frauen	105	133
Verheirateten Männern	122	128

Die Aufwendungen der Stadt betrugen im Jahre 1947 insgesamt Fr. 255674.70 oder im Durchschnitt 435 Franken pro Fall, im Jahre 1948 insgesamt Fr. 320531.15 bzw. 498 Franken pro Fall.

Angesichts der geringen Dauer dieser segensreichen Institution, die noch keine abschließende Stellungnahme zuläßt, mag darauf verzichtet werden, auf Einzelheiten einzutreten. Lediglich über die Gliederung der Taggeldempfänger im Jahre 1948 nach dem Geschlecht und dem Alter sei noch kurz orientiert.

Die Tuberkulose-Taggeldempfänger nach Geschlecht und Alter

Altersjahre	Männliches Geschlecht	Weibliches Geschlecht	Zusammen
60 u. m.	10	3	13
50–59	31	38	69
40–49	55	66	121
30–39	78	106	184
20–29	74	182	256
Zusammen	248	395	643

Es darf festgestellt werden, daß die zusätzliche städtische Taggeld-Entschädigung für die obligatorisch versicherten Personen, denen sie zugute kam, eine wahre Wohltat bedeutete. Einem Teil der Versicherten ist es damit möglich geworden, die Kurkosten selbst zu decken und sich so von der Hilfe weiterer Kreise frei zu machen. Für die Familienangehörigen Tuberkulöser bedeuten die Taggeld-Zuschüsse eine wertvolle Hilfe während der oft Monate dauernden Abwesenheit des Ernährers. Mit der Ausrichtung der Taggelder kann viel zur Linderung der wirtschaftlichen und seelischen Not Tuberkulöser beigetragen werden, was sich häufig auch auf den Heilungsprozeß günstig auswirkt.

SCHLUSS

Die Entstehung und Entwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist, wie die schweizerische Sozialversicherung überhaupt, geradezu ein Schulbeispiel dafür, wie langsam manche fortschrittliche Institutionen bei uns heranreifen und sich durchzusetzen vermögen. Den von Steinemann aufgeführten Etappen auf dem Wege, den die Gesetzgebung im Verlaufe eines halben Jahrhunderts durchschritten hat: ein Bundesverfassungsartikel, ein verworfenes und ein angenommenes Bundesgesetz, ein altes und ein revidiertes Einführungsgesetz und schließlich eine alte und eine revidierte städtische Verordnung, müssen heute bereits weitere zurückgelegte Wegstrecken angereiht werden, nämlich eine Motion Seematter und ein Postulat Schneider im Nationalrat betreffend weitern Ausbau des Bundesgesetzes betreffend die Krankenversicherung, sowie eine Motion Spühler betreffend den Ausbau der Tuberkuloseversicherung, ferner ein revidiertes kantonales Einführungsgesetz und eine weitere Revision der städtischen Verordnung. Und schon sind weitere Ziele ausgesteckt.

Im Bund wird eine Revision des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes mit Einschluß der Mutterschaftsversicherung erwogen. In diesem Zusammenhang wird insbesondere auch danach zu trachten sein, den besseren wirtschaftlichen Schutz der von der Tuberkulose Befallenen, den das am 22. Mai 1949 wuchtig verworfene Bundesgesetz über Maßnahmen gegen die Tuberkulose anstrebte, in bescheidenerem Rahmen zu verwirklichen; die Erfahrungen, die in der Stadt Zürich seit 1947 mit der Tuberkulose-Taggeldentschädigung gemacht wurden, dürften dabei mit Nutzen verwertet werden.

Im Kanton ist eine Revision des Einführungsgesetzes bereits im Gang. Die vom Kantonsrat beratene Vorlage, über die der Souverän demnächst zu entscheiden haben wird, hat die Einkommensgrenzen weiterhin, und zwar für Ledige von 4500 auf 5500 Franken und für Verheiratete von 5200 auf 6500 Franken, und die Kinderzulagen von 500 auf 600 Franken erhöht.

Schließlich muß die neueste Errungenschaft im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Stadt Zürich, die «Soziale Zahnpflege für Jugendliche», über die der Gemeinderat am 25. März 1949 eine Verordnung erlassen hat, wenigstens noch kurz erwähnt werden. Sie bezweckt, das durch die schulzahnärztliche Behandlung sanierte Gebiß der Jugendlichen kautüchtig und gesund zu erhalten, was durch eine jährliche einmalige unentgeltliche Kontrolle des Ge-

bisses und die Gewährung von Beiträgen an die Kosten der dadurch veranlaßten Behandlung erreicht werden soll.

Rückblickend kann man sagen, daß zwar die Krankenvericherung in unserem Land und in unserer Stadt bis zu ihrer Verwirklichung einen wahren Leidensweg zu durchlaufen hatte, daß sie aber schließlich, wie manche andere unserer sozialen Errungenschaften, eine erfreuliche Entwicklung erfahren hat.

Der frühere Zürcher Stadtpräsident Ernst Nobs, der heutige Bundesrat, hat einmal der negativen Seite der Demokratie, «daß der Fortschritt bei uns, abgesehen von außerordentlichen Zeiten, auf so langsamen Füßen geht», das Positivum gegenübergestellt: «Freilich, was sich bei uns unter so erschwerten Verhältnissen durchgesetzt hat, pflegt dann auch Bestand zu haben.» Dem gleichen Gedanken hat Jeremias Gotthelf vor mehr als hundert Jahren in den folgenden Worten in anschaulicher Weise Ausdruck verliehen: «Im Schweizerlande ist der üppige Boden nicht, der über Nacht Pflanzen treibet, unter deren Schatten am folgenden Tage Menschen ruhen können; wir haben ein steinern Land, und was wurzelt, wurzelt langsam. Aber sind die Wurzeln einmal getrieben ins harte Gestein, dann werfen Sturmwinde den Baum nicht um, dann splittern die Äxte, welche an die Wurzel wollen».

ANHANG

I. Zeittafel

II. Auszug aus dem kantonalen Einführungsgesetz

III. Auszug aus der städtischen Verordnung

IV. Tabellen

ANHANG I

ZEITTAFEL ZUR OBLIGATORISCHEN KRANKENPFLEGE-VERSICHERUNG ZÜRICH

Im Mittelalter finden sich Anfänge einer Krankenversicherung bei den Bruderschaften, Gesellenvereinigungen, Gesellenladen, die bis zum Ende des achtzehnten Jahrhunderts, ja bis zur Aufhebung des Zunftzwanges bestehen blieben.

Ende des achtzehnten und in den ersten Dezennien des neunzehnten Jahrhunderts wurden die Gesellenladen aufgelöst.

1831 Gründung der Kranken-, Invaliden- und Sterbecassa der Firma Escher Wyss & Co., der ältesten modernen zürcherischen Krankenkasse, aus der die Industrie-Krankenkasse hervorgegangen ist.

1844 (16. Christmonat) Im zürcherischen «Polizeigesetz für Handwerksgesellen, Lehrlinge, Fabrikarbeiter, Taglöhner und Dienstboten» werden kantonsfremde Gesellen und Gehülfen verpflichtet, «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.»

1846 (26. März) Gründung der Krankenkasse der Steinmetzen und Steinhauer im Bezirk Zürich.

1851 (14. Mai) Gründung des «Krankenunterstützungsvereins für Maurer und Lehrlinge», der Vorläuferin der Gewerbekrankenkasse vormals Baugewerbekrankenkasse.

1856 (11. September) Gründung der Allgemeinen Krankenkasse Zürich durch die Hülfsgesellschaft Zürich.

1873 Gründung der Grütlikrankenkasse.

1876 Gründung der Allgemeinen Gewerkschaftskasse, Vorläuferin der Krankenkasse «Arbeiterunion» (1904) bzw. der Krankenkasse Union (1912).

1879 (9. März) Gründung der Katholischen Genossenschaftskrankenkasse Zürich, der Vorläuferin der Krankenkasse Konkordia.

1885 (22. März) Im Nationalrat wird eine Motion Klein eingereicht, die den Anstoß gab zur Bundesgesetzgebung über die Kranken- und Unfallversicherung.

1889 (15. November) Nationalrat Forrer schlägt vor, daß der Bund eine staatliche Unfallversicherungsanstalt errichte und gleichzeitig die Krankenversicherung organisiere.

1890 (26. Oktober) Annahme des Artikels 34bis der Bundesverfassung, der die Einrichtung der Kranken- und Unfallversicherung vorsieht, bei 59,8 Prozent Stimmbeteiligung mit 283228 Ja gegen 92200 Nein und 20½ annehmenden gegen 1½ verwerfenden Ständestimmen.

1900 (31. Dezember 1899) Gründung der Krankenkasse Helvetia, aus der Allgemeinen Schweiz. Krankenkasse hervorgegangen.

1900 (20. Mai) Wuchtige Verwerfung der Lex Forrer, des Bundesgesetzes betreffend die Kranken- und Unfallversicherung vom 5. Oktober 1899, das die Einführung der staatlichen Kranken- und Unfallversicherung mit einem Obligatorium für alle unselbständigerwerbenden Personen vom 14. Altersjahr an vorsah, bei 66,7 Prozent Stimmbeteiligung mit 341914 Nein gegen 148035 Ja.

1901 (17. September) Gründung der Krankenpflege Zürich.

1904 (19. März) Gründung der Sektion Zürich der Christlichsozialen Krankenkasse.

1912 (4. Februar) Knappe Annahme des «Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911» bei 64,3 Prozent Stimmbeteiligung mit 287565 Ja gegen 241416 Nein.

1916 (10. Dezember) Annahme des kantonalzürcherischen Einführungsgesetzes zum BG betreffend Kranken- und Unfallversicherung bei 77,7 Prozent Stimmbeteiligung mit 69969 Ja gegen 18780 Nein.

1917 (14. September) Im Großen Stadtrat von Zürich reicht Dr. H. Häberlin eine Motion ein: «Der Stadtrat wird eingeladen, beförderlich Bericht und Antrag zu stellen betreffend Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung mit städtischen Beiträgen.»

1919 (30. März) Im Kantonsrat wird eine Revision des Einführungsgesetzes zum BG betreffend die Kranken- und Unfallversicherung verlangt.

1926 (6. Juni) Annahme des revidierten kantonalen Einführungsgesetzes bei 66,1 Prozent Stimmbeteiligung mit 56305 Ja gegen 22240 Nein.

1927 (16. März) Der Stadtrat von Zürich unterbreitet dem Großen Stadtrat den Antrag auf Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Bevölkerung mit kleinen Einkommen.

1927 (5. Oktober) Die Vorlage wird vom Großen Stadtrat angenommen.

1927 (11. Dezember) Annahme der «Verordnung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 5. Oktober 1927» bei 65,1 Prozent Stimmbeteiligung mit 32492 Ja gegen 5413 Nein.

1928 (13. Juni) Bundesgesetz betr. Maßnahmen gegen die Tuberkulose.

1933 (18. Oktober) Revision der städtischen Verordnung durch den Großen Stadtrat.

1934 (5. September) Revision der städtischen Verordnung durch den Gemeinderat.

1934 (16. Dezember) Verwerfung der Revision des kantonalen Einführungsgesetzes bei 75,6 Prozent Stimmbeteiligung mit 66245 Nein gegen 61851 Ja.

1934 (16. Dezember) Annahme der Revision der Verordnung vom 5. September 1934 bei 70,4 Prozent Stimmbeteiligung mit 38354 Ja gegen 2848 Nein.

1943 (16. Dezember) Motion Nationalrat Bircher betr. Tuberkulosebekämpfung.

1944 (19. Januar) Erlaß der Verordnung I über Tuberkuloseversicherung.

1944 (25. September) Motion Nationalrat Siegrist betr. Erlaß einer Vollziehungsverordnung, um die Möglichkeit zu schaffen, Erkrankungen an Tuberkulose möglichst früh zu erfassen und einer rechtzeitigen Heilung zuzuführen.

1944 (20. Dezember) Motion Seematter im Nationalrat auf Einführung eines Teilobligatoriums der Krankenversicherung.

1945 (21. März) Motion Dr. Spühler im Nationalrat betr. Errichtung einer genügenden Zahl von Tuberkuloseheilstätten, Sicherung der ärztlichen Behandlung und des Heilstättenaufenthaltes, Existenzsicherung der Familien der Tuberkulosekranken und Wiedereingliederung Geheilter in den Arbeitsprozeß.

1945 (22. Juni) Postulat Schneider im Nationalrat betreffend Ausbau der Krankenversicherung.

1945 (15. November) Annahme des revidierten kantonalen Einführungsgesetzes bei 61,1 Prozent Stimmbeteiligung mit 90117 Ja gegen 31989 Nein.

1946 (4. Dezember) Revision der städtischen Verordnung durch Beschluß des Gemeinderates.

1947 (16. Juni) Erlaß der Verordnung II betr. Tuberkuloseversicherung.

ANHANG II

Auszug aus dem kantonalen Einführungsgesetz zum Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (Vom 25. November 1945)

§ 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 Einzelpersonen, deren jährliches Einkommen den Betrag von Fr. 3000.— nicht übersteigt;
b) auf Familien mit ihren Kindern bis zum zurückgelegten 20. Altersjahr, wenn ihr jährliches Gesamteinkommen den Betrag von Fr. 3600.— nicht übersteigt;
c) auf alleinstehende unmündige Personen, sofern ihre unterstützungspflichtigen Verwandten nicht mehr als Fr. 3600.— Einkommen haben.

Als Einkommen gilt das versteuerte Einkommen, vermehrt um einen Zehntel des versteuerten Vermögens, soweit dieses den Betrag von Fr. 10000.— übersteigt.

Als Grundlage für die Feststellung der Versicherungspflicht gelten die aus dem Steuerregister für die Staats- und Gemeindesteuern ersichtlichen Einkommens- und Vermögensbeträge.

§ 3. Die Gemeinden sind berechtigt, die Versicherungspflicht auf Einzelpersonen und Familien auszudehnen, deren Gesamteinkommen Fr. 4500.— für Einzelpersonen und Fr. 5200.— für Ehepaare nicht übersteigt.

Gehören zur Familie Kinder, so darf die Einkommensgrenze für jedes unmündige Kind um höchstens Fr. 500.— erhöht werden.

§ 3a. Sofern sich die Lebenshaltungskosten gegenüber dem vom Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit auf den 31. Dezember 1944 berechneten Gesamtindex von 208 um mehr als 20% verändern, ist der Kantonsrat befugt, die in den §§ 2 und 3 festgesetzten Ansätze den neuen Verhältnissen anzupassen.

§ 9. Gemeinden, welche die Krankenversicherung im Rahmen der §§ 2 und 3 obligatorisch erklären, können mit deren Durchführung anerkannte private Krankenkassen oder Vereinigungen solcher Kassen oder öffentliche Krankenkassen betrauen.

Überträgt eine Gemeinde die Durchführung der obligatorischen Krankenversicherung den anerkannten privaten Krankenkassen, so haben alle in der Gemeinde tätigen anerkannten Krankenkassen das Recht, dabei mitzuwirken, sofern sie die Bedingungen der jeweiligen Gemeindeverordnung erfüllen und ihre Verwaltung für die Erfüllung der übernommenen Verpflichtungen Gewähr bietet.

Die Versicherungspflicht kann von den zu Versichernden nach freier Wahl in jeder vom Bunde anerkannten Krankenkasse mit Krankenpflegeversicherung erfüllt werden.

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

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

§ 24. Der Kanton vergütet den Gemeinden einen Drittel der Auslagen, die ihnen aus der Übernahme der Beiträge für bedürftige, obligatorisch versicherte Personen gemäß § 21, Absatz 2, erwachsen.

ANHANG III

Auszug aus der «Verordnung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung» (Beschluß des Gemeinderates vom 4. Dezember 1946)

I. VERSICHERUNGSPFLICHT

Art. 2. Der Versicherungspflicht unterliegen die folgenden, in der Stadt Zürich tatsächlich wohnenden und im Einwohnerregister eingetragenen Personen.

a) Familien (Ehegatten und Einzelpersonen) mit ihren unmündigen Kindern, wenn ihr jährliches Gesamteinkommen den Betrag von Fr. 5200, für jedes unmündige Kind um Fr. 500 vermehrt, nicht übersteigt;
b) mündige Einzelpersonen, deren jährliches Einkommen den Betrag von Fr. 4500 nicht übersteigt;
c) unmündige Einzelpersonen, wenn ihr jährliches Einkommen den Betrag von Fr. 4500 nicht übersteigt oder ihre unterstützungspflichtigen Verwandten ein unter der Grenze von lit. a liegendes Einkommen haben.

Als Einkommen gilt das versteuerte Einkommen vermehrt um einen Zehntel des versteuerten, den Betrag von Fr. 10000 übersteigenden Vermögens. Bei der Festsetzung des Einkommens ist die Einschätzung für die Staats- und Gemeindesteuer maßgebend.

Art. 4. Bei Zuzug in die Stadt Zürich beginnt die Versicherungspflicht 1 Jahr nach der Anmeldung bei der Einwohnerkontrolle ...

Die Versicherungspflicht erlischt mit der Abmeldung, spätestens jedoch mit der Aufgabe des tatsächlichen Wohnens.

Art. 8. Die einer Vertragskrankenkasse beitretenden versicherungspflichtigen Personen werden in folgende Gruppen eingeteilt:

	Einzelpersonen	Familien (Ehepaar und Einzelperson)
Gruppe I Einkommen bis . . .	2200	3200
Gruppe II Einkommen von . .	2201–3200	3201–4200
Gruppe III Einkommen von . .	3201–4500	4201–5200

Leben in einer Familie unmündige Kinder, so erhöhen sich die Ansätze um je Fr. 500 für jedes Kind.

II. DURCHFÜHRUNG DER OBLIGATORISCHEN VERSICHERUNG

Art. 10. Die obligatorische Versicherung wird durch die Vertragskrankenkassen und städtischen Organe, insbesondere das Amt für Sozialversicherung, vollzogen.

Art. 11. Vertragskrankenkasse kann jede anerkannte Krankenkasse werden, die im Gebiete der Stadt Zürich tätig ist, mindestens 10000 in der Stadt wohnende Mitglieder zählt, für ihre Verpflichtungen gegenüber den Mitgliedern in Zürich Gerichtsstand hat und deren Verwaltung für die Erfüllung der Pflichten der Kasse Gewähr bietet.

Art. 17. Die Vertragskrankenkassen haben alle Versicherungspflichtigen vorbehaltlos aufzunehmen.

Art. 20. Die Stadt leistet den Vertragskrankenkassen an die Kosten der obligatorischen Versicherung jährliche Beiträge, abgestuft nach Beitragsgruppen, Alter, Geschlecht und nach Maßgabe der jährlichen Versicherungskosten der Gesamtheit der Vertragskrankenkassen, und zwar:

a) Einen Grundbeitrag in folgender Höhe:

	Gruppen I Fr.	II Fr.	III Fr.
Für Personen bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr	40.—	20.—	10.—
für Personen vom zurückgelegten 18. Altersjahr an	6.—	3.—	—.—
Zuschlag für weibliche Personen vom 18. Altersjahr an	12.—	12.—	12.—
für jede versicherte Person an die Kosten der Tuberkuloseversicherung	—.50	—.50	—.50

b) einen veränderlichen Beitrag, berechnet in Prozenten der Versicherungskosten, die nach Abzug der jährlichen Beiträge von Bund und Kanton, der Kostenanteile der Versicherten, der Gebühren und der Grundbeiträge der Stadt verbleiben:

	Gruppen I %	II %	III %
Für Personen bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr von	100	25	20
für Personen vom zurückgelegten 18. Altersjahr an von	30	15	—

Die Stadt ersetzt den Vertragskrankenkassen ferner die Kosten der Tuberkuloseentschädigung gemäß Art. 24, Absätze 3 und 4, die nach Abzug der Beiträge von Bund und Kanton verbleiben, und die von ihnen auszurichtenden zusätzlichen städtischen Stillgelder.

Art. 21. Die Vertragskrankenkassen haben die Beiträge der Stadt zur Abstufung der Mitgliederbeiträge im Sinne von Art. 28 zu verwenden.

III. GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Art. 22. Die obligatorische Versicherung umfaßt Krankheiten und Unfälle. Von der Versicherung sind ausgenommen:

a) Unfälle und Berufskrankheiten, für deren Folgen die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt in Luzern aufkommt;
b) Krankheiten und Unfälle, die durch die Militärversicherung versichert sind;
c) Unfälle, für deren Folgen die städtische Unfallkasse aufkommt;
d) Unfälle, verursacht durch den Betrieb eines Motorfahrzeuges;
e) Unfälle, die auf besondere Gefahren ,Wagnisse oder Teilnahme an einem Raufhandel zurückzuführen sind.

IV. DIE LEISTUNGEN DER VERTRAGSKRANKENKASSEN

Art. 23. Die Vertragskrankenkassen haben in der obligatorischen Versicherung folgende Leistungen zu gewähren:

1. Ärztliche Behandlung und Arznei bei Hauspflege und konsultativer Behandlung durch einen Arzt oder eine Poliklinik;
2. a) Beiträge an die Behandlung und Verpflegung in Heilanstalten im Kanton Zürich gemäß den mit diesen abgeschlossenen Verträgen, mindestens aber von Fr. 4.— für Erwachsene und Fr. 2.50 für Kinder im Tag;
   b) Beiträge an die Behandlung und Verpflegung in Nervenheilanstalten von mindestens Fr. 3.50 für Erwachsene und Fr. 2.— für Kinder im Tag;
   c) Beiträge an die Behandlung und Verpflegung in Tuberkuloseheilstätten nach Maßgabe von Art. 24;

3. nach Maßgabe von Ziffern 1 und 2, lit. a, ärztliche Behandlung und Arznei oder Behandlung und Verpflegung in Heilanstalten, wenn der Versicherte bei vorübergehendem Aufenthalt außerhalb des Stadtgebietes erkrankt, jedoch nur so lange, als die Rückkehr nach Zürich nach ärztlichem Urteil unmöglich ist;
4. Beistand der Hebamme nach Maßgabe der kantonalen Vorschriften über den Hebammendienst; Ausrichtung eines zusätzlichen Stillgeldes der Stadt neben demjenigen von Bund und Kanton von Fr. 20.— nach zehnwöchiger und von weitern Fr. 30.— nach fünfzehnwöchiger Stilldauer;
5. Heilanwendungen und Heilmittel nach den vom Stadtrat zu erlassenden Richtlinien;
6. Übernahme der Kosten für den Transport ins Krankenhaus durch die städtische Sanität; Übernahme der Kosten für den Transport ins Krankenhaus außerhalb des Stadtgebietes bis zum Betrage von Fr. 20.—;
7. Beiträge von Fr. 1.— im Tag an die erste Trinkerheilkur nach Beginn der Versicherungspflicht.

Art. 26. .....

Ärztliche Behandlung und Arznei bei Hauspflege und konsultativer Behandlung sind, die Erlöschung der Mitgliedschaft gemäß Art. 27, Absatz 1, vorbehalten, auf unbestimmte Zeit zu gewähren.

Die Beiträge an die Behandlung und Verpflegung in Heilanstalten und Nervenheilanstalten gemäß Art. 23, Ziffern 2a und b, sind sowohl während 360 Tagen im Verlauf von 540 aufeinanderfolgenden Tagen, als auch gleichzeitig während 270 Tagen im Verlauf von 360 aufeinanderfolgenden Tagen zu gewähren. Nachher werden diese Leistungen für sechs Monate eingestellt. Nach Ablauf dieser Frist sind sie noch für insgesamt 180 Tage zu gewähren.

Art. 27. Nach Erschöpfung der Leistungen gemäß Art. 26, Absätze 3 und 4, erlischt die Mitgliedschaft.

Nach Ablauf von frühestens 5 Jahren seit Erlöschen der Mitgliedschaft ist die Wiederaufnahme zu gewähren, sofern in diesem Zeitpunkt der Gesuchsteller wegen des Leidens, das zur Erschöpfung der Leistungen in der obligatorischen Versicherung geführt hat, nicht mehr behandlungsbedürftig ist, 5 Jahre ununterbrochen in Zürich gewohnt hat und die übrigen Voraussetzungen der Versicherungspflicht vorliegen.

V. DIE LEISTUNGEN DER VERSICHERUNGSPFLICHTIGEN

Art. 28. Die Vertragskrankenkassen haben von den obligatorisch versicherten Mitgliedern einen monatlichen, nach den Gruppen in Art. 8 abgestuften Beitrag zu erheben. Die Monatsbeiträge sind so zu bemessen, daß sie unter Berücksichtigung der Beiträge von Bund, Kanton und Stadt zur Deckung der Ausgaben und zur Äufnung der vom Bund vorgeschriebenen Reserven ausreichen.

Für Kinder der ersten Gruppe darf kein Beitrag erhoben werden. Die Beiträge für Kinder in der zweiten und dritten Gruppe sind niedriger als die Beiträge für Erwachsene anzusetzen.

Art. 31. Die Vertragskrankenkassen haben von ihren obligatorisch versicherten Mitgliedern Kostenbeiträge an die im Einzelfalle ausgerichteten Versicherungsleistungen nach den vom Stadtrat zu erlassenden Vorschriften zu erheben (Selbstbehalt). Die Beiträge sind in schweren und lang dauernden Krankheitsfällen niedriger anzusetzen als in leichten und kürzer dauernden Fällen. Sie dürfen bis zu 15% der Versicherungsleistungen betragen.

Art. 32. Für den Bezug eines Krankenscheines ist eine Gebühr von Fr. 1.— zu erheben.

ANHANG IV

TABELLEN ZUR OBLIGATORISCHEN KRANKENPFLEGE-VERSICHERUNG

Durchschnittlicher Mitgliederbestand nach dem Geschlecht 1929 bis 1948

1 Jahre	Männliches Geschlecht				Weibliches Geschlecht				Bestand insgesamt
	Erwachsene	0–14 Jahre	15–18 Jahre alt	Zusammen	Erwachsene	0–14 Jahre	15–18 Jahre alt	Zusammen	
	Grundzahlen								
1929	31 127	9 100	2 390	42 617	47 855	9 053	2 416	59 324	101 941
1930	33 511	9 053	2 780	45 344	50 525	9 026	2 779	62 330	107 674
1931	34 828	9 488	2 567	46 883	52 882	9 528	2 468	64 878	111 761
1932	38 111	10 462	2 394	50 967	57 676	10 437	2 307	70 420	121 387
1933	40 980	11 148	2 288	54 416	61 576	11 131	2 297	75 004	129 420
1934	48 851	14 306	2 810	65 967	71 233	13 994	2 881	88 108	154 075
1935	53 379	16 052	2 919	72 350	76 347	15 661	3 025	95 033	167 383
1936	54 878	16 380	3 287	74 545	78 598	15 947	3 490	98 035	172 580
1937	55 015	16 626	3 612	75 162	79 605	16 159	3 676	99 440	174 602
1938	55 262	16 658	3 521	75 532	80 059	16 200	3 655	99 914	175 446
1939	55 942	16 745	3 616	76 303	81 395	16 316	3 696	101 407	177 710
1940	56 962	17 138	3 672	77 772	83 000	16 649	3 769	103 418	181 190
1941	57 400	17 527	3 670	78 597	84 448	17 157	3 765	105 370	183 967
1942	56 838	17 662	3 631	78 131	84 204	17 237	3 717	105 158	183 289
1943	55 421	17 708	3 539	76 668	82 989	17 227	3 633	103 849	180 517
1944	55 605	18 042	3 576	77 223	83 493	17 558	3 636	104 687	181 910
1945	53 626	17 738	3 496	74 860	81 305	17 189	3 493	101 987	176 847
1946	50 597	17 197	3 397	71 191	78 201	16 566	3 393	98 160	169 351
1947	49 032	16 924	3 422	69 378	76 848	16 369	3 359	96 576	165 954
1948	45 727	15 485	3 185	64 397	74 590	14 853	3 035	92 478	156 875
	Prozente								
1929	30,6	8,9	2,3	41,8	46,9	8,9	2,4	58,2	100
1930	31,1	8,4	2,6	42,1	46,9	8,4	2,6	57,9	100
1931	31,1	8,5	2,3	41,9	47,3	8,6	2,2	58,1	100
1932	31,4	8,6	2,0	42,0	47,5	8,6	1,9	58,0	100
1933	31,6	8,6	1,8	42,0	47,6	8,6	1,8	58,0	100
1934	31,7	9,3	1,8	42,8	46,2	9,1	1,9	57,2	100
1935	31,9	9,6	1,7	43,2	45,6	9,4	1,8	56,8	100
1936	31,8	9,5	1,9	43,2	45,6	9,2	2,0	56,8	100
1937	31,5	9,5	2,0	43,0	45,6	9,3	2,1	57,0	100
1938	31,5	9,5	2,1	43,1	45,6	9,2	2,1	56,9	100
1939	31,5	9,4	2,0	42,9	45,8	9,2	2,1	57,1	100
1940	31,4	9,5	2,0	42,9	45,8	9,2	2,1	57,1	100
1941	31,2	9,5	2,0	42,7	45,9	9,3	2,1	57,3	100
1942	31,0	9,6	2,0	42,6	46,0	9,4	2,0	57,4	100
1943	30,7	9,8	2,0	42,5	46,0	9,5	2,0	57,5	100
1944	30,6	9,9	2,0	42,5	45,9	9,6	2,0	57,5	100
1945	30,3	10,0	2,0	42,3	46,0	9,7	2,0	57,7	100
1946	29,9	10,1	2,0	42,0	46,2	9,8	2,0	58,0	100
1947	29,5	10,2	2,1	41,8	46,3	9,9	2,0	58,2	100
1948	29,1	9,9	2,0	41,0	47,6	9,5	1,9	59,0	100

Einnahmen aller Vertragskassen 1929 bis 1948

2 Jahre	Bundesbeiträge	Kantonsbeiträge	Stadtbeiträge	Mitgliederbeiträge	Sonstige Einnahmen	Zusammen
	Einnahmen im ganzen in 1000 Franken					
1929	506,1	225,5	1 598,9	1 600,5	7,8	3 938,8
1930	537,0	240,2	1 877,5	1 793,3	38,4	4 486,4
1931	551,2	245,3	2 076,6	2 095,4	142,1	5 110,6
1932	612,8	270,6	2 007,3	2 405,5	259,6	5 555,8
1933	609,9	287,4	2 213,6	2 534,2	304,5	5 949,6
1934	737,3	342,1	2 630,0	2 844,9	690,6	7 244,9
1935	820,4	348,6	2 622,1	3 019,2	871,9	7 682,2
1936	817,5	343,2	2 845,9	3 034,7	927,6	7 968,9
1937	858,9	348,9	2 907,9	3 058,8	1 039,8	8 214,3
1938	857,9	352,3	2 842,7	3 165,2	1 077,5	8 295,6
1939	859,5	355,3	2 858,4	3 240,8	1 053,4	8 367,4
1940	871,3	357,4	3 053,0	3 375,2	1 114,5	8 771,4
1941	904,1	395,6	3 001,2	3 681,8	1 187,0	9 169,7
1942	861,4	412,5	2 947,6	3 695,5	1 252,9	9 169,9
1943	975,0	411,6	2 858,3	3 676,2	1 375,3	9 296,4
1944	973,8	409,1	2 855,7	4 041,9	1 444,1	9 724,6
1945	1 250,4	707,0	2 789,1	4 090,7	1 590,7	10 427,9
1946	1 202,7	680,5	2 700,1	3 921,0	1 558,1	10 062,4
1947	1 464,4	660,1	5 226,3	5 146,8	1 475,3	13 972,9
1948	1 693,7	621,0	5 003,9	5 954,9	1 626,1	14 899,6
	Einnahmen pro Mitglied in Franken					
1929	4.96	2.21	15.68	15.70	0.08	38.63
1930	4.99	2.23	17.44	16.65	0.36	41.67
1931	4.93	2.19	18.58	18.75	1.27	45.72
1932	5.05	2.23	16.54	19.81	2.14	45.77
1933	4.71	2.22	17.10	19.58	2.35	45.96
1934	4.79	2.22	17.07	18.46	4.48	47.02
1935	4.90	2.08	15.66	18.04	5.21	45.89
1936	4.74	1.99	16.49	17.58	5.38	46.18
1937	4.92	2.—	16.65	17.52	5.95	47.04
1938	4.89	2.01	16.20	18.04	6.14	47.28
1939	4.83	2.—	16.08	18.24	5.93	47.08
1940	4.81	1.97	16.85	18.63	6.15	48.41
1941	4.91	2.15	16.31	20.02	6.45	49.84
1942	4.70	2.25	16.08	20.17	6.83	50.03
1943	5.40	2.28	15.83	20.37	7.62	51.50
1944	5.35	2.25	15.70	22.22	7.94	53.46
1945	7.07	4.—	15.77	23.13	9.—	58.97
1946	7.11	4.02	15.94	23.15	9.20	59.42
1947	8.82	3.98	31.49	31.01	8.89	84.19
1948	10.79	3.96	31.90	37.96	10.37	94.98

3 Jahre	Krankenpflege						
	Arztkosten	Arzneikosten Apotheke	Arzneikosten Selbstdisp.	Poliklinik	Heilanstalten [1]	Sonstige Heilmittel	Transportkosten
	Ausgaben im ganzen						
1929	1 891,0	412,0	47,1	—	821,7	56,3	9,5
1930	2 225,4	476,7	46,2	—	908,8	56,7	10,7
1931	2 346,2	528,3	59,0	—	984,7	59,1	12,4
1932	2 633,3	558,2	75,1	—	951,0	68,7	12,4
1933	3 164,1	690,7	93,5	—	1 052,0	123,0	14,4
1934	3 424,7	669,2	125,0	—	1 233,7	116,1	19,2
1935	3 643,3	802,5	183,0	—	1 551,4	135,8	22,5
1936	3 891,8	859,2	197,5	—	1 633,1	133,5	21,5
1937	4 288,9	968,8	241,8	—	1 687,0	133,6	24,4
1938	4 459,6	1 055,5	242,4	—	1 661,6	92,2	24,7
1939	4 360,1	1 124,5	244,6	—	1 663,9	75,8	26,0
1940	4 289,2	1 190,5	245,3	—	1 557,2	88,8	26,6
1941	4 450,5	1 325,1	260,3	—	1 622,8	93,3	29,9
1942	4 680,7	1 537,4	289,6	—	1 590,6	104,0	29,4
1943	5 173,3	1 663,3	321,2	—	1 635,3	118,7	28,1
1944	5 473,0	1 971,7	395,7	—	1 878,1	69,5	31,3
1945	5 575,3	1 980,2	416,6	250,5	1 224,2	47,3	30,1
1946	5 741,7	2 063,9	419,5	288,2	1 233,7	48,6	30,8
1947	6 319,1	2 205,7	407,3	229,6	1 219,7	95,3	29,0
1948	6 467,6	2 123,3	424,7	240,5	1 197,8	75,1	24,0
	Ausgaben pro Mit-						
1929	18.55	4.04	0.46	—	8.06	0.55	0.09
1930	20.67	4.43	0.43	—	8.44	0.53	0.10
1931	20.99	4.73	0.53	—	8.81	0.53	0.11
1932	21.69	4.60	0.62	—	7.83	0.57	0.10
1933	24.45	5.34	0.72	—	8.13	0.95	0.11
1934	22.23	4.34	0.81	—	8.01	0.75	0.12
1935	21.77	4.79	1.09	—	9.27	0.81	0.13
1936	22.55	5.—	1.14	—	9.46	0.77	0.12
1937	24.56	5.55	1.38	—	9.66	0.77	0.14
1938	25.42	6.02	1.38	—	9.47	0.52	0.14
1939	24.53	6.33	1.38	—	9.36	0.43	0.15
1940	23.67	6.57	1.35	—	8.59	0.49	0.15
1941	24.19	7.20	1.41	—	8.82	0.51	0.16
1942	25.54	8.39	1.58	—	8.68	0.57	0.16
1943	28.66	9.21	1.78	—	9.06	0.66	0.15
1944	30.09	10.84	2.18	—	10.32	0.38	0.17
1945	31.53	11.20	2.36	1.42	6.92	0.27	0.17
1946	33.90	12.19	2.48	1.70	7.28	0.29	0.18
1947	38.08	13.29	2.45	1.38	7.35	0.57	0.17
1948	41.23	13.54	2.71	1.53	7.64	0.48	0.15

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

tragskassen 1929 bis 1948

Wochenhilfe [2]			Tuberkulose-Leistungen	Verwaltungskosten	Sonstige Ausgaben [3]	Zusammen	Jahre
Hauspflege	Anstaltspflege	Stillgelder					
in 1000 Franken							
58,9	58,9	44,1	—	373,3	494,8	4 267,6	1929
41,9	67,0	50,8	—	367,8	593,7	4 845,7	1930
34,2	60,3	48,5	—	359,7	375,7	4 868,1	1931
45,6	72,4	63,3	—	395,0	431,8	5 306,8	1932
37,7	82,6	63,6	—	461,2	536,0	6 318,8	1933
41,3	106,1	76,1	—	635,3	443,9	6 890,6	1934
59,6	139,6	85,3	35,9	632,3	60,3	7 351,5	1935
42,7	136,8	77,3	37,1	667,6	81,9	7 780,0	1936
38,2	139,4	81,5	26,3	693,7	95,0	8 418,6	1937
37,6	142,2	84,1	25,3	706,0	86,7	8 617,9	1938
40,7	136,8	77,6	25,5	707,2	74,1	8 556,8	1939
35,4	145,4	76,5	39,2	768,2	87,3	8 549,6	1940
33,5	187,6	105,4	47,6	823,1	38,7	9 017,8	1941
38,6	187,5	111,6	47,9	861,4	34,0	9 512,7	1942
39,2	204,2	112,6	44,6	927,9	29,6	10 297,9	1943
39,6	198,9	112,5	44,1	1 023,2	10,0	11 247,7	1944
41,0	196,4	101,6	467,0	1 109,4	12,0	11 451,6	1945
33,3	195,2	116,3	456,3	1 185,9	8,8	11 822,2	1946
29,5	185,2	94,8	903,6	1 392,2	17,7	13 128,7	1947
34,5	161,7	75,3	1 078,0	1 400,3	18,3	13 321,1	1948
glied in Franken							
0.75	0.75	0.56	—	3.66	5.62	41.86	1929
0.50	0.80	0.60	—	3.42	6.62	45.00	1930
0.39	0.69	0.55	—	3.22	4.04	43.55	1931
0.48	0.76	0.66	—	3.25	4.30	43.72	1932
0.37	0.81	0.62	—	3.56	5.00	48.82	1933
0.34	0.88	0.63	—	4.12	3.53	44.72	1934
0.46	1.08	0.66	0.21	3.78	0.36	43.92	1935
0.32	1.02	0.58	0.21	3.87	0.47	45.08	1936
0.28	1.04	0.61	0.15	3.97	0.54	48.21	1937
0.28	1.05	0.62	0.14	4.02	0.49	49.12	1938
0.30	1.00	0.57	0.14	3.98	0.41	48.15	1939
0.25	1.04	0.55	0.22	4.24	0.48	47.19	1940
0.24	1.32	0.74	0.26	4.47	0.21	49.02	1941
0.27	1.33	0.79	0.26	4.70	0.18	51.90	1942
0.28	1.48	0.81	0.25	5.14	0.16	57.05	1943
0.28	1.43	0.81	0.24	5.62	0.05	61.83	1944
0.30	1.46	0.75	2.64	6.27	0.07	64.75	1945
0.26	1.52	0.90	2.69	7.00	0.05	69.80	1946
0.23	1.47	0.75	5.44	8.39	0.11	79.11	1947
0.29	1.34	0.63	6.87	8.93	0.12	84.92	1948

18 Jahre — [3] Einschließlich Zahnpflegekosten (1928–1943)

Durchschnittlicher Mitgliederbestand der

Jahre	Gewerbe-krankenkasse	Krankenkasse Helvetia	Krankenkasse Union	Christl.-soz. Krankenkasse	Krankenpflege Zürich
					Grund-
1929	20 205	19 616	13 479	9 657 [1]	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
1941	42 379	42 222	17 536	17 362	14 488
1942	42 231	41 764	17 231	17 506	14 386
1943	41 580	40 794	16 720	17 467	14 050
1944	41 789	40 887	16 570	17 910	13 963
1945	40 420	39 550	15 904	17 802	13 429
1946	38 668	37 858	15 066	17 342	12 654
1947	37 657	37 292	14 524	17 230	12 239
1948	35 506	35 584	13 501	16 377	11 503
					In Prozenten
1929	19,8	19,2	13,2	9,5 [1]	20,4
1930	20,6	19,6	13,2	4,9	19,4
1931	22,5	20,5	12,9	5,2	16,5
1932	24,1	22,2	12,9	5,8	12,7
1933	24,8	23,1	12,9	6,3	10,6
1934	23,3	23,2	12,3	7,1	9,2
1935	23,4	23,9	11,8	7,1	8,6
1936	23,3	23,8	11,5	7,4	8,6
1937	23,4	23,4	11,4	7,8	8,5
1938	23,4	23,0	11,3	8,4	8,3
1939	23,1	22,9	9,9	9,0	8,1
1940	23,0	22,9	9,7	9,3	8,0
1941	23,0	23,0	9,5	9,4	7,9
1942	23,0	22,8	9,4	9,6	7,9
1943	23,0	22,6	9,3	9,7	7,8
1944	23,0	22,5	9,1	9,8	7,7
1945	22,8	22,4	9,0	10,1	7,6
1946	22,8	22,4	8,9	10,2	7,5
1947	22,7	22,5	8,8	10,4	7,4
1948	22,7	22,7	8,6	10,4	7,3

[1] Kath. Krankenkassenverband (Christl.-soziale Krankenkasse und Konkordia)

Vertragskassen in den Jahren 1929 bis 1948

Allgemeine Krankenkasse	Industriekrankenkasse [2]	Krankenkasse Konkordia	Grütlikrankenkasse	Alle Vertragskassen	Jahre
zahlen					
9 906	4 250	[3]	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	1933
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
13 552	13 088	11 970	11 370	183 967	1941
13 750	12 914	12 173	11 334	183 289	1942
13 809	12 626	12 299	11 172	180 517	1943
14 184	12 673	12 575	11 359	181 910	1944
13 996	12 257	12 346	11 143	176 847	1945
13 461	11 535	11 939	10 828	169 351	1946
13 342	11 188	11 824	10 658	165 954	1947
12 731	10 289	11 369	10 015	156 875	1948
aller Kassen					
9,7	4,2	[3]	4,0	100	1929
9,4	4,2	4,7	4,0	100	1930
9,4	4,0	4,7	4,3	100	1931
9,1	4,0	4,7	4,5	100	1932
8,7	3,8	4,9	4,9	100	1933
7,7	6,4	5,1	5,7	100	1934
7,4	6,5	5,4	5,9	100	1935
7,3	6,4	5,8	5,9	100	1936
7,2	6,3	6,1	5,9	100	1937
7,3	6,2	6,2	5,9	100	1938
7,3	7,3	6,3	6,1	100	1939
7,3	7,2	6,4	6,2	100	1940
7,4	7,1	6,5	6,2	100	1941
7,5	7,0	6,6	6,2	100	1942
7,6	7,0	6,8	6,2	100	1943
7,8	7,0	6,9	6,2	100	1944
7,9	6,9	7,0	6,3	100	1945
7,9	6,8	7,1	6,4	100	1946
8,0	6,7	7,1	6,4	100	1947
8,1	6,6	7,2	6,4	100	1948

[2] bis 1933 Krankenkasse Escher Wyß & Co. — [3] Vergl. Anmerkung 1

Einnahmen und Ausgaben der Vertragskas-

5 Jahre	Gewerbe-krankenkasse	Krankenkasse Helvetia	Christl.-soz. Krankenkasse	Krankenkasse Union	Allgemeine Krankenkasse
					Ein-
1929	727 625	774 491	359 135 [1]	492 931	418 233
1930	891 495	874 931	202 249	584 088	435 574
1931	1 085 698	1 049 314	245 882	605 352	503 117
1932	1 218 649	1 279 821	297 305	636 711	549 366
1933	1 367 916	1 439 077	351 372	685 364	567 902
1934	1 623 472	1 731 276	501 974	846 135	612 498
1935	1 714 277	1 893 835	530 327	870 994	625 023
1936	1 790 080	1 987 327	552 153	868 739	647 630
1937	1 835 000	2 057 329	602 413	873 523	646 397
1938	1 902 249	2 031 448	642 183	875 772	635 238
1939	1 894 414	1 993 340	758 380	800 697	646 625
1940	1 961 559	2 097 759	778 076	830 113	673 306
1941	2 050 561	2 186 947	836 751	842 809	699 065
1942	2 032 616	2 162 234	857 451	839 994	704 783
1943	2 065 700	2 163 838	870 927	849 058	747 060
1944	2 156 743	2 231 140	945 043	887 711	775 757
1945	2 306 279	2 358 834	1 021 578	939 560	852 819
1946	2 221 582	2 298 967	994 355	892 530	823 926
1947	3 028 254	3 196 273	1 401 344	1 217 696	1 193 960
1948	3 217 879	3 423 330	1 517 454	1 301 662	1 259 100
					Aus-
1929	828 176	905 280	348 208	547 199	432 007
1930	951 584	1 049 946	196 188	581 841	466 821
1931	1 064 826	1 053 368	234 296	630 512	494 143
1932	1 321 905	1 181 828	305 286	670 238	537 981
1933	1 634 130	1 561 161	372 033	781 233	567 713
1934	1 617 220	1 767 710	475 103	789 428	551 351
1935	1 690 000	1 761 971	508 258	837 109	597 162
1936	1 773 729	1 873 588	549 064	831 606	614 899
1937	1 928 727	2 088 506	650 449	887 378	651 375
1938	1 968 878	2 075 648	708 658	904 520	671 017
1939	1 917 738	2 059 875	761 901	808 495	672 564
1940	1 882 907	2 055 576	765 795	799 870	656 807
1941	2 014 082	2 121 946	846 108	790 613	695 063
1942	2 137 953	2 152 635	886 005	880 716	782 347
1943	2 283 760	2 441 164	967 011	919 607	822 432
1944	2 565 969	2 551 062	1 037 613	1 011 633	917 011
1945	2 520 541	2 633 330	1 098 206	1 006 183	935 633
1946	2 623 745	2 697 815	1 167 363	1 039 237	979 652
1947	2 828 591	3 047 823	1 329 272	1 198 246	1 093 132
1948	2 894 774	3 020 530	1 357 879	1 148 005	1 110 494

[1] Kath. Krankenkassenverband (Christl.-soziale Kranken-

sen 1929 bis 1948 — Beträge in Franken

Krankenpflege Zürich	Krankenkasse Konkordia	Industriekrankenkasse	Grütlikrankenkasse	Alle Vertragskassen	Jahre
nahmen					
844 422	[2]	164 952	157 039	3 938 828	1929
947 278	200 260	179 585	170 877	4 486 337	1930
991 263	235 161	200 294	194 523	5 110 604	1931
863 295	269 674	220 630	220 397	5 555 848	1932
758 026	297 129	220 340	262 461	5 949 587	1933
740 108	356 342	432 214	400 831	7 244 850	1934
697 046	422 667	478 573	449 457	7 682 199	1935
719 403	453 749	495 242	454 548	7 968 871	1936
716 915	494 405	517 276	471 001	8 214 259	1937
732 981	505 637	495 217	474 880	8 295 605	1938
683 293	529 363	572 367	488 932	8 367 411	1939
729 306	566 604	610 712	523 968	8 771 403	1940
731 118	587 379	654 435	580 590	9 169 655	1941
744 466	612 587	653 305	562 480	9 169 916	1942
747 470	624 109	652 815	575 374	9 296 351	1943
767 478	671 662	685 964	603 122	9 724 620	1944
836 471	728 018	723 499	660 874	10 427 932	1945
781 743	715 307	675 655	658 340	10 062 405	1946
1 109 115	994 861	943 115	888 293	13 972 911	1947
1 143 277	1 118 577	960 256	958 079	14 899 614	1948
gaben					
924 032	[2]	161 533	121 210	4 267 645	1929
1 045 494	204 202	186 460	163 145	4 845 681	1930
807 740	215 051	190 979	177 222	4 868 137	1931
645 113	233 938	189 676	220 850	5 306 815	1932
642 946	287 761	213 204	258 582	6 318 763	1933
604 024	339 219	375 692	370 815	6 890 562	1934
658 893	393 837	464 300	439 978	7 351 508	1935
696 556	449 477	484 459	506 616	7 779 994	1936
741 771	477 095	518 718	474 527	8 418 546	1937
771 819	547 222	493 551	476 594	8 617 907	1938
737 919	527 062	586 714	484 528	8 556 796	1939
741 786	540 768	603 926	502 151	8 549 586	1940
756 399	598 541	639 948	555 149	9 017 849	1941
802 848	634 357	656 075	579 758	9 512 694	1942
855 512	676 275	716 555	615 550	10 297 866	1943
938 102	732 190	768 642	725 463	11 247 685	1944
951 312	808 569	775 152	722 634	11 451 560	1945
952 934	813 842	799 262	748 322	11 822 172	1946
1 025 802	923 678	854 311	827 852	13 128 707	1947
1 070 471	1 022 218	887 684	809 048	13 321 103	1948

kasse und Konkordia) — [2] Vergl. Anmerkung 1

Aufwendungen der Stadt Zürich für die obligato-

6

Jahre	Ordentliche Gemeindebeiträge	Beiträge für Frauen	Unerhältliche Beiträge Brutto	Beiträge an Rückschläge	Tuberkulose-Taggelder	Stillgelder	Vorsorgliche Maßnahmen
	Beträge im gan-						
1929	1 201 862	287 629	45 233	133 917	·	28 082	42 859
1930	1 250 849	303 144	102 077	215 250	·	29 564	66 226
1931	1 267 190	317 265	194 819	—	·	30 574	74 588
1932	1 400 713	346 071	229 646	—	·	36 490	7 906
1933	1 542 225	369 461	306 495	—	·	36 263	256
1934	1 902 239	427 367	295 937	—	·	42 240	224
1935	1 786 250	458 104	362 563	—	·	50 247	204
1936	1 831 079	467 010	531 719	—	·	52 011	316
1937	1 925 034	476 923	494 448	—	·	49 134	328
1938	1 962 740	479 561	373 352	—	·	51 770	244
1939	1 973 356	484 395	375 083	—	·	45 012	228
1940	2 012 544	495 713	523 994	—	·	45 260	168
1941	2 056 262	504 747	406 160	—	·	62 008	152
1942	2 066 753	503 328	312 979	336 072	·	64 520	184
1943	2 038 487	496 459	255 752	336 072	·	67 590	128
1944	2 039 117	499 970	250 916	745 000	·	65 730	202
1945	1 992 266	488 434	249 567	870 909	·	58 910	108
1946	1 928 695	468 253	245 193	958 779	·	58 090	52
1947	4 116 718	917 712	227 062	—	255 597	47 530	92
1948	3 687 662	894 481	462 628	—	320 511	39 620	140
	Beträge pro versichertes						
1929	11.79	2.82	—.44	1.31	·	—.28	—.42
1930	11.62	2.82	—.95	2.—	·	—.27	—.61
1931	11.34	2.84	1.74	—	·	—.27	—.67
1932	11.54	2.85	1.89	—	·	—.30	—.07
1933	11.92	2.85	2.37	—	·	—.28	—
1934	12.35	2.77	1.92	—	·	—.28	—
1935	10.67	2.74	2.16	—	·	—.30	—
1936	10.61	2.71	3.08	—	·	—.30	—
1937	11.03	2.73	2.83	—	·	—.28	—
1938	11.19	2.73	2.13	—	·	—.29	—
1939	11.11	2.73	2.11	—	·	—.25	—
1940	11.11	2.74	2.89	—	·	—.25	—
1941	11.18	2.74	2.21	—	·	—.34	—
1942	11.28	2.75	1.71	1.83	·	—.35	—
1943	11.29	2.75	1.42	1.86	·	—.38	—
1944	11.21	2.75	1.38	4.09	·	—.36	—
1945	11.27	2.76	1.41	4.93	·	—.33	—
1946	11.39	2.77	1.45	5.66	·	—.34	—
1947	24.81	5.53	1.37	—	1.54	—.28	—
1948	23.51	5.70	2.95	—	2.04	—.25	—

rische Krankenpflegeversicherung 1929 bis 1948

Gesamtausgaben	Erhaltene Rückvergütungen				Netto-Aufwendungen der Stadt	Jahre
	Bund	Kanton	Regreßeinnahmen unerhältlicher Beiträge	Zusammen		
zen in Franken						
1 739 582	77 000	14 473	17 865	109 338	1 630 244	1929
1 967 110	82 331	30 312	42 043	154 686	1 812 424	1930
1 884 436	69 369	49 923	80 385	199 677	1 684 759	1931
2 020 826	75 930	50 491	121 128	247 549	1 773 277	1932
2 254 700	81 059	73 815	135 293	290 167	1 964 533	1933
2 668 007	85 750	65 428	151 734	302 912	2 365 095	1934
2 657 368	72 565	—	178 916	251 481	2 405 887	1935
2 882 135	77 284	67 869	252 873	398 026	2 484 109	1936
2 945 867	78 015	66 182	301 828	446 025	2 499 842	1937
2 867 667	92 310	40 619	260 403	393 332	2 474 335	1938
2 878 074	94 096	52 011	228 854	374 961	2 503 113	1939
3 077 679	98 840	79 102	293 286	471 228	2 606 451	1940
3 029 329	107 856	45 127	275 779	428 762	2 600 567	1941
3 283 836	107 244	37 009	229 417	373 670	2 910 166	1942
3 194 488	104 321	24 359	206 989	335 669	2 858 819	1943
3 600 935	131 691	27 010	191 042	349 743	3 251 192	1944
3 660 194	102 113	24 039	200 779	326 931	3 333 263	1945
3 659 062	96 388	23 664	196 582	316 634	3 342 428	1946
5 564 711	153 142	23 439	176 479	353 060	5 211 651	1947
5 405 042	142 380	54 618	329 660	526 658	4 878 384	1948
Mitglied in Franken						
17.06	—.76	—.14	—.17	1.07	15.99	1929
18.27	—.77	—.28	—.39	1.44	16.83	1930
16.86	—.62	—.45	—.72	1.79	15.07	1931
16.65	—.62	—.42	1.—	2.04	14.61	1932
17.42	—.63	—.57	1.04	2.24	15.18	1933
17.32	—.56	—.42	—.99	1.97	15.35	1934
15.87	—.43	—	1.07	1.50	14.37	1935
16.70	—.45	—.39	1.47	2.31	14.39	1936
16.87	—.44	—.38	1.73	2.55	14.32	1937
16.34	—.53	—.23	1.48	2.24	14.10	1938
16.20	—.53	—.29	1.29	2.11	14.09	1939
16.99	—.54	—.44	1.62	2.60	14.39	1940
16.47	—.59	—.24	1.50	2.33	14.14	1941
17.92	—.59	—.20	1.25	2.04	15.88	1942
17.70	—.58	—.13	1.15	1.86	15.84	1943
19.79	—.72	—.15	1.05	1.92	17.87	1944
20.70	—.58	—.14	1.13	1.85	18.85	1945
21.61	—.57	—.14	1.16	1.87	19.74	1946
33.53	—.92	—.14	1.07	2.13	31.40	1947
34.45	—.91	—.35	2.10	3.36	31.09	1948

7 Rechnungskonti	Krankenkasse Helvetia Fr.	Gewerbekrankenkasse Fr.	Christ.-soz. Krankenkasse Fr.
Einnahmen			
Beiträge des Bundes	254 016	234 877	120 802
» des Kantons	141 093	136 869	66 856
» der Stadt	1 105 482	1 097 943	546 474
» der Mitglieder	1 419 143	1 291 642	569 182
Sonstige Einnahmen	379 918	351 748	153 396
Tuberkuloseversicherungsbeiträge	123 678	104 800	60 744
Zusammen	3 423 330	3 217 879	1 517 454
Ausgaben			
Krankenpflegeleistungen			
Arztkosten	1 504 580	1 423 708	624 948
Arznei- { Bezüge aus Apotheken	479 271	476 443	217 460
kosten { Selbstdispensation der Ärzte	94 622	96 366	44 927
Poliklinische Behandlung	53 680	53 208	25 588
Heil- { Vertragsspitäler	176 923	158 136	92 063
an- { Übrige Heilanstalten	39 222	59 305	14 695
stal- { Nervenheilanstalten	36 211	35 122	13 924
ten { Trinkerheilkuren	933	293	184
Sonstige Heilmittel	6 792	21 111	32 747
Kranken-Transportkosten	4 900	6 050	2 615
Wochenbettleistungen			
Arztkosten	441	844	3 294
Arznei- { Bezüge aus Apotheken	—	231	766
kosten { Selbstdispensation der Ärzte	15	58	170
Hebammenkosten	2 925	1 695	1 760
Kosten in Heilanstalten	38 959	29 324	21 117
Transportkosten	1 427	1 148	1 037
Stillgelder	17 170	13 330	9 200
Tuberkulose-Leistungen			
Sanatoriumskuren	186 976	216 021	106 133
Nachbehandlungen	20 807	15 491	14 934
Prämien für Rückversicherungen	—	—	—
Verwaltungskosten			
Besoldungen und Entschädigungen	242 181	222 793	86 878
Allgemeine Unkosten	94 191	52 090	43 439
Neuanschaffungen	4 343	11 356	—
Sonstige Ausgaben	13 961	651	—
Zusammen	3 020 530	2 894 774	1 357 879
Vorschlag	402 800	323 105	159 575

Krankenkasse Union Fr.	Allgemeine Krankenkasse Fr.	Krankenpflege Zürich Fr.	Krankenkasse Konkordia Fr.	Industriekrankenkasse Fr.	Grütlikrankenkasse Fr.	Alle Vertragskassen Fr.
92 706	92 185	81 988	84 170	69 971	72 763	1 103 478
52 230	50 796	44 995	46 799	40 510	40 868	621 016
436 340	422 325	386 908	379 800	297 677	330 951	5 003 900
492 789	496 319	462 455	446 938	401 322	375 085	5 954 875
151 671	134 920	125 074	122 172	111 979	95 224	1 626 102
75 926	62 555	41 857	38 698	38 797	43 188	590 243
1 301 662	1 259 100	1 143 277	1 118 577	960 256	958 079	14 899 614
550 162	523 347	507 203	498 302	435 217	400 095	6 467 562
187 143	182 546	176 264	167 417	132 535	104 233	2 123 312
35 603	31 111	28 892	28 566	39 523	25 139	424 749
23 636	17 326	20 132	17 468	14 484	14 954	240 476
66 227	46 953	65 206	51 267	48 472	40 195	745 442
24 964	29 648	34 938	26 287	15 178	22 651	266 888
16 987	22 503	21 648	9 494	16 530	10 416	182 835
180	172	282	—	8	541	2 593
1 937	3 669	1 503	2 417	3 000	1 878	75 054
2 346	1 715	2 088	1 154	1 698	1 432	23 998
242	128	67	1 540	7 074	—	13 630
—	83	—	589	1 826	—	3 495
—	23	—	106	334	—	706
1 180	890	791	5 910	990	550	16 691
10 094	11 422	8 029	15 982	8 650	11 902	155 479
339	443	285	542	515	498	6 234
5 700	5 820	3 890	8 810	3 930	7 490	75 340
72 053	61 311	55 941	65 070	44 719	72 472	880 696
6 808	5 607	7 054	5 505	5 154	7 230	88 590
27 334	36 161	24 498	—	20 723	—	108 716
96 232	92 111	76 459	79 708	65 021	63 613	1 024 996
18 634	37 505	34 055	35 364	21 629	21 752	358 659
204	—	—	720	—	—	16 623
—	—	1 246	—	474	2 007	18 339
1 148 005	1 110 494	1 070 471	1 022 218	887 684	809 048	13 321 103
153 657	148 606	72 806	96 359	72 572	149 031	1 578 511

Einnahmen und Ausgaben pro Mitglied 1948

8 Rechnungskonti	Krankenkasse Helvetia Fr.	Gewerbekrankenkasse Fr.	Christl. soz. Krankenkasse Fr.	Krankenkasse Union Fr.	Allgemeine Krankenkasse Fr.	Krankenpflege Zürich Fr.	Krankenkasse Konkordia Fr.	Industriekrankenkasse Fr.	Grütli-Krankenkasse Fr.	Alle Vertragskassen Fr.
Einnahmen										
Bundesbeiträge	7.14	6.62	7.38	6.87	7.24	7.13	7.40	6.80	7.26	7.03
Kantonsbeitr. .	3.96	3.85	4.08	3.87	3.99	3.91	4.12	3.94	4.08	3.96
Stadtbeiträge .	31.07	30.92	33.37	32.32	33.17	33.64	33.41	28.93	33.05	31.90
Mitgliederbeitr.	39.88	36.38	34.75	36.50	38.99	40.20	39.31	39.01	37.45	37.96
Sonstige Einn.	10.68	9.91	9.37	11.23	10.60	10.87	10.75	10.88	9.51	10.37
Tbk.-Vers'beitr.	3.47	2.95	3.71	5.62	4.91	3.64	3.40	3.77	4.31	3.76
Ges'einnahmen	96.20	90.63	92.66	96.41	98.90	99.39	98.39	93.33	95.66	94.98
Ausgaben										
Krankenpflege										
Arztkosten . .	42.28	40.10	38.16	40.75	41.11	44.09	43.83	42.30	39.95	41.23
Arznei- { Apotheke	13.47	13.42	13.28	13.86	14.34	15.32	14.73	12.88	10.41	13.54
kosten { Selbstdis.	2.66	2.71	2.74	2.64	2.44	2.51	2.51	3.84	2.51	2.71
Poliklinik . .	1.51	1.50	1.56	1.75	1.36	1.75	1.54	1.41	1.49	1.53
Heilanstalten[1])	7.12	7.12	7.38	8.03	7.80	10.61	7.66	7.79	7.37	7.64
Sonst. Heilm. .	—.19	—.59	2.—	—.14	—.29	—.13	—.21	—.29	—.19	—.48
Transportkost.	—.14	—.17	—.14	—.17	—.13	—.18	—.10	—.17	—.14	—.15
Wochenhilfe[2])										
Hauspflege . .	—.12	—.10	—.51	—.13	—.11	—.10	—.98	1.29	—.07	—.29
Anstaltspflege	1.46	1.12	1.90	—.99	1.18	—.98	1.99	1.16	1.64	1.34
Stillgelder . .	—.62	—.49	—.79	—.54	—.58	—.46	1.06	—.50	—.99	—.63
Tbk.-Leistungen	5.84	6.52	7.39	7.86	8.10	7.61	6.21	6.86	7.96	6.87
Ver- { ordentlich	9.45	7.74	7.96	8.51	10.18	9.61	10.12	8.42	8.52	8.82
waltg. { außerord.	—.12	—.32	—.—	—.02	—.—	—.—	—.06	—.—	—.—	—.11
Sonstige . . .	—.39	—.02	—.—	—.—	—.—	—.11	—.—	—.05	—.20	—.12
Gesamtausgab.	84.88	81.53	82.91	85.03	87.23	93.06	89.91	86.28	80.78	84.92
Vorschlag 1948	11.32	9.10	9.75	11.38	11.67	6.33	8.48	7.05	14.88	10.06

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