

Die Frage über die Natur der Versicherung, ob sie grundsätzlich obligatorisch oder freiwillig sein sollte, sollte meines Erachtens auf Grund der Ermägungen in den vorgehenden Abschnitten im Sinn des allgemeinen Obligatoriums entschieden werden.

Als Erstes sollte, wie wir dies schon dargelegt haben, die Krankenversicherung geordnet werden.

Die Durchführung der Krankenversicherung könnte den bestehenden Krankenkassen, insofern sie hierzu bereit sind und sich die Bevölkerung einverstanden erklärt, übertragen werden. Ergeben sich jedoch für eine solche Lösung Schwierigkeiten, so sind öffentlich-rechtliche Krankenkassen zu errichten, die in Verbindung mit den privaten Kassen die Aufgabe zu übernehmen haben. Es dürfte sich empfehlen, der Bevölkerung eine gewisse Freiheit in der Wahl der Kasse zu lassen und nicht durch eine einzige Kasse ein Monopol ausüben zu lassen. — Für die im Fürstentum wirkenden Kassen wäre dann immerhin die Forderung aufzustellen, daß sie ihren Sitz im Fürstentum haben und über ihre Tätigkeit im Fürstentum besondere Rechnung ablegen für den Fall, wo sie auch außerhalb des Landes arbeiten sollten. Den Kassen wäre überdies die Bedingung aufzuerlegen, daß sie mindestens die durch die Landesgesetzgebung festgesetzten Normalleistungen gewähren. Als solche wären vielleicht ein Krankengeld von Fr. 1.20 oder diesem gleichwertig die Uebernahme von drei Vierteln der Kosten für ärztliche Behandlung und Arznei in Aussicht zu nehmen.

Vielfach wenden sich die Ärzte gegen die Gewährung freier ärztlicher Behandlung, weil sie darin die Ueberführung des freien ärztlichen Berufes in unselbständige Beamtung im Dienste von Krankenkassen erblicken. Diese Befürchtungen mögen begründet sein, wenn in einer obligatorischen, allgemeinen Volksversicherung auch ausnahmslos die Gewährung von freier ärztlicher Behandlung festgesetzt wird. Jedoch dort, wo diese Ordnung nicht besteht, d. i. dort, wo es dem Einzelnen freisteht, sich entweder für Arztkosten und Arznei, oder nur für ein Krankengeld zu versichern, dürften diese Befürchtungen wesentlich zurücktreten. Ein großer Teil der Bevölkerung und gerade der ökonomisch besser gestellte, wird im allgemeinen die Versicherung eines Krankengeldes vorziehen, um sich so in Bezug auf Arztwahl, Kauf der Medikamente und der therapeutischen Hilfsmittel alle Freiheit zu wahren. Die

Arztenschaft hat aber ein großes Interesse, daß die weniger bemittelten Volkskreise für Arzt und Arzneikosten versichert sind; denn so erlangt der Arzt in allen Fällen seiner Hilfsleistungen auch Gewißheit, für seine Bemühungen auch entschädigt und bezahlt zu werden.

Wir sehen aber vor, daß nicht die vollen Arzt- und Arzneikosten von der Krankenkasse zu übernehmen sind, sondern nur drei Viertel dieser Kosten. Diese Einschränkung soll denjenigen Kassen entgegenkommen, die im allgemeinen nicht geringe Befürchtungen hegen, die volle freie ärztliche Behandlung und die Uebgabe von Arzneien und Hilfsmitteln zu sichern. Die Zurückhaltung der Krankenkassen ist verständlich; denn die volle freie Arztkosten- und Arzneigewährung kann zu Mißbräuchen und außerordentlichen Beanspruchungen der Kassen führen, die für diese eine ständige Gefahr bedeuten. Die Tatsache, daß der Versicherte einen Viertel der erwachsenden Kosten selbst zu tragen hat, wird ihn seinerseits nicht veranlassen, den Arzt, wo er nötig wäre, nicht zuzuziehen; andererseits ist diese Selbstbeteiligung an den Kosten dazu angetan, allzuhäufige Arztkonsultationen und überflüssige Medikamente zu vermeiden.

Ein großer Nachteil der gegenwärtigen Organisationen in der Krankenversicherung besteht darin, daß das Krankenkassenmitglied, das die Leistungen während der statistischen Höchstdauer bezogen hat, ausscheidet und oft gerade in dem Momente, wo es der Unterstützung am meisten bedürfte, wieder sich selbst überlassen bleibt. Hier ist in zweckdienlicher Weise die Invalidenversicherung anzugliedern. Zur Unterstützung der dauernd Kranken im vollen Umfange eines Existenzminimums sind aber die lokalen Krankenkassen zu schwach. Hier bedarf es für das Fürstentum der Schaffung des Ausgleiches für das ganze Land. Für die Invalidenversicherung ist daher ein einziger, einheitlicher Versicherungsträger zu schaffen, immerhin unter etwelcher Mitbeteiligung der Krankenkassen. Eine zweckdienliche Lösung ließe sich meines Erachtens in der Weise finden, daß die Mindestleistungen vom Momente an, wo die Bezugsberechtigung in der Krankenkasse erlischt, auf die Landesversicherungskasse übergehen mit Ausnahme eines Betrages von z. B. 50 oder auch nur 30 Rappen pro Tag, der je und je von jeder Krankenkasse für eigene Rechnung weiter zu entrichten wäre. Durch diese dauernde Beteiligung der Krankenkassen an den Leistungen für dauernde Invalidität wird